

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกาย สภาพแวดล้อม การมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิต
ของผู้สูงอายุไทย



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาประชากรศาสตร์
วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2560
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE RELATION BETWEEN PHYSICAL COMPETENCE, ENVIRONMENT, SOCIAL
PARTICIPATION AND MENTAL HEALTH OF OLDER THAI PEOPLE

Mr. Namchai Kittinakbunchar



A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Doctor of Philosophy Program in Demography

College of Population Studies

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกาย สภาพแวดล้อม

การมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย

โดย

นายนามชัย กิตตินาคบัญชา

สาขาวิชา

ประชากรศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร. วิพรรณ ประจวบเหมาะ

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสุขศึกษาบัณฑิต

.....คณบดีวิทยาลัยประชากรศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. วิพรรณ ประจวบเหมาะ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ศาสตราจารย์ ดร. วรเวชม์ สุวรรณระดา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร. วิพรรณ ประจวบเหมาะ)

.....กรรมการ

(อาจารย์ ดร. รักชนก คชานูบาล)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปัทพร สุนทรมาน)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชญานิศวรรค์ โคโนะ)

นามชัย กิตตินาคบัญญัติ : ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกาย สภาพแวดล้อม การมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย (THE RELATION BETWEEN PHYSICAL COMPETENCE, ENVIRONMENT, SOCIAL PARTICIPATION AND MENTAL HEALTH OF OLDER THAI PEOPLE) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร. วิพรรณ ประจวบเหมาะ, หน้า.

สังคมสูงวัยของไทยเริ่มประสบปัญหาการขาดสมดุลเชิงโครงสร้างประชากรโดยจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นแต่จำนวนวัยแรงงานกลับลดลงสะท้อนภาวะพึ่งพิงทางสังคมสูงขึ้นเป็นลำดับ ดังนั้น การหาแนวทางเพิ่มหรือคงรักษาศักยภาพของผู้สูงอายุให้ได้อำนวยความสะดวกมากและยาวนานที่สุดจึงเป็นหนทางหนึ่งที่สำคัญยิ่งสำหรับสังคมส่วนรวม ฉะนั้น จึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะสามารถเข้าใจถึงสภาพที่กำหนดพฤติกรรมกรรมกรมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุไทย (ซึ่งถูกยอมรับโดยทั่วกันว่าเป็นการใช้ศักยภาพในการสร้างประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเองและต่อสังคมส่วนรวมด้วย) จากแนวคิดสมมติฐานการคล้อยตามสภาพแวดล้อม (The Environmental Docility Hypothesis) ทางนิเวศวิทยาการสูงอายุเชื่อว่า ความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมซึ่งส่งผลถึงจิตใจของผู้สูงอายุด้วย การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานะและความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกาย สภาพแวดล้อม การมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย และเพื่อศึกษาอิทธิพลของความสามารถทางกายและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุที่ต่างและร่วมกันส่งผลต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ รวมทั้งเพื่อศึกษาอิทธิพลของความสามารถทางกายและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุที่ส่งผลผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคมไปสู่สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ โดยอาศัยข้อมูลจากโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งประชากรเป้าหมายคือผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยได้ทำการถ่วงน้ำหนักด้วยโครงสร้างประชากรของประเทศ โดยตัวอย่างทั้งหมดหลังถ่วงน้ำหนักมีจำนวน 13,331 รายซึ่งเลือกเฉพาะผู้ตอบแบบสำรวจด้วยตนเอง จากนั้นจึงใช้การวิเคราะห์ทางสถิติความถดถอยเชิงซ้อน และการทดสอบความเป็นตัวแปรแทรกกลาง ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถทางกาย และสภาพแวดล้อมทางสังคม (จากครอบครัว และจากรัฐ/ชุมชน/สังคม) ต่างมีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ รวมทั้งต่างมีอิทธิพลทางอ้อมทางบวกผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคมไปสู่สุขภาพจิตที่ดีด้วย แต่สำหรับสภาพแวดล้อมทางกายภายในบ้านซึ่งมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกับความสามารถทางกายส่งผลให้มีผลทางลบต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม แต่มีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อสุขภาพจิตที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมมีอิทธิพลทางบวกต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม และปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรอบครัวมีอิทธิพลทางบวกต่อสุขภาพจิตที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สรุปได้ว่า การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถทางกายที่มากและลดลงได้ช้าที่สุด และการสนับสนุนสภาพแวดล้อมทางสังคม (จากรอบครัว และจากรัฐ/ชุมชน/สังคม) ของผู้สูงอายุให้ได้มากจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถรักษาทั้งการมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพจิตที่ดีไว้ได้มากและต่อเนื่องนานที่สุด รวมทั้งสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรอบครัวยังสามารถช่วยชะลอระดับสุขภาพจิตที่ดีที่จะลดลงจากผลของความสามารถทางกายที่ต้องลดลงตามอายุไว้ได้ด้วย และสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมยังสามารถช่วยชะลอระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมที่จะลดลงจากผลของความสามารถทางกายที่ต้องลดลงตามอายุไว้ได้ด้วย ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ทั้งให้ภาครัฐหรือผู้เกี่ยวข้องด้านการบริหารนโยบายสาธารณะมีแนวทางสนับสนุนการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุเพื่อสามารถนำศักยภาพของผู้สูงอายุไทยมาเป็นทรัพยากรที่ทรงคุณค่าของประเทศได้เพิ่มขึ้น และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีด้วย

สาขาวิชา ประชากรศาสตร์

ลายมือชื่อ นิสิต

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาหลัก

5486961051 : MAJOR DEMOGRAPHY

KEYWORDS: EFFICACY OF OLDER PEOPLE / SOCIAL PARTICIPATION OF OLDER PEOPLE

NAMCHAI KITTINAKBUNCHAR: THE RELATION BETWEEN PHYSICAL COMPETENCE, ENVIRONMENT, SOCIAL PARTICIPATION AND MENTAL HEALTH OF OLDER THAI PEOPLE. ADVISOR: ASSOC. PROF. VIPAN PRACHUABMOH, Ph.D., pp.

Population aging in Thailand has begun to create imbalances in the population structure that are producing some adverse impacts, such as increasing the burdens on the social support system due to the growing size of the older population at a time when the proportion of the working-age population is decreasing. The way to sustain older people's efficacy is to continue their social participation, which benefits both themselves and society. Thus, it is important to first understand the factors that determine the social participation behavior of older people. Under the "environmental docility hypothesis" drawn from the ecological model of aging, it is believed that physical competence and the environment determine behaviors of older people as well as their psychological wellbeing. This research was aimed at studying the status and the relationships between physical competence and the environment in order to determine the social participation of older people, which might affect their mental health. The data were obtained from the National Statistical Office of Thailand's project, entitled "Survey of older persons in Thailand in 2011." The target population comprised persons aged 60 years or older. The research sample was weighted by the population structure, with 13,331 subjects who answered the research questionnaire by themselves selected for inclusion in the study. Multiple linear regression and mediator variable methods were used to analyze the data. The research found that physical competence and the social environment related to family support and social services/welfare activities produced positive direct effects on the social participation and mental health of older people, and also produced additional positive indirect effects on such participation and mental wellbeing. The physical environment as determined by living arrangements correlated in a negative direction with physical competence: it had a negative effect on social participation but a positive effect on mental health at the 0.05 level of statistical significance. The interaction term of physical competence and social environment from social services/welfare for older people was to maintain their levels of social participation. The interaction term of physical competence and social environment from family support was to maintain the levels of mental health at the 0.05 level of statistical significance. Based on the findings, it may be concluded that the promotion of higher levels of physical competence and social environment from family support and social services/welfare for older people will increase and maintain their levels of social participation and mental health. In addition, the social environment in the form of family support can delay declining levels of mental health when the levels of physical competence is declined by aging and also the social environment in the form of social services/welfare can delay declining levels of social participation when the levels of physical competence is declined by aging. These results can be used to convince public policy authorities and the government to support the provision of resources for fostering social participation for the aging population, which will help sustain the mental health of this growing proportion of the total population of Thailand.

Field of Study: Demography

Academic Year: 2017

Student's Signature

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากบุคคลหลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รองศาสตราจารย์ ดร. วิพรรณ ประจวบเหมาะ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ยินดีสละเวลาอันมีค่าของท่านรับเป็นที่ปรึกษา และกรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง ตรวจสอบวิทยานิพนธ์ และยังให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างดีเสมอ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งในความอนุเคราะห์ของท่านอาจารย์ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ต่อคณะกรรมการวิทยานิพนธ์ ซึ่งประกอบด้วย ศาสตราจารย์ ดร. วรเวศม์ สุวรรณระดา ประธานกรรมการวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร. รักชนก คชานุกูล และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปัทพร สุคนธมาน กรรมการวิทยานิพนธ์ รวมถึง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชญานิศวรรค์ โคโณะ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกมหาวิทยาลัย ที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่าของท่านมาให้ความรู้ ข้อเสนอแนะ และคำชี้แนะทางวิชาการ ในสิ่งที่ล้วนมีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยนี้ จนสำเร็จเป็นวิทยานิพนธ์ได้ในที่สุด

ขอขอบพระคุณ สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่อนุเคราะห์ข้อมูลจากโครงการการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2554 ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่ผู้วิจัยใช้สำหรับประกอบการศึกษาในครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วง

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์จากวิทยาลัยประชากรศาสตร์ทุกท่านที่ได้ให้วิชาความรู้ และกระบวนการคิดวิเคราะห์สังเคราะห์ เพื่อความเข้าใจในประเด็นต่างๆ ทางประชากรและสังคม และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่วิทยาลัยประชากรศาสตร์ทุกท่านที่ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ด้วยดีมาโดยตลอด รวมทั้งรุ่นพี่ รุ่นน้อง และเพื่อนร่วมรุ่นที่ได้ช่วยเหลือเกื้อกูล แลกเปลี่ยนความรู้กันทางวิชาการ และเป็นกำลังใจให้กันเสมอ

ท้ายที่สุดนี้ ขอขอบคุณครอบครัวที่คอยสนับสนุนและส่งเสริมผู้วิจัยด้วยดีเสมอมาในทุกสิ่งที่คุณวิจัยสนใจและปรารถนาที่จะทำให้อสำเร็จ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญแผนภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามนำการวิจัย.....	6
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
2.1 แนวคิดที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ.....	7
2.2 แนวคิดและการประเมินความสามารถทางกาย.....	16
2.3 แนวคิดการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ.....	17
2.4 แนวคิดเรื่องสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	20
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	24
2.5.1 ปัจจัยกำหนดการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ.....	24
2.5.2 ปัจจัยกำหนดสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ.....	31
2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	39
2.7 สมมติฐานการวิจัย.....	40
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	44

3.1 แหล่งที่มาของข้อมูล	44
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัย	44
3.3 ข้อจำกัดการวิจัย.....	46
3.4 การนิยามศัพท์.....	46
3.5 การนิยามตัวแปร	47
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	60
บทที่ 4 การศึกษาลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สถานะความสามารถทางกาย สภาพแวดล้อม การมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิต	64
4.1 ลักษณะทั่วไป	64
4.2 ความสามารถทางกาย.....	66
4.3 สภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ	68
4.4 การมีส่วนร่วมทางสังคม.....	73
4.5 สุขภาพจิต.....	74
บทที่ 5 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกาย สภาพแวดล้อม การมีส่วนร่วม ทางสังคม และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	75
5.1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถทางกายของผู้สูงอายุ.....	75
5.2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ.....	84
5.3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	93
บทที่ 6 การศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิต	106
6.1 การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น.....	106
6.2 การทดสอบปัจจัยกำหนดการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ	110
6.3 การทดสอบปัจจัยกำหนดสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ.....	115
บทที่ 7 บทสรุป การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะของการศึกษา	129
7.1 สรุปผลการศึกษา.....	131

7.2 การอภิปรายผลการศึกษา.....	140
7.3 ข้อเสนอแนะของการศึกษา.....	156
รายการอ้างอิง	161
ภาคผนวก.....	192
ภาคผนวก ก ดัชนีความสามารถทางกาย	193
ภาคผนวก ข ดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน.....	194
ภาคผนวก ค ดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว	196
ภาคผนวก ง ดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม	198
ภาคผนวก จ ดัชนีการมีส่วนร่วมทางสังคม.....	199
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	200

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 สรุปความหมายและเกณฑ์ชี้วัดปัจจัยต่างๆ ที่ทำการศึกษา.....	22
ตารางที่ 2 ลักษณะปัจจัยทางประชากร การรับรู้สุขภาพตน และทางเศรษฐกิจสังคมของกลุ่ม ตัวอย่าง.....	65
ตารางที่ 3 สถานะและองค์ประกอบของความสามารถทางกาย	67
ตารางที่ 4 สถานะและองค์ประกอบของสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน	69
ตารางที่ 5 สถานะและองค์ประกอบของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว.....	70
ตารางที่ 6 สถานะและองค์ประกอบของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม.....	72
ตารางที่ 7 สถานะและองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมทางสังคม	73
ตารางที่ 8 สถานะของสุขภาพจิตที่ดี	74
ตารางที่ 9 ความสามารถทางกายจำแนกตามสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน.....	77
ตารางที่ 10 ความสามารถทางกายจำแนกตามสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว.....	80
ตารางที่ 11 ความสามารถทางกายจำแนกตามสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม	83
ตารางที่ 12 การมีส่วนร่วมทางสังคมจำแนกตามความสามารถทางกาย.....	85
ตารางที่ 13 การมีส่วนร่วมทางสังคมจำแนกตามสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน.....	87
ตารางที่ 14 การมีส่วนร่วมทางสังคมจำแนกตามสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว	90
ตารางที่ 15 การมีส่วนร่วมทางสังคมจำแนกตามสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม	93
ตารางที่ 16 สุขภาพจิตจำแนกตามความสามารถทางกาย	95
ตารางที่ 17 สุขภาพจิตจำแนกตามสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน.....	97
ตารางที่ 18 สุขภาพจิตจำแนกตามสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว	100
ตารางที่ 19 สุขภาพจิตจำแนกตามสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม	103
ตารางที่ 20 สุขภาพจิตจำแนกตามการมีส่วนร่วมทางสังคม.....	105

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 21 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรต้นทั้งหมดของการศึกษา.....	107
ตารางที่ 22 ผลการทดสอบความถดถอยเชิงซ้อนระหว่างตัวแปรต้นกับการมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ ใน 3 แบบจำลอง	108
ตารางที่ 23 ผลการทดสอบความเป็นตัวแปรแทรกกลางของการมีส่วนร่วมทางสังคม และ แผนภาพการวิเคราะห์เส้นทางระหว่างกลุ่มตัวแปรต้นที่ศึกษาไปสู่สุขภาพจิตที่ดี.....	116



สารบัญแผนภาพ

หน้า

แผนภาพที่ 1 แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมและความสามารถทางกายของบุคคล (Press-Competence Model).....	8
แผนภาพที่ 2 แสดงโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกาย สภาพแวดล้อม ผ่านพฤติกรรมไปสู่ผลทางจิตใจของผู้สูงอายุ ตามสมมติฐานการคล้อยตามสภาพแวดล้อม (The Environmental Docility Hypothesis) ของ Lawton & Simon (1968)	10
แผนภาพที่ 3 กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	39
แผนภาพที่ 4 สรุปความสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงเส้น.....	105
แผนภาพที่ 5 สรุปปัจจัยกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตที่ดีด้วยค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย	109
แผนภาพที่ 6 แสดงแนวโน้มระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุเปรียบเทียบ จากอิทธิพลของความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม จากข้อมูล 3 ชุด.....	112
แผนภาพที่ 7 แสดงแนวโน้มสัดส่วนระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมเปรียบเทียบระหว่างกรณีที่มีเทอมปฏิสัมพันธ์ต่อกรณีที่ไม่มีเทอมปฏิสัมพันธ์ จากอิทธิพลของความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม.....	113
แผนภาพที่ 8 แสดงระดับสุขภาพจิตที่ดีจากอิทธิพลของความสามารถทางกายของผู้สูงอายุ.....	118
แผนภาพที่ 9 แสดงระดับสุขภาพจิตที่ดีจากอิทธิพลของสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านของผู้สูงอายุ.....	120
แผนภาพที่ 10 แสดงระดับสุขภาพจิตที่ดีจากอิทธิพลของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวของผู้สูงอายุ.....	122
แผนภาพที่ 11 แสดงระดับสุขภาพจิตที่ดีจากอิทธิพลของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมของผู้สูงอายุ.....	124

สารบัญแผนภาพ (ต่อ)

หน้า

แผนภาพที่ 12 แสดงแนวโน้มระดับสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุเปรียบเทียบจากอิทธิพลของ ความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว จากข้อมูล 3 ชุด 126	
แผนภาพที่ 13 แสดงแนวโน้มสัดส่วนระดับสุขภาพจิตที่ดีเปรียบเทียบระหว่างกรณีที่มีเทอม ปฏิสัมพันธ์ต่อกรณีที่ไม่มีเทอมปฏิสัมพันธ์ จากอิทธิพลของความสามารถทางกาย กับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว..... 127	
แผนภาพที่ 14 สรุปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพจิต ที่ดีด้วยค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 137	

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ตามแนวคิดการเปลี่ยนผ่านทางประชากร (Demographic Transition) ผลจากการลดลงของอัตราการตายตามด้วยการลดอัตราการเกิด นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุประชากร จนกลายเป็นปรากฏการณ์สังคมผู้สูงอายุที่สำคัญในหลายภูมิภาคของโลกตั้งแต่ปลายศตวรรษที่ 20 รวมทั้งสังคมไทยที่ได้ก้าวสู่สังคมสูงวัย มาตั้งแต่ประมาณปีพ.ศ. 2543 (จอห์น โนเดล และนภาพร ชัยวรรณ, 2552: 1) โดยสัดส่วนผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมา 3 กว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะยังคงเพิ่มต่อเนื่องเป็นกว่าร้อยละ 20 หรือหนึ่งในห้า ในปีพ.ศ. 2563 (UN, 2013) จากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของสัดส่วนประชากรสูงอายุที่เพิ่มกว่าเท่าตัวในเวลาเพียงประมาณ 20 ปี ซึ่งจากประสบการณ์ของประเทศในซีกโลกตะวันตกจะใช้เวลากว่าครึ่งหรือหนึ่งศตวรรษ จึงเป็นช่วงเวลาที่สำคัญในการเรียนรู้และรับมือกับการเปลี่ยนแปลงนี้สำหรับประเทศไทย (จอห์น โนเดล และนภาพร ชัยวรรณ, 2552; วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2552)

การเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็วนี้เกิดจากการที่ประเทศไทยสามารถลดระดับภาวะเจริญพันธุ์ได้อย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาเพียง 30 ปี ประกอบกับผลจากการลดลงของภาวะการตายส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ดังจะพบได้จากอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth) เพิ่มขึ้น 75.14 ปี ในช่วงปีพ.ศ. 2558-2563 (ซึ่งเพศชายที่ 71.82 ปี และเพศหญิงที่ 78.46 ปี) จาก 58.24 ปี ในช่วงปีพ.ศ. 2508-2513 (ซึ่งเพศชายที่ 55.89 ปี และเพศหญิงที่ 60.59 ปี) จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยด้วยสมมติฐานภาวะเจริญพันธุ์ที่ระดับปานกลาง (UN, 2015) แสดงให้เห็นว่าอัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุจะเป็นไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (Oldest Old) (80 ปีขึ้นไป) ซึ่งเป็นวัยเปราะบางและพึ่งพิงสูง (Knodel & Chayovan, 2008; วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2554b) รวมทั้งประชากรรุ่นที่เกิดมากกว่า 1 ล้านคนต่อปี (ผู้เกิดปีพ.ศ. 2506-2526) ที่จะเริ่มทยอยเข้าสู่วัยสูงอายุตั้งแต่ปีพ.ศ. 2566-2586 จึงกลายเป็นเสมือนคลื่นสึนามิลูกใหญ่ที่กำลังถาโถมเข้าสู่สังคมไทย (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2550) โดยประมาณการณ์ว่าราวปีพ.ศ. 2563 ประเทศไทยจะเริ่มเผชิญปรากฏการณ์ที่จำนวนประชากรสูงอายุมากกว่าประชากรเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี และคาดว่าจะประมาณช่วงปีพ.ศ. 2578-2583 ประเทศไทยจะเกิดภาวะจำนวนประชากรคงที่และลดลงเป็นครั้งแรก (Knodel, Prachuabmoh, & Chayovan, 2013; Knodel, Teerawichitchainan, Prachuabmoh, & Pothisiri, 2015)

ภายใต้สังคมสูงวัย ก่อให้เกิดความท้าทายเชิงปริมาณ กล่าวคือ การที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อเปรียบเทียบกับวัยแรงงานและวัยรุ่น/วัยเด็กซึ่งจะเติบโตขึ้นไปเป็นวัยแรงงานในอนาคตที่มีแนวโน้มลดจำนวนลงซึ่งจะเป็นกำลังหลักสำคัญในการสร้างผลผลิตภาพให้ประเทศไทย จึงสะท้อนถึงสัดส่วนภาระพึ่งพิงทางสังคมที่เปรียบเทียบภาพรวมระหว่างจำนวนวัยแรงงานต่อผู้สูงอายุ โดยพบว่าจากปีพ.ศ. 2553 สัดส่วนจำนวนวัยแรงงานต่อผู้สูงอายุอยู่ที่ 5 ต่อ 1 แต่คาดประมาณว่าในปีพ.ศ. 2583 สัดส่วนจำนวนวัยแรงงานต่อผู้สูงอายุจะลดลงเหลือเพียง 1.7 ต่อ 1 เท่านั้น รวมทั้งสังคมสูงวัยยังก่อให้เกิดความท้าทายเชิงคุณภาพ จากศักยภาพบางด้านในตัวผู้สูงอายุจะต้องลดลงตามอายุ เช่น กำลังร่างกายและกระบวนการคิด เป็นต้น รวมถึงการพัฒนาทรัพยากรบุคคลวัยแรงงานและวัยเด็กยังพบปัญหาอีกมากที่ส่งผลให้การพัฒนาผลผลิตภาพแรงงานไทยยังเพิ่มขึ้นได้ช้า (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2558) ดังนั้น แนวทางที่จะพยายามคงรักษาไว้หรือเพิ่มศักยภาพในตัวผู้สูงอายุให้ได้มากและต่อเนื่องนานที่สุดจึงเป็นเรื่องที่สำคัญยิ่งแนวทางหนึ่ง รวมทั้งการลบภาพความเชื่อเดิมที่มองผู้สูงอายุเป็นเพียงภาระของสังคมลง โดยจะพบว่า แนวคิดการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (Successful Ageing)¹ และแนวคิดพลัดพลัง (Active Ageing)² ต่างให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมทางสังคม (Social Participation) ของผู้สูงอายุ เพราะจะสามารถดึงศักยภาพ ความสามารถ และประสบการณ์ที่มีอยู่ของผู้สูงอายุมาสร้างคุณค่าให้เกิดผลผลิตภาพ พลังบวกทางกายและจิตใจทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเองและต่อสังคมโดยรวมด้วย (Bowling & Dieppe, 2005; G. D. Cohen et al., 2006; Henkin & Zapf, 2007; WHO, 2002a; 2007) ดังนั้น การสามารถเข้าใจปัจจัยกำหนดที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทและพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุได้นั้นจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการกำหนดและบริหารจัดการนโยบายสาธารณะให้มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีสิทธิมีส่วนร่วมทางสังคมได้เต็มศักยภาพ

ตามแนวคิด สมมติฐานการคล้อยตามสภาพแวดล้อม (The Environmental Docility Hypothesis) ของกลุ่ม Lawton (1980a; 1990), Lawton & Simon (1968) เชื่อว่าปัจจัยด้านความสามารถทางกาย และสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ ควรถูกพิจารณาควบคู่กันซึ่งจะเป็นตัวกำหนดประสิทธิภาพของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลให้สามารถทำพฤติกรรมต่างๆ ซึ่งจะส่งผลไปถึงจิตใจด้วย ดังนั้น

¹ แนวคิดการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (Successful Ageing) พัฒนาโดย Rowe & Kahn (1997) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ (1) ความไม่มีโรคหรือความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะทุพพลภาพอยู่ในระดับต่ำ (2) มีศักยภาพพร้อมที่จะปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องการ และ (3) การมีส่วนร่วมทางสังคมที่สร้างสรรค์ซึ่งให้คุณค่าแก่ตนเองและสังคม

² แนวคิดพลัดพลัง (Active Ageing) เป็นกรอบแนวคิดเชิงนโยบายขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002a) ได้จำแนก องค์ประกอบของพลัดพลังในผู้สูงอายุ ควรประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ (1) การมีสุขภาพที่ดี สามารถพึ่งพาตนเองได้หรือคงภาวะสุขภาพดีที่สุดของตนในแต่ละช่วงวัยให้ได้ (2) การมีส่วนร่วมทางสังคมให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ และ (3) การมีหลักประกัน หรือสร้างหลักประกันที่มั่นคงให้ตนเองตามอัตภาพ

งานวิจัยนี้จะนำกรอบแนวคิดนี้มาพิจารณาร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในกรณีของผู้สูงอายุในประเทศไทย ว่าปัจจัยด้านความสามารถทางกายและสภาพแวดล้อมจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่มีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุหรือไม่ และจะส่งผลต่อไปถึงสุขภาพจิตที่ดีหรือไม่อย่างไร ซึ่งสนับสนุนมุมมองทางสังคมวิทยาของการสูงอายุ จากทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) และทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ที่เชื่อว่า บุคคลที่ยังปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทางสังคมได้อย่างเหมาะสมตามวัยอย่างต่อเนื่องย่อมเห็นว่าตนยังมีบทบาทที่มีคุณค่าซึ่งจะส่งผลต่อความอยู่ดีมีสุขของบุคคลนั้น (Bengtson, Gans, Putney, & Silverstein, 2009: 32-34; Jett, 2008: 33-36; MOPH, 2002, อ้างถึงใน เนาวรัตน์ พลายน้อย และคณะ, 2542: 159-160)

ปัจจัยด้านความสามารถทางกาย ตามความเป็นจริงแล้วผู้สูงอายุที่อายุเพิ่มขึ้น ย่อมมาพร้อมกับความเสื่อมถอยของสภาพร่างกายซึ่งวัดได้จากข้อจำกัดที่จะเริ่มเกิดและเพิ่มขึ้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยร่างกายของตน ดังในภาพรวมเมื่อประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นหรือการมีอายุคาดเฉลี่ยที่สูงขึ้น จะมาพร้อมกับปัญหาสุขภาพ ภาวะทุพพลภาพ และภาวะพึ่งพิงที่เพิ่มมากขึ้น สะท้อนจาก อายุคาดเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่จะดูแลตนเองไม่ได้ (ภาวะพึ่งพิงและทุพพลภาพ) (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2552; 2554a) โดยพบว่า ภาวะทุพพลภาพและความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นเป็นลำดับ ซึ่งประมาณร้อยละ 15 ของผู้มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและอาจต้องตกอยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิงซึ่งมีอายุคาดเฉลี่ยสูงกว่าชาย จึงมีแนวโน้มที่จะเผชิญกับภาวะดังกล่าวสูงกว่า จากการวิเคราะห์ผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2550 และ 2554 จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า มีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพถึงร้อยละ 22.1 หรือเกือบหนึ่งในสี่ และด้วยความเสื่อมสภาพจากการสูงอายุมถึงส่วนใหญ่มมีปัญหาเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, หัวใจ, หลอดเลือดในสมองตีบ, อัมพฤกษ์/อัมพาต และมะเร็ง ถึงร้อยละ 31.7, 13.3, 7.0, 1.9, 2.5 และ 0.5 ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นด้วย และผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนโรคเหล่านี้สูงกว่าชายยกเว้นอัมพฤกษ์/อัมพาต (บรรลุ ศิริพานิช, 2555a; 2555b) โดยโรคเหล่านี้เป็นสาเหตุการตายสำคัญที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่องของผู้สูงอายุไทยด้วย ได้แก่ โรคมะเร็ง, หัวใจ, หลอดเลือดสมอง, ปอดอักเสบ, ไต และเบาหวาน มีจำนวนการตายเพิ่ม 424.8, 183.0, 113.9, 121.5, 124.3 และ 73.3 ต่อประชากร 100,000 คนตามลำดับ ในปีพ.ศ. 2551 เมื่อเทียบจากปีก่อนหน้า (ปานบดี เอกะจัมปะกะ และนิธิศ วัฒนมะโน, 2552; 2556) ทั้งยังพบว่า ผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 37.7 มีข้อจำกัดจากความสามารถทางกายโดยรวมอย่างน้อยหนึ่งอย่าง โดยร้อยละ 32.9 มีข้อบกพร่องทางร่างกาย, ร้อยละ 25.5 มีข้อจำกัดในการทำกลุ่มกิจกรรมเชิงซ้อนที่มีอุปสรรคเข้ามาเกี่ยวข้อง (IADLs) และร้อยละ 4 มีข้อจำกัดในกลุ่มกิจกรรมพื้นฐาน (BADLs) ซึ่งยังมีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปข้อจำกัดจากความสามารถทางกายจะยิ่งเพิ่มเร็วและมากขึ้นด้วย (Knodel et al., 2013)

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย (1) สภาพแวดล้อมทางกายภาพของที่อยู่อาศัยภายในบ้าน และภายนอกหรือละแวกบ้าน โดยผู้สูงอายุจะใช้ชีวิตกว่าร้อยละ 80 ในสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่อาศัยอยู่เดิม เนื่องจากปัญหาสุขภาพและข้อจำกัดของร่างกายมีมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น การใช้ชีวิตกับงานและสังคมย่อมจะลดลงเป็นลำดับ (M. M. Baltes, Mass, Wilms, & Borchelt, 1999; Clemson, Cusick, & Fozzard, 1999; Oswald & Wahl, 2005; Rowles, 1981; Rowles & Chaudhury, 2005; Rubinstein, 1989) แม้จากผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2537, 2545, 2550 และ 2554 จะพบว่า คุณภาพของสภาพแวดล้อมทางกายภาพพื้นฐานในที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมิแนวโน้มดีขึ้นต่อเนื่อง ทั้งด้านโครงสร้างที่อยู่อาศัยที่สร้างด้วยวัสดุคงทนถาวรเป็นส่วนใหญ่ และการมีน้ำประปาใช้ภายในบ้าน รวมถึงการมีส้วมแบบชักโครกเป็นต้น (Knodel et al., 2015: 51) แต่อย่างไรก็ตาม จากผลการประเมินครึ่งทางของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ของประเทศไทย ยังพบว่า โดยภาพรวมแล้วมีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 2 เท่านั้นที่ได้อาศัยอยู่ในบ้านที่มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ (จากที่กำหนดเกณฑ์เป้าหมายไว้ที่ร้อยละ 5) โดยมีเพียงผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครเท่านั้นที่ได้อาศัยอยู่ในบ้านที่มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมที่ร้อยละ 6.6 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ ส่วนในภูมิภาคอื่นๆ ค่อนข้างต่ำจากเกณฑ์กว่าครึ่ง ได้แก่ ภาคกลาง, เหนือ, ใต้ และตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ร้อยละ 2.6, 2.4, 1.1 และ 1.0 ตามลำดับ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2552: 83-84; 2556) และ (2) สภาพแวดล้อมทางสังคม พิจารณาจากเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุ จากสมาชิกครอบครัวญาติ เพื่อน ชุมชน สังคม และรัฐ ที่ให้การเกื้อหนุนทั้งทางกาย ทางจิตใจ รวมถึงทางด้านวัตถุสิ่งของต่างๆ โดยยิ่งสูงอายุมากขึ้นความสามารถด้านต่างๆ ลดลง ภาวะที่ต้องพึ่งพิงสภาพแวดล้อมทางสังคมก็ยิ่งมากขึ้น (Birk et al., 2004; Orem, 1995) ดังนั้น สภาพแวดล้อมที่ดีและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งทั้งในแง่เป็นตัวช่วยบำรุงรักษา (Maintenance) เป็นตัวช่วยกระตุ้นจิตใจ (Stimulation) และเป็นตัวช่วยสนับสนุน (Support) การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ (Lawton, 1989) รวมทั้งสามารถมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างเหมาะสม

นอกจากนี้ มาตรการการคงไว้ซึ่งความสามารถทางกายที่พึ่งพาตนเองให้ได้ยาวนานที่สุด และการมีสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม จึงถูกกำหนดเป็นหนึ่งในนโยบายและแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ที่ให้หนึ่งในยุทธศาสตร์ คือ การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ โดยมี 2 ใน 6 มาตรการหลักปฏิบัติ ได้แก่ มาตรการการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยและดูแลตนเองเบื้องต้น และมาตรการการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมิที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2556; ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์, 2557)

ส่วนสุขภาพจิตที่ดีก็เป็นตัวชี้วัดคุณค่าทางจิตใจซึ่งสามารถสะท้อนคุณภาพชีวิตและความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุที่สำคัญยิ่งตัวหนึ่ง การเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ที่สำคัญในช่วงชีวิตย่อมมีผลกระทบ

ต่อสภาวะจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ ทั้งจากผลของการเสื่อมถอยทางร่างกาย ระบบสมองและการเจ็บป่วย การสูญเสียบทบาทสถานภาพ การงานและการเงิน และการปรับเปลี่ยนของสภาพแวดล้อมทางกายภาพสังคมที่สนับสนุนหรือกดดัน รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ดังนั้น งานวิจัยจึงมักพบว่า ระดับความสุขจะยิ่งลดลงเมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น (Knodel et al., 2013; รศรินทร์ เกรย์ และคณะ, 2550) และผู้สูงอายุมักมีความเปราะบางทางด้านจิตใจ โดยพบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มคนวัยอื่นที่มีอายุต่ำกว่า (จากผลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนปี พ.ศ. 2554) และผู้สูงอายุมีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ถึงร้อยละ 32 หรือหนึ่งในสาม (จากผลการสำรวจผู้สูงอายุในปีพ.ศ. 2554) (บรรลุ ศิริพานิช, 2555a; 2555b) ดังนั้น การที่จะสามารถบำรุงรักษา กระตุ้นจิตใจ และสนับสนุนให้เกิดการคงสภาพและศักยภาพด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุไว้ดังเดิมให้ได้มากและยาวนานที่สุดมีส่วนให้ผู้สูงอายุยอมรับและเห็นคุณค่าของตนเองซึ่งย่อมส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดี ฉะนั้น การคงความสามารถทางกายไว้ได้ การมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และการเพิ่มหรือรักษาระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมไว้ให้ได้มากและยาวนานที่สุดน่าจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีจึงเป็นที่มาของการศึกษาครั้งนี้

จากงานวิจัยที่ผ่านมาได้มีการศึกษาถึงประเด็นพื้นฐานสำคัญด้านสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุไทยค่อนข้างจำกัด รวมทั้งส่วนมากเป็นการศึกษาประชากรจำกัดเฉพาะกลุ่ม จึงเป็นแรงจูงใจให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาในสองประเด็นนี้ว่า ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมจะมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุซึ่งจะเป็นตัวชี้วัดว่าผู้สูงอายุไทยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่ อย่างไร โดยอาศัยข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุในระดับประเทศ และงานวิจัยของไทยที่ผ่านมาซึ่งศึกษาในลักษณะแยกเป็นส่วนๆ โดยขาดการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความสามารถทางกาย กับสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุที่น่าจะร่วมกันส่งผลผ่านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมที่ถือเป็นปัจจัยแทรกกลางไปสู่สุขภาพจิตของผู้สูงอายุหรือไม่อย่างไร โดยจะเป็นการตรวจสอบแนวคิดสมมติฐานการคล้อยตามสภาพแวดล้อม (The Environmental Docility Hypothesis) ที่เชื่อว่า ความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุต่างมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมเชิงรุก (ในการศึกษานี้ ได้แก่ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ) ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดี (Lawton, 1980a; 1990; Lawton & Simon, 1968) โดยผู้วิจัยคาดว่าผลการวิจัยจะเป็นแรงจูงใจให้เกิดการตระหนักถึงและการสนับสนุนมาตรการเพื่อสร้างเสริมและรักษาความสามารถทางกายของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งกระตุ้นให้เกิดการปรับปรุงและเสริมสร้างสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ดีและสามารถมีส่วนร่วมทางสังคมซึ่งจะยังประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมส่วนรวม รวมทั้งสามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุไทยมีสุขภาพจิตที่ดีเพิ่มขึ้นด้วย

1.2 คำถามนำการวิจัย

1. ความสามารถทางกาย สภาพแวดล้อม การมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุไทยเป็นอย่างไร และมีความสัมพันธ์กันอย่างไรบ้าง
2. ความสามารถทางกาย และสภาพแวดล้อม ต่างและร่วมกันมีผลต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุไทยหรือไม่อย่างไร
3. ความสามารถทางกาย และสภาพแวดล้อม ส่งผลผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคมไปสู่สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุหรือไม่อย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานะและความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกาย สภาพแวดล้อม การมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของความสามารถทางกายและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุที่ต่างและร่วมกันส่งผลต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของความสามารถทางกายและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุที่ส่งผลผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคมไปสู่สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการศึกษาจะเป็นภาพสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยต่างๆ ทั้งความสามารถทางกาย สภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคม ที่จะมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลที่สามารถสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งบุคลากรของภาครัฐ ผู้วางแผนและกำหนดนโยบายสาธารณะสามารถวางมาตรการเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุซึ่งจะเสริมสร้างภาวะสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ รวมถึงผู้ที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุในอนาคตด้วย

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษานี้ได้อาศัยแนวคิดทฤษฎีหลัก ได้แก่ แนวคิดที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ แนวคิดและการประเมินความสามารถทางกาย แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ และแนวคิดเรื่องสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งการศึกษาลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 แนวคิดที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

ประกอบด้วย 2 แนวคิด ดังนี้

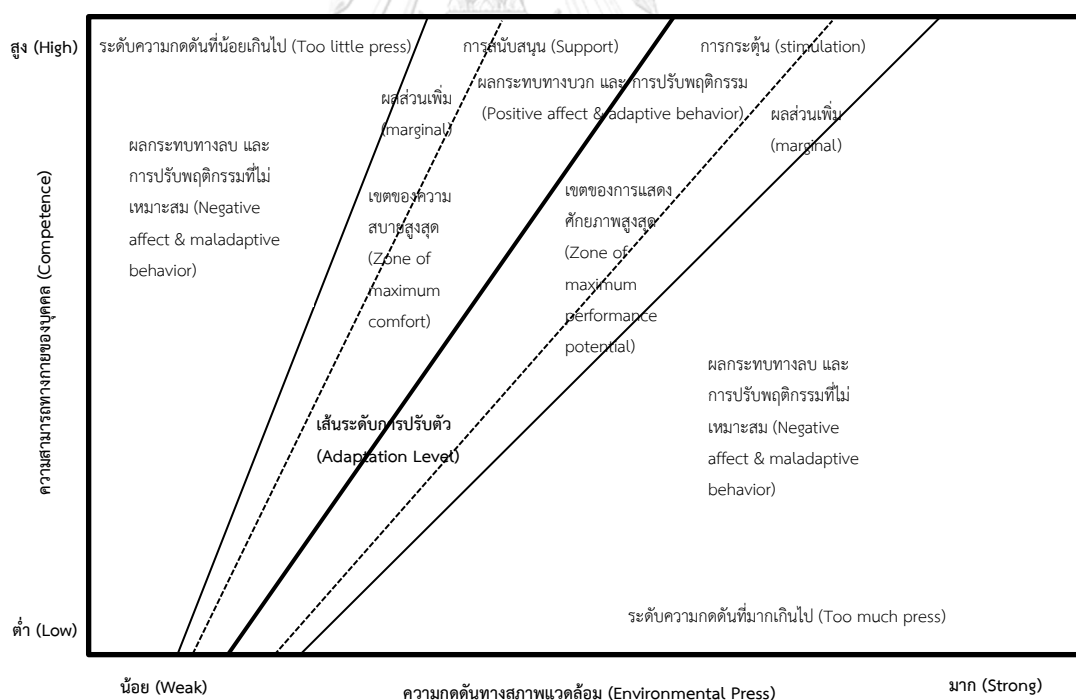
2.1.1 แนวคิดสมมติฐานการคล้อยตามสภาพแวดล้อม (The Environmental Docility Hypothesis)

แนวคิดหลักทางนิเวศวิทยาสำหรับสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ (Ecological Model of Ageing) ได้สรุปแนวคิดบนฐานคติที่ว่า ปัจจัยทางการรับรู้สุขภาพตนและปัจจัยทางสภาพแวดล้อม ประกอบเป็นประสบการณ์ชีวิต ที่หล่อหลอมและติดตัวมา (Belonging) และพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Behavior) เป็นตัวกลางหรือตัวแทน (Agency) โดยทั้ง 2 ส่วนส่งผลสำคัญให้เกิดเป็นอัตลักษณ์ของแต่ละบุคคล (Identity) และความมีอิสระในตนเอง (Autonomy) ซึ่งจะนำไปสู่ความอยู่ดีมีสุข (Well-Being) ของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน (Krieger, 2001; Smedley & Syme, 2000; Stokols, 1992; Susser & Susser, 1996; Wahl & Oswald, 2010)

แนวคิดสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ เป็นแนวคิดที่พิจารณาตัวผู้สูงอายุทั้งในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Physical Function) และสภาพแวดล้อมของพวกเขา เน้นที่การประเมินในระดับปัจเจกบุคคล (Individual) โดยมีต้นแบบแนวคิดจาก Kurt Lewin ที่นำเสนอว่า พฤติกรรม (Behavior: B) ที่เกิดขึ้นของบุคคลเกิดจากความสัมพันธ์ที่เหมาะสมระหว่างตัวบุคคล (Person: P) กับสภาพแวดล้อม (Environment: E) (Person-Environment (P-E) fit) ซึ่งสามารถเขียนในรูปสมการความสัมพันธ์ คือ $B = f(P, E)$ ซึ่งเป็นฐานในการพัฒนาแนวคิดนิเวศวิทยาและกระบวนการสูงอายุ (Ecology and the Aging Process) ของกลุ่ม Lawton (1980a; 1982; 1990), Nahemow & Lawton (1973) และ Nahemow (2000) ที่ศึกษาปัจจัยทางสภาพแวดล้อมควบคู่กับความสามารถทางกายของผู้สูงอายุ โดยเชื่อว่าเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลเพื่อความอยู่ดีมีสุข (Well-Being) ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญในแต่ละบุคคล ได้แก่ (1) ความสามารถทางกาย (Physical Competence)

หมายถึง ศักยภาพทางร่างกายของบุคคลที่จะสามารถปฏิบัติกิจวัตรและกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตนเองได้ ซึ่งโดยหลักความเป็นจริงแล้วความสามารถทางกายของผู้สูงอายุย่อมจะต้องลดลงตามเวลาจากความเสื่อมถอยของการทำงานของเซลล์หรืออวัยวะต่างๆ ของร่างกาย (2) สภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ หมายถึง ความต้องการหรือความกดดันภายใต้สภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคล (Environmental Press) ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมทางกายภาพสังคม (Sociophysical Environment) (Lawton, 1977) คือ สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่จำเป็นของที่อยู่อาศัยภายในบ้านและภายนอกหรือละแวกบ้าน และสภาพแวดล้อมทางสังคมจากกลุ่มบุคคลหรือองค์กรแวดล้อมที่สนับสนุนและเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุทั้งครอบครัว ญาติ เพื่อน ชุมชน สังคม และรัฐ (3) พฤติกรรม (Behavior) ที่บุคคลจะเลือกกระทำหรือไม่กระทำ สรุปลงเป็นแบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมกับความสามารถทางกายของบุคคล (Press-Competence Model)

แผนภาพที่ 1 แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมและความสามารถทางกายของบุคคล (Press-Competence Model)



ที่มา : Lawton M. P., & Nahemow L. (1973). Ecology and the aging process. In: C. L. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), 619-674. The Psychology of Adult Development and Aging. Washington, D.C.: American Psychological Association.

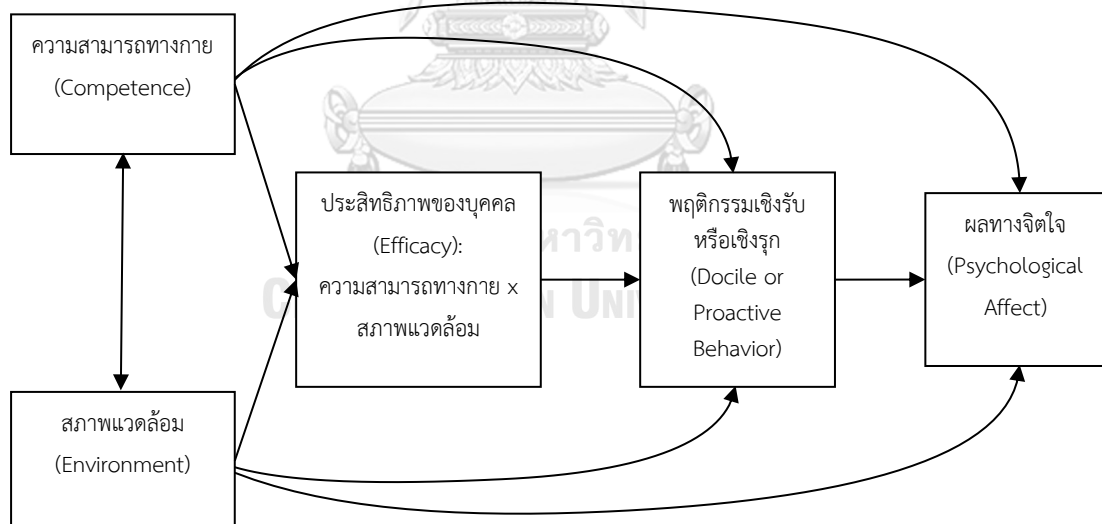
แผนภาพที่ 1 แสดงถึงความสามารถทางกายของบุคคล (Competence) มีขอบเขตระหว่างต่ำถึงสูง บนแกนตั้ง และความต้องการหรือความกดดันทางสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้น (Environmental Press) มีขอบเขตระหว่างน้อยถึงมาก บนแกนนอน ขอบเขตการปรับตัวจะเคลื่อนเข้าสู่เส้นสมมติของระดับการปรับตัว (Adaptation Level) โดยแนวคิดชี้ที่ระดับความกดดันทางสภาพแวดล้อมพบกับระดับความสามารถทางกายของบุคคล ซึ่งการสูงอายุขึ้นของบุคคลเป็นเรื่องปกติที่จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งจากการลดลงความสามารถทางกายและพฤติกรรมของบุคคลที่มีเหลืออยู่ ด้านขวามือของเส้นระดับการปรับตัว (Adaptation Level) เป็นพื้นที่ของการแสดงออกได้สูงสุดตามความสามารถทางกายของบุคคล (Maximum Performance) ที่จะถูกกดดันจากสภาพแวดล้อมเป็นตัวกระตุ้นและท้าทายต่อการปรับเปลี่ยนเพื่อความเหมาะสม จนถึงด้านขวาของช่วงที่เป็นพื้นที่ส่วนเพิ่ม (Marginal) โดยบุคคลยังคงใช้ความพยายามต่อไปแต่เริ่มพบกับความยากลำบากหรือข้อจำกัดมากขึ้น เช่น ความเครียด, การบาดเจ็บ เป็นต้น จนการพยายามแสดงพฤติกรรมจากการปรับตัวสิ้นสุดลง เมื่อเลยเส้นขอบด้านขวาของพื้นที่ในส่วนเพิ่มเป็นพื้นที่ที่จะเกิดผลกระทบทางลบจากการปรับพฤติกรรม ซึ่งบุคคลไม่สามารถรักษาระดับความสามารถทางกายของตนจนเกิดผลทางลบและการปรับตัวที่ไม่สามารถทำพฤติกรรมนั้นต่อไปได้จึงเป็นจุดที่ความต้องการต่อสภาพแวดล้อมเกินความสามารถทางกายของบุคคลที่จะทำตามความต้องการนั้นได้แล้ว ซึ่ง Verbrugge & Jette (1994) เรียกว่า จุดที่ไร้สมรรถภาพทางกาย (The Point of Disablement)

ในอีกด้านทางซ้ายจากระดับการปรับตัว (Adaptation Level) เป็นช่วงพื้นที่ที่มีความรู้สึกสบายสูงสุดจากความสามารถทางกายของบุคคล เพราะมีลักษณะของความกดดันทางสภาพแวดล้อมน้อยหรือสามารถปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้รองรับได้ดีจนสามารถผ่อนคลายจากความต้องการการสนับสนุนจากสภาพแวดล้อม ไปถึงช่วงของพื้นที่ส่วนเพิ่ม (Marginal) อีกด้านหนึ่งซึ่งเป็นช่วงที่บุคคลรู้สึกขาดหรือไม่มีแรงกระตุ้นทางสภาพแวดล้อม เริ่มรู้สึกเบื่อและเฉื่อยชาจนเลยเส้นขอบเข้าสู่ช่วงพื้นที่ด้านซ้ายสุดส่วนสุดท้าย เป็นพื้นที่ที่ส่งผลทางลบต่อการปรับพฤติกรรม กรณีนี้สภาพแวดล้อมจะไม่มีผลทำให้ร่างกายไม่ตอบโต้ ไม่ตื่นนอน ไม่ใช้หรือจำกัดการใช้ และในที่สุดอาจนำไปสู่จุดซึ่ง Seligman (1975) เรียกว่า ความรู้สึกไร้ประโยชน์ (Helplessness)

จึงสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางกายที่สูงกว่าจะมีการตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมของตัวเองได้มากกว่าบุคคลที่มีความสามารถทางกายที่ต่ำกว่า ซึ่งเห็นได้จากความแตกต่างในช่วงกว้างของขอบเขตผลกระทบทางบวกและการปรับพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุที่เหมาะสมมากกว่าย่อมรองรับความสามารถทางกายของบุคคลได้สูงกว่าเช่นกัน (Oswald & Wahl, 2005) ดังนั้น สาระสำคัญของแนวคิดนี้ คือ การสามารถจัดการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อตอบสนองและรองรับกับระดับความสามารถทางกายของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลให้ได้มากที่สุด ซึ่งจะสนับสนุนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์และมีความหมาย

แนวคิดสมมติฐานการคล้อยตามสภาพแวดล้อม (The Environmental Docility Hypothesis) โดย Lawton & Simon (1968) ได้พัฒนาแนวคิดนี้ (แผนภาพที่ 2) โดยเชื่อว่าทั้งความสามารถทางกายและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยร่วมกันที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพในตัวผู้สูงอายุทั้งทางกายและทางความคิด (Objective and Subjective Efficacy) ของแต่ละบุคคล ซึ่งประสิทธิภาพนี้จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลในการเลือกที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในระดับที่มากหรือน้อย หรือไม่ปฏิบัติเลย โดยจะมีทั้งพฤติกรรมเชิงรับ (Docile Behavior) และพฤติกรรมเชิงรุก (Proactive Behavior) ซึ่งถ้าสูงหรือต่ำเกินไปย่อมทำให้เกิดความเสี่ยงที่จะเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (เช่น ความทะเยอทะยานหรือความเฉื่อยชามากเกินไป) จนส่งผลต่อจิตใจของบุคคลได้ (Psychological Affect) ซึ่งก็คือ เทอมปฏิสัมพันธ์ (Interaction terms) จากการพัฒนาสมการความสัมพันธ์พื้นฐานของ Kurt Lewin มาเป็นความสัมพันธ์ $B = f(P, E, P \times E)$ (Lawton, 1980b: 17; Parmelee, 1998)

แผนภาพที่ 2 แสดงโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกาย สภาพแวดล้อม ผ่านพฤติกรรมไปสู่ผลทางจิตใจของผู้สูงอายุ ตามสมมติฐานการคล้อยตามสภาพแวดล้อม (The Environmental Docility Hypothesis) ของ Lawton & Simon (1968)



ที่มา: Lawton, M. P., & Simon, B. (1968). The ecology of social relationships in housing for the elderly. *The Gerontologist*, 8, 108-115.

ประสิทธิภาพของบุคคลประกอบด้วย ประสิทธิภาพทางกาย (Objective Efficacy) ซึ่งแสดงออกในรูปของพฤติกรรมต่างๆ ที่บุคคลสามารถปฏิบัติภายใต้ความกดดันหรือสามารถใช้สภาพแวดล้อมที่สนับสนุนความสามารถทางกายของตนเองได้มากน้อยเพียงไร และประสิทธิภาพทางความคิด (Subjective Efficacy) หรือความรู้สึกคาดหวังต่อผลสำเร็จที่มีในตัวเองแม้จะต้องเผชิญกับความท้าทายในความสามารถทางกายและสภาพแวดล้อมของตน

พฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Behavior Outcomes) เป็นผลมาจากประสิทธิภาพของบุคคล โดยถูกกำหนดจากความสามารถทางกายและสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้น เช่น ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นสูง อาจเพราะมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายสูงหรือมีสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยหรือเป็นอุปสรรคจนไม่สามารถรักษาระดับความสัมพันธ์กับสังคมได้ดั้งเดิม

ประสิทธิภาพของบุคคลที่ระดับต่ำ ย่อมสนับสนุนการมีพฤติกรรมเชิงรับ (Docile Behavior) โดยอาจทำให้บุคคลอ่อนแอจนต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือ ส่วนประสิทธิภาพของบุคคลที่ระดับสูง ย่อมสนับสนุนการมีพฤติกรรมเชิงรุก (Proactive Behavior) โดยอาจทำให้ประสิทธิภาพของบุคคลที่ถูกจำกัดอยู่ภายใต้สภาพแวดล้อมถูกท้าทาย เช่น การมีส่วนร่วมกิจกรรมกลุ่มทางสังคมใหม่ๆ เป็นต้น ซึ่งโดยทั่วไปแล้วย่อมคาดหวังให้ผู้สูงอายุมีระดับประสิทธิภาพส่วนบุคคลที่สูง และมีพฤติกรรมเชิงรุก ซึ่งจะเป็ผลดีต่อจิตใจ (Nahemow & Lawton, 1973: 31)

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้เลือกศึกษาพฤติกรรมที่มีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ เพราะถือว่าเป็นพฤติกรรมเชิงรุกที่สำคัญและถูกยอมรับว่าเป็นประโยชน์อย่างมากทั้งต่อตัวผู้สูงอายุและต่อสังคมส่วนรวม ว่าจะเป็ปัจจัยแทรกกลางระหว่างอิทธิพลที่ส่งผ่านจากความสามารถทางกาย และสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ ไปสู่สุขภาพจิตตามแนวคิดสมมติฐานการคล้อยตามสภาพแวดล้อม (The Environmental Docility Hypothesis) ของ Lawton & Simon (1968) หรือไม่อย่างไร

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุนั้น การเปลี่ยนแปลงทางจิตและพฤติกรรมเป็นผลมาจากการที่ร่างกายต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อม ถ้าร่างกายหรือสังคมสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติจะทำให้เกิดความเครียดขึ้น ดังนี้ (1) ความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ของร่างกายที่เมื่อสูงอายุขึ้นโดยส่วนใหญ่เป็นไปในทางที่เสื่อมลง ซึ่งความเสื่อมถอยทางร่างกายส่งผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุได้ เช่น ทำให้ไม่สามารถทำงานและปฏิบัติกิจวัตรได้ดั้งเดิมต้องเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงจนเกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจ กังวลใจ น้อยใจ และคิดว่าตนไร้คุณค่า (บรรลุ ศิริพานิช, 2542: 85-86) และ (2) ความเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อม การสูงอายุมากขึ้นทำให้ต้องการสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมจากสภาพเดิมที่เคยพึ่งพาตนเองได้ไปสู่ความต้องการการช่วยเหลือเกื้อกูลจากวัตถุที่เป็นสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น สิ่งอำนวยความสะดวกในที่อยู่อาศัยและช่วยในการเคลื่อนที่ เป็นต้น และความต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ทั้งครอบครัว ชุมชน สังคมและรัฐ เช่น การช่วยเหลือทาง

การเงินเพื่อการดำรงชีพและจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกและปลอดภัยต่อชีวิต, การมีอุปสรรคให้ต้องลดการติดต่อสัมพันธ์หรือขาดการเกื้อกูลจากเพื่อนฝูง/ชุมชน/สังคม, การสูญเสียความสัมพันธ์หรือพลัดพรากจากบุคคลที่รักซึ่งให้การพึ่งพาในด้านต่างๆ ได้ลดลงเป็นลำดับ และการเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัว ทั้งการเสียชีวิตของคู่สมรส หรือบุตรต้องแยกไปทำงานต่างถิ่นหรือต้องแยกไปมีครอบครัวใหม่ เป็นต้น การขาดผู้ช่วยเหลือเกื้อหนุนเมื่อยามต้องการ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้ (จันทนา รณฤทธิ์วิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545; ณรงค์ สุภัทรพันธุ์, 2537; เรณู พุกบุญมี, 2539; สุรกุล เจนอบรม, 2541) ดังนั้น ความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ส่งผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุได้ ซึ่งต้องมีการปรับตัวรับกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสภาพแวดล้อมให้ได้อยู่ตลอดเวลา ถ้าผู้สูงอายุรับมือได้เป็นอย่างดีก็น่าจะส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดี

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุนั้น ในกลุ่มทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociology Theory) ของการสูงอายุ กล่าวถึง การที่ผู้สูงอายุต้องปรับตัวตามสภาพแวดล้อม สถานภาพ บทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบที่เปลี่ยนแปลงไปสู่ช่วงปลายของการดำเนินชีวิตล้วนมีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุ (Bengtson et al., 2009: 32-34; Jett, 2008: 33-36) แนวคิดสำคัญ ได้แก่ (1) ทฤษฎีการแยกตัว (Disengagement Theory) ของ Cumming & Henry (1961) ที่สรุปได้ว่า เมื่อเกิดการเสื่อมถอยในสุขภาพทางร่างกายจากอายุที่มากขึ้น ผู้สูงอายุเองจะค่อยๆ ถอนตัวหรือลดทอนบทบาททางสังคมของตนลงบางส่วนหรือทั้งหมด เพื่อให้บุคคลที่มีอายุน้อยกว่าที่ทำหน้าที่ได้ดีกว่าเข้ามาทดแทน ซึ่งเป็นไปได้อย่างยิ่งที่ในช่วงแรกอาจเกิดผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุด้วยความเครียดจากความกังวลถึงสถานภาพที่ลดลงแต่ผู้สูงอายุก็จะยอมรับในสถานภาพใหม่ๆ ที่ลดบทบาทและสถานะทางสังคมลงได้ในที่สุด (Bandura, 2015; Cumming & Henry, 1961) (2) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) แนวคิดเริ่มจาก Havighurst (1961) ที่สรุปได้ว่า ผลการเปลี่ยนแปลงจากกระบวนการสูงอายุของบุคคลไม่อาจเลี่ยงได้ตามกาลเวลาส่งผลให้ต้องลดกิจกรรมและบทบาททางสังคม ผู้สูงอายุที่ยังคงได้ทำกิจกรรมต่างๆ หลังเกษียณจากงานทั้งที่เป็นและไม่เป็นทางการจะเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ และ Neugarte (1964) ได้เสริมว่า ถ้าผู้สูงอายุยังมีความสามารถทางกายและกระฉับกระเฉงในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคมได้ต่อเนื่องจะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและมีความสุขในบั้นปลายชีวิต เพราะยังเห็นคุณค่าในชีวิตว่ายังเป็นที่ยอมรับจากสังคม ดังนั้น ผู้สูงอายุควรรักษาระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมไว้ให้ได้เสมือนช่วงวัยกลางคนเพราะการขาดกิจกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมจะส่งผลให้ระดับความสุขของชีวิตลดลงและรู้สึกชีวิตไม่มีคุณค่าซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพจิต (B. B. Brown, 1990; Neugarte, 1964) จนถึงปัจจุบันทฤษฎีกิจกรรมก็ยังเป็นที่ยอมรับและถูกใช้เป็นมาตรฐานในการเปรียบเทียบการมีกิจกรรมกับรูปแบบความพึงพอใจในชีวิต (Schulz, 2006) (3) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) เสนอโดย Atchley (1971; 1989) ในบทความวิจัย ซึ่งเป็นการผสมผสานแนวทางระหว่างทฤษฎีกิจกรรม กับทฤษฎีการแยกตัว ด้วยการศึกษา

เปรียบเทียบโดยพบว่า การที่ผู้สูงอายุจะยังคงมีความสุขและสุขภาพจิตที่ดี จากการมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นผลมาจากบุคลิกภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิต และประสบการณ์ในอดีตตามช่วงชีวิตของตน เพื่อการตัดสินใจผ่านสถานการณ์และเป้าหมายของแต่ละบุคคล ซึ่งการคงกิจกรรม พฤติกรรม และความสัมพันธ์ในสถานภาพและบทบาทเดิมไว้ได้มากและยาวนานที่สุดอย่างเหมาะสมจะส่งผลให้เกิดการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุได้ (Bengtson et al., 2009) สรุปได้ว่าจากผลของการสูงอายุมากขึ้นจะมีแนวโน้มให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ลดลงของสถานภาพและบทบาททางสังคมที่นำไปสู่ผลทางลบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ดังนั้น การคงบทบาทจากพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมให้ได้มากในระดับที่เหมาะสมอย่างยาวนานที่สุดย่อมมีความสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขและมีสุขภาพจิตที่ดี

จากแนวคิดสมมติฐานการคล้อยตามสภาพแวดล้อม เราสามารถตั้งเป็นสมมติฐานหลักเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกำหนดต่างๆ ของการวิจัยนี้ได้ 2 ประการ ได้แก่

- 1) ความสามารถทางกายและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ ต่างและร่วมกันมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ
- 2) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นปัจจัยแทรกกลางระหว่างความสามารถทางกายและสภาพแวดล้อมที่ส่งผ่านอิทธิพลสู่สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ

2.1.2 แนวคิดการจัดการสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

เนื่องจากผู้สูงอายุจะสามารถควบคุมสภาพแวดล้อมได้ลดลงเรื่อยๆ ทั้งความสามารถในการอดทนรับต่อความกดดันจากสภาพการณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นปัญหาที่ล้วนกระทบทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ การพิจารณาถึงการจัดการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม (Environmental Design) จึงเป็นการวางแผนแทรกแซงให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสภาพแวดล้อมที่รองรับกับปัจเจกบุคคล ด้วยวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาสิ่งใหม่ในตัวบุคคล เพื่อสิ่งที่ดีและเหมาะสมยิ่งขึ้นในการดำเนินชีวิต ซึ่งการศึกษาและทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่และการจัดการสภาพแวดล้อมใหม่ให้เหมาะสมจะช่วยแก้ไข บรรเทา และลดปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ทั้งเป็นการป้องกันและฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างความรู้สึกเชื่อมั่น ปลอดภัย มั่นคง และสร้างอิสรภาพให้ผู้สูงอายุได้อีกด้วย (Scheidt & Windley, 2006; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544, อ้างถึงใน ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ, 2548: 2.6-2.7)

โดยงานวิจัยส่วนใหญ่พบว่า สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุมีผลต่อคุณภาพชีวิตและความอยู่ดีมีสุขทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (Kending, 2003; Phillipson, 2004; Rowles & Bernard, 2013; Scheidt & Windley, 2006; Schwarz & Scheidt, 2012; Wahl & Weisman, 2003) โดยสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ ควรมีความหมายกว้างครอบคลุม

สภาพแวดล้อมทางกายภาพสังคม (Sociophysical Environment) (Dreyfus, 1982; Flyvbjerg, 2001: 43; Lawton, 1977; 1982) จึงควรประกอบด้วย 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่

1) สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) ได้แก่ สภาพแวดล้อมภายในบ้านของที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมภายนอกหรือละแวกบ้าน ซึ่งผู้สูงอายุจะใช้ชีวิตกว่าร้อยละ 80 ในสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของตน เนื่องจากปัญหาสุขภาพและข้อจำกัดของร่างกายจะมีมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น การใช้ชีวิตกับงานและการเข้าสังคมย่อมจะลดลงเป็นลำดับ (P. B. Baltes & Mayer, 1999; Clemson et al., 1999; Geboy, Moore, & Smith, 2012; Oswald & Wahl, 2005; Rowles, 1981; Rowles & Chaudhury, 2005; Rubinstein, 1989) การพิจารณาสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านจะเน้นเรื่องความจำเป็นต่อการใช้สอยในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ โดยสรุปจะต้องคำนึงถึง 4 องค์ประกอบคือ (1) การมีความปลอดภัยทางกายภาพ (2) สามารถเข้าถึงการใช้งานได้ง่าย (3) สามารถสร้างแรงกระตุ้นจิตใจในการดำเนินชีวิต และ (4) ดูแลรักษาง่าย และเป็นหลักในการจัดการสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่มีมาตรฐานเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในการใช้งานได้สะดวก ปลอดภัย และมีอิสระสำหรับการใช้ชีวิตประจำวัน (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2552: 8; ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ, 2548) ส่วนสภาพแวดล้อมภายนอกหรือละแวกบ้าน เป็นเรื่องของความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน, สาธารณูปโภคสิ่งอำนวยความสะดวกของชุมชนและแหล่งบริการต่างๆ และระบบขนส่ง พิจารณาจากการสามารถเข้าถึงการติดต่อระหว่างกัน ได้แก่ การเข้าถึงระบบขนส่งมวลชน, เพื่อนและครอบครัว, ร้านค้าที่ขายสินค้าและบริการ, บริการสุขภาพ, สาธารณูปโภคชุมชน และข่าวสารข้อมูล (Berkshire Authorities, 2009: 26-27; ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ, 2548)

การวัดระดับสภาพแวดล้อมทางกายภาพของผู้สูงอายุ

มีการพัฒนาเกณฑ์การประเมินความเหมาะสมของสภาพแวดล้อมทางกายภาพในบ้านของผู้สูงอายุไว้อย่างหลากหลาย โดยพอสรุปเกณฑ์หลักๆ ได้ดังนี้ (1) ส่วนประกอบเชิงโครงสร้างพื้นฐานของที่อยู่อาศัย เช่น โครงสร้างถาวรแข็งแรง มีระบบน้ำประปาและไฟฟ้าเข้าถึง ความสว่างโดยรวมเพียงพอ ทางเดินเชื่อมต่อต้องกว้างเพียงพอและไม่มีสิ่งกีดขวาง พื้นบ้านต้องเรียบและไม่ลื่นเป็นต้น (Knodel et al., 2015: 51) (2) สิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เช่น มีราวจับ โถชักโครกยกสูงแบบนั่ง มีทางลาด เป็นต้น (3) แพนผังภายในบ้านสนับสนุนความสะดวกปลอดภัยในการดำเนินชีวิต เช่น ห้องนอนควรอยู่ชั้นล่าง ห้องน้ำควรอยู่ภายในบ้านใกล้กับห้องนอน ทางเข้าออกบ้านต้องสะดวก เป็นต้น (Coyte, Mitchell, & Zarnett, 2003; Regnier, 2002) และจากนิยามตาม

แผนผู้สูงอายุฯ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2552: 83-84) สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านได้พิจารณาจาก 5 ปัจจัย ได้แก่ บ้านใดบ้านมีราวให้ยึดเกาะ, ห้องน้ำ/ส้วมมีราวให้ยึดเกาะ, ห้องนอนอยู่ชั้นล่างหรือเป็นบ้านชั้นเดียว, ห้องน้ำ/ส้วมอยู่ในบ้าน และ ชนิดของส้วมเป็นแบบนั่งห้อยเท้า โดยเกณฑ์ค่อนข้างใกล้เคียงกันซึ่งล้วนเน้นเรื่องความปลอดภัยและ ประโยชน์ใช้สอยของผู้สูงอายุ ส่วนสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายนอกหรือละแวกบ้านมักถูกวัดในมิติ ของการสามารถเข้าถึง, การเคลื่อนที่, การเคลื่อนไหว, ขนาดของพื้นที่ และการแบ่งแยกพื้นที่ (Law et al., 1997)

2) สภาพแวดล้อมทางสังคม (Social Environment) พิจารณาถึงการมีเครือข่าย สนับสนุนทางสังคม (Social Supporting Network) ที่เน้นความเกื้อหนุนผู้สูงอายุจากกลุ่มบุคคลใน ครอบครัว และ ชุมชน สังคม และรัฐ โดยยิ่งสูงอายุมากขึ้นความสามารถและสภาพด้านต่างๆ จะ ลดลงภาวะที่ต้องพึ่งพิงเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมก็ยิ่งมากขึ้น (Barstad, 2008; Birk et al., 2004; Victor, Scambler, & Bond, 2009) ได้แก่ (1) เครือข่ายสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ และ เพื่อน แบ่งเป็นกลุ่มเครือข่ายสัมพันธ์ตรง จากสายเลือดและการสมรส ได้แก่ พ่อ แม่ คู่สมรส บุตร เขย สะใภ้ และกลุ่มเครือข่ายสัมพันธ์อ้อม ได้แก่ พี่ น้อง ญาติ เพื่อน ผู้ร่วมอาศัยในครัวเรือน โดยกลุ่ม เครือข่ายสัมพันธ์ตรงจะมีความสำคัญมากกว่าในการให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านปฏิสัมพันธ์ ดูแลช่วยเหลือ รวมถึงความสนิทที่มากกว่า (Fiori, Antonucci, & Cortina, 2006; Orem, 1995) และการศึกษาของ อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ และปัญญา ชูเลิศ (2552) พบว่า จำนวนผู้ที่อาศัยอยู่ใน ครัวเรือนเดียวกันกับผู้สูงอายุมีความสำคัญ ซึ่งครัวเรือนที่มีสมาชิก 6 คนขึ้นไปถือว่าสามารถช่วย สนับสนุนผู้สูงอายุได้มาก ซึ่งโดยเฉลี่ยแล้วผู้สูงอายุของไทยจะอยู่ในครัวเรือนระดับปานกลางที่มี สมาชิกประมาณ 4 คน และ (2) เครือข่ายสนับสนุนจากชุมชน สังคม และรัฐ เป็นเครือข่ายที่มีอิทธิพล เกื้อหนุนผู้สูงอายุเช่นกัน โดยเฉพาะในชนบทของสังคมไทยจะพบเห็นการจัดตั้งกลุ่มต่างๆ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ (อสม.) ศูนย์บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนรวมถึงผู้สูงอายุให้ได้ทั่วถึง และมากที่สุด ซึ่งมักมีรัฐหรือหน่วยงานรัฐเข้ามาร่วมมือมีบทบาทสนับสนุนด้านทรัพยากรและ งบประมาณ เพื่อให้เกิดการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุและประชาชน โดย นโยบายของรัฐ ตามบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญฯ (ฉบับชั่วคราว) พ.ศ.2557 มีการให้ความสำคัญกับการ จัดสวัสดิการสังคมให้กับกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความมั่นคงในชีวิต ด้วยการมีงาน ทำหรือกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองและเป็นหลักให้กับสังคมได้ด้วยการมี หลักประกันรายได้ที่มั่นคง โดยต้องอาศัยการร่วมมือทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน และครอบครัว (สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภาปฏิรูปแห่งชาติ, 2558)

การวัดระดับสภาพแวดล้อมทางสังคมของผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัดเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุ ควรประกอบด้วย เครือข่ายสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ และเพื่อน และเครือข่ายสนับสนุนจากรัฐ/ชุมชน/สังคม จากบริการและสวัสดิการสังคมที่ให้กับผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากขนาด องค์ประกอบ ความสัมพันธ์ใกล้ชิด ความถี่ในการติดต่อ ระยะเวลาที่ใช้ และระยะทาง (Litwin, 1995; Orem, 1995) ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพแวดล้อมทางสังคมที่แตกต่างกัน และความต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ญาติ และเพื่อนของผู้สูงอายุ ควรประกอบด้วยประเด็นต่างๆ ทั้งด้านสังคม, ด้านสุขภาพร่างกาย, ด้านการเงิน, ด้านความรู้สึกรัก, ด้านการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ปรีกษาและปรับทุกข์ (S. Cohen, 2004; Litwin & Landau, 2000: 218) ส่วนบริการและสวัสดิการจากรัฐ/ชุมชน/สังคม ควรประกอบด้วย ด้านสุขภาพอนามัย, ด้านการให้ความรู้ข่าวสารและการศึกษา, ด้านนันทนาการ, ด้านที่อยู่อาศัย, ด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน, ด้านรายได้และโอกาส (วิจิตรวิเชียรชม, 2556; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549: 80-83)

ดังนั้น การจัดการสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุจึงควรคำนึงถึง 2 ปัจจัย ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เหมาะสมเพื่อจะสนับสนุนผู้สูงอายุให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุข

2.2 แนวคิดและการประเมินความสามารถทางกาย

ผู้สูงอายุจะมีข้อจำกัดเพิ่มมากขึ้นในความสามารถทางกายจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการลดโอกาสการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับสังคมเป็นผลจากการเจ็บป่วย, อุบัติเหตุ, ความเสื่อมทางร่างกาย และความบกพร่องของส่วนประกอบในโครงสร้างร่างกายที่เสียหายที่เต็มไปด้วยภาวะทุพพลภาพ (WHO, 2011) จนไม่เป็นปกติในการใช้ชีวิตประจำวันหรืออาจจำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแลภายใต้สภาพแวดล้อมที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล ตามนิยามของ WHO-ICE (International Classification of Functional, Disability and Health) (WHO, 2001; 2002b) จะครอบคลุมทางร่างกายของบุคคลในด้านกิจกรรม โครงสร้าง และความสามารถ โดยการวัดระดับความสามารถทางกายจะประเมินจากการไม่มีภาวะทุพพลภาพจากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ ณ ปัจจุบัน (Activities of Daily Living : ADLs) (Guralnik, Palel, & Ferrucci, 2012) และครอบคลุมไปถึงการไม่มีข้อบกพร่องของร่างกาย โดยแบ่งออกเป็น

2.2.1 การไม่มีความบกพร่องในโครงสร้างร่างกาย หมายถึง การไม่มีความผิดปกติ ความไม่สมบูรณ์ หรือความพิการจากอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ในหน้าที่ปกติของมัน ได้แก่ การมองเห็น, การได้ยิน, ระบบการกลืนปัสสาวะ/อุจจาระ และอาการอัมพฤกษ์/อัมพาต เป็นต้น

2.2.2 การไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADLs) อาศัยแนวคิดการประเมินเพื่อหาดัชนีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ Barthel (The Barthel Activity of Daily Living Index) ที่พัฒนาโดย Mahoney & Bathel (Wade & Collin, 1988) ประกอบด้วย

1) การไม่มีข้อจำกัดในกลุ่มกิจกรรมพื้นฐาน (Basic ADLs: BADLs) หมายถึง การสามารถปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานในการใช้ชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น การกินอาหาร, การใส่เสื้อผ้า และการอาบน้ำ เป็นต้น (Knodel et al., 2013)

2) การไม่มีข้อจำกัดในกลุ่มกิจกรรมทางกาย (Physical ADLs: PADLs) หมายถึง การสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องเคลื่อนไหวและใช้ร่างกาย เช่น การนั่งยอง, การยกของ, การเดิน และการขึ้นลงบันได เป็นต้น

3) การไม่มีข้อจำกัดในกลุ่มกิจกรรมเชิงซ้อน (Instrumental ADLs: IADLs) หรือกิจกรรมที่มีส่วนร่วมกับสังคม หมายถึง การสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ซับซ้อน ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความสามารถในกระบวนการคิด การจดจำ รวมถึงการมีส่วนร่วมทางสังคม เช่น การสามารถดูแลตนเองและที่อยู่อาศัย การสามารถเดินทางด้วยขนส่งสาธารณะ และการสามารถใช้จ่ายเงิน เป็นต้น

การวัดระดับความสามารถทางกาย

การประเมินระดับความสามารถทางกายพบว่ามีหลายวิธีทั้งการประเมินเป็นแต่ละกิจกรรมหรือการประเมินผลรวมจากแต่ละกลุ่มกิจกรรม รวมถึงการประเมินคะแนนโดยรวมจากทุกกิจกรรมด้วย ซึ่งการวิจัยนี้จะใช้กรอบแนวคิดของ WHO-ICE ที่แบ่งความสามารถทางกายออกเป็น 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ การไม่มีมีความความบกพร่องในโครงสร้างร่างกาย, การไม่มีข้อจำกัดในกลุ่มกิจกรรมพื้นฐาน, การไม่มีข้อจำกัดในกลุ่มกิจกรรมทางกาย และการไม่มีข้อจำกัดในกลุ่มกิจกรรมเชิงซ้อนที่มีอุปกรณ์เกี่ยวข้อง โดยประเมินในแต่ละด้านรวมประกอบกันเป็นระดับความสามารถทางกาย หรือระดับข้อจำกัดในความสามารถทางกายของผู้สูงอายุ

2.3 แนวคิดการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ

การมีส่วนร่วมทางสังคม (Social Participation) ของผู้สูงอายุ มีผู้ให้คำจำกัดความไว้อย่างหลากหลายตามแต่ละวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยสามารถสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมหมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลเลือกที่จะมีปฏิสัมพันธ์ ร่วมมือคบหา และร่วมปฏิบัติกิจกรรมกับบุคคลอื่นหรือกลุ่มทางสังคม ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และสังคม ด้วยการปรับหาสมดุลระหว่างตนกับสภาพแวดล้อม ซึ่งเป็นการทำกิจกรรมทางสังคมหรือทางเศรษฐกิจทั้งในระดับที่เป็นและไม่เป็นทางการที่จะส่งผลให้เกิดผลิตภาพทั้งต่อตนเองและบุคคลอื่นในสังคมโดยรวม (Dalemans, De

Witte, Wade, & Van den Heuvel, 2008: 1073; Del Bono, Sala, Hancock, Gunnell, & Parisi, 2007: 55; Dijkers, Yavuzer, Ergin, Weitzenkamp, & Whiteneck, 2002: 351; Glass & Balfour, 2003: 313-314; Hyyppa & Maki, 2003: 773; Lindstrom, 2005: 1528; Lovden, Ghisletta, & Lindenberger, 2005: 424; Mars, Kempen, Mesters, Proot, & Van Eijk, 2008: 1298; Mendes de Leon, Glass, & Berkman, 2003: 633-634; Thompson & Whearty, 2004: 5-6)

บุคคลที่มีส่วนร่วมทางสังคม จะเป็นบุคคลที่มีบทบาทในกิจกรรมที่ต้องสื่อสารปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในชุมชนหรือสังคม (Levasseur, Richard, Gauvin, & Raymond, 2010: 2141) การมีส่วนร่วมทางสังคม จึงเกี่ยวข้องกับ การร่วมงานสังคมและวัฒนธรรม การศึกษาเรียนรู้ และกิจกรรมทางศาสนา รวมทั้งกิจกรรมสันตนาการ (WHO, 2007) และเป็นศูนย์กลางของทุนทางสังคม (Social Capital) (Richard, Gauvin, Gosselin, & Laforest, 2009: 46) สนับสนุนมุมมองทางสังคมวิทยาจากทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ที่มองว่ากิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลปฏิบัติต่อครอบครัวและสังคม ทำให้ผู้สูงอายุยังรู้สึกว่ามีคุณค่า มีบทบาทต่อสังคม ซึ่งมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตและความสุข และทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) อธิบายว่าผู้สูงอายุยังต้องการมีบทบาทในสังคมผ่านสถานะอื่นที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะรักษาและเติมเต็มคุณค่าความสำคัญให้ยังคงความเชื่อมั่นในตนเอง และความอยู่ดีมีสุขในผู้สูงอายุไว้ได้ (E. Y. Cornwell & Waite, 2009; Levasseur, St-Cyr Tribble, & Desrosiers, 2009) จนส่งผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในบั้นปลายชีวิตของบุคคลได้ (Jett, 2008: 33-36, MOPH, 2002 อ้างถึงใน เนาวรัตน์ พลายน้อย และคณะ, 2542: 159-160) เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุเริ่มเกษียณจากงานปกติจะมีเวลาในการร่วมกิจกรรมอื่นๆ ทางสังคมได้มากขึ้นกว่าบุคคลวัยอื่น แม้ว่าผู้สูงอายุอาจจะมีศักยภาพในการทำงานจิตอาสาได้น้อยกว่าคนในวัยอื่นที่อายุน้อยกว่าแต่ มักจะสามารถอุทิศเวลาได้มากกว่า (Mutchler, Burr, & Caro, 2003; Statistics Canada, 2009)

การมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นแนวทางสนับสนุนด้านสุขภาพกายและจิตใจเช่นเดียวกับแนวคิดทางด้านจิตวิทยาสังคม ผ่านการเลือกทำพฤติกรรมต่างๆ ของกลุ่ม Lawton (1980a; 1990), Lawton & Simon (1968) พฤติกรรมการรักษาสุขภาพ การเคารพนับถือตนเอง และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต เป็นโมเดลผลกระทบหลักและเป็นกันชนทางอ้อมต่อความเครียด ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิต (G. D. Cohen et al., 2006) ในทางตรงกันข้ามการถูกโดดเดี่ยวจากสังคมของผู้สูงอายุเป็นจุดอ่อนของกำลังใจ และยังทำให้เกิดการถอนตัวจากการร่วมปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและมองหาสิ่งสนับสนุนทางจิตใจน้อยลง (Baumeister, DeWall, Ciarocco, & Twenge, 2005) พบว่า ผู้สูงอายุที่รู้สึกโดดเดี่ยวมักมีปัญหาทางสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว เช่น มีอาการความดันสูงนอนไม่หลับ มีแนวโน้มของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น มีปัญหาาระบบภูมิคุ้มกัน และความสามารถทางกายลดลง (Cacioppo et al., 2002)

จากการศึกษาพบว่า กิจกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมต่างๆ มักไม่ได้ทำโดยแยกจากกัน โดยทั่วไปจะเกี่ยวข้งกันซึ่งจะเป็นเสมือนแรงจูงใจที่เปิดโอกาสการมีส่วนร่วมในกิจกรรมอื่นๆ ที่แตกต่างกันออกไปให้มากขึ้นอย่างต่อเนื่องด้วย (Leone & Hessel, 2016; Morrow-Howell, 2010) ซึ่งจะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมทางสังคมมากสามารถมีโอกาสรักษาเครือข่ายของกิจกรรมทางสังคมได้มากและยาวนานที่สุด แม้จะมีความสามารถทางกายหรือสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคเพิ่มมากขึ้น

การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุไม่เพียงสร้างประโยชน์ต่อปัจเจกบุคคลแต่ยังประโยชน์ต่อชุมชนและสังคมโดยรวมด้วย ส่วนกิจกรรมสังคมที่มีประโยชน์ทางบวก ได้แก่ (1) การเกื้อหนุนระหว่างรุ่น (2) การลดรูปแบบการดำเนินชีวิตที่โดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ (3) การสร้างมูลค่าเพิ่มเป็นทุนทางเศรษฐกิจและสังคมผ่านผลิตภาพจากงานและกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้ทำให้สังคมทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ (4) ลดปัญหาสุขภาพกายและจิตใจเพื่อลดอัตราการใช้บริการสุขภาพสาธารณะด้วยความสามารถในการคงความมีอิสระของผู้สูงอายุ (WHO, 2002a)

จากการศึกษาที่ผ่านมาต่างชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่ยังมีส่วนร่วมทางสังคมที่มากกว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นผู้ที่ยังมีสุขภาพดีทั้งทางกายและจิตใจรวมทั้งมีการใช้บริการสถานพยาบาลน้อยกว่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีส่วนร่วมทางสังคมน้อยกว่า และผู้สูงอายุที่ยังอาศัยอยู่ในบ้านและชุมชนเดิมของตนโดยได้รับการดูแลจากครอบครัวซึ่งไม่ใช่สถานบริบาลผู้สูงอายุแบบเป็นทางการ จะให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบด้านต้นทุนและค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมกว่า (Bridge et al., 2008; Dalrymple, 2005) รวมทั้งผู้สูงอายุจะได้ใช้ทักษะ ความรู้ และประสบการณ์ชีวิตของตนเป็นทุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพในการสนับสนุนและเป็นประโยชน์ต่อครอบครัว ชุมชนและสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อตัวผู้สูงอายุเองและต่อส่วนรวม สนับสนุนให้เกิดการสูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (Henkin & Zapf, 2007: 72-77; Wuthnow, 1991)

การวัดระดับการมีส่วนร่วมทางสังคม

ในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีการจัดทำตัวชี้วัดและมาตรวัดระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมหลายรูปแบบ เช่น การสังเคราะห์งานวิจัยเพื่อหาความหมาย การมีส่วนร่วมทางสังคมในผู้สูงอายุของ Levasseur et al. (2010; 2009) พบว่า สะท้อนระดับความสัมพันธ์เกี่ยวข้อง (Level of Involvement) ในหลากหลายมิติทั้งระดับตัวบุคคล (Micro) จนถึงระดับสังคม (Macro) ระหว่างปัจเจกบุคคลกับบุคคลอื่นผ่านการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ โดยแบ่งระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุจากน้อยไปมากตามระดับจากการเพียงได้อยู่ร่วมกับสังคมจนถึงการได้ปฏิบัติงานต่างๆ เพื่อสังคม

ส่วนแบบสำรวจกิจกรรมของผู้สูงอายุ (Elderly activities Inventory Questionnaire) (Lefrancois, Leclerc, Dube, Hamel, & Gaulin, 2001) หรือ การสำรวจข้อจำกัดในการมีส่วนร่วม

และกิจกรรมสังคมของสำนักงานสถิติประเทศแคนาดา (Participation and Activity Limitation Survey) (www.statcan.ca/english/sdds/instrument/3251_Q2_V1_E.pdf) และการประเมินอุปนิสัยในการดำเนินชีวิต (The Assessment of Life Habits) (Fougeyrollas & Noreau, 1998) จะพิจารณาจำนวนกิจกรรมสังคมที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมและความถี่ของการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงจากเครือข่ายสมาชิกในช่วงเวลาหนึ่ง (Bowling & Stafford, 2007) ซึ่งข้อมูลเชิงปริมาณสามารถแสดงถึงระดับการเข้าร่วมทางสังคม หรือในทางตรงกันข้ามเป็นระดับการแยกตัวจากสังคม (Social Isolation) จากการสูงอายุ โดยจะสะท้อนสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่อย่างโดดเดี่ยว เป็นตัวชี้วัดความเปราะบางจากการถูกทอดทิ้งจากสังคมรวมทั้งความยากจนที่พบแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในผู้สูงอายุมากๆ ซึ่งมีความเปราะบางสูง (Branco & Goncalves, 2001)

สำหรับองค์ประกอบจากการสร้างตัวชี้วัดด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของการวัดระดับพฤติกรรมของผู้สูงอายุ (Active Ageing) โดยต้นแบบจากภาครัฐทางตะวันตกของประเทศออสเตรเลีย (Active Ageing Taskforce, 2003, อ้างถึงใน Thanakwang & Soonthornhada, 2006; Tareque et al., 2013) ซึ่งพฤติกรรมในด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การได้ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว, การยังคงทำงาน, การได้ร่วมทำกิจกรรมกับกลุ่มหรือชมรม และการได้ร่วมทำกิจกรรมทางศาสนา โดยเป็นกิจกรรมที่มีการปฏิสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมเพื่อประโยชน์ต่อตนเองและสังคม ซึ่งการศึกษาคั้งนี้จะใช้องค์ประกอบการวัดระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมนี้เป็นเกณฑ์ตามกรอบพฤติกรรมเนื่องจากมีองค์ประกอบเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยและภูมิภาคเอเชียในการประเมินการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล

2.4 แนวคิดเรื่องสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) ได้นิยาม สุขภาพจิตที่ดี ว่าเป็นสภาวะของความอยู่ดีมีสุข (Well-Being) ซึ่งปัจเจกบุคคลตระหนักถึงศักยภาพของตนเองที่สามารถจัดการกับความรู้สึกกดดันในชีวิตได้ รวมทั้งสามารถสร้างสิ่งที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลแก่ตนเองและผู้อื่นในสังคมได้

ส่วน กรมสุขภาพจิต (2545) ได้นิยาม สุขภาพจิตที่ดี ว่าเป็นสภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลมาจากการมีวิธีการมองตนเองมองโลกรวมทั้งสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ การแสดงออกต่อตนเองต่อผู้อื่นและสังคมอย่างเหมาะสมและสร้างสรรค์ ภายในสภาพแวดล้อมและเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป

Rollant & Deppoliti (1996) ได้อธิบายถึง ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี จะประกอบด้วย (1) ยอมรับ เข้าใจ และเคารพในตนเอง (2) มีพัฒนาการสอดคล้องกับศักยภาพและความมุ่งหวังของตน (3) ปรับตัวได้และพึงพอใจกับทุกสถานการณ์และสภาพแวดล้อม (4) มีอิสระและเป็นตัวของ

ตัวเอง (5) ยอมรับและเผชิญกับความจริงด้วยมุมมองทางบวก และ (6) มีมนุษยสัมพันธ์เข้ากับบุคคล และสภาพแวดล้อมได้ดี ส่วน Trubowitz (1994) จำแนกพฤติกรรมที่แสดงถึง การมีสุขภาพจิตที่ดี ได้แก่ (1) รู้จักหาความสุขให้กับชีวิตตนและมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้ตามต้องการ (2) สามารถควบคุม พฤติกรรมของตนให้อยู่ในขอบเขตตามบรรทัดฐานของสังคม (3) สามารถประเมินและยอมรับความ เป็นจริงของสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น

จากนิยามความหมายต่างๆ สรุปได้ว่า สุขภาพจิตที่ดี หมายถึง สภาพของชีวิตที่มีสุขด้วย ความสมบูรณ์ทั้งทางกายและจิตใจ มีความมั่นคงทางอารมณ์และความคิด พอใจในสิ่งที่มี มี สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ สามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นและรับกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ ดี แก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม และสามารถสร้างประโยชน์ให้กับสังคม (เครือข่ายวิจัยและพัฒนา สุขภาพจิต, 2537; นาดยา เกรียงชัยพฤกษ์, 2543; อัมพร โอตระกุล, 2540)

สุขภาพจิตยังเป็นภาวะที่เปลี่ยนแปลงได้ทั้งดีขึ้นและแย่ลง ขึ้นอยู่กับความสามารถในการ ปรับตัว คนที่มีสุขภาพจิตที่ดีมีได้หมายถึงคนที่ไม่มีปัญหาหรือไม่มีความตึงเครียดเลย แต่เป็นคนที่ สามารถจัดการ รับมือ แก้ไขหรือลดความตึงเครียดได้ดีกว่าคนที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต จึงต้อง คำนึงถึงองค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องประกอบกัน (อรรถพงศ์ ถนิมพาสน์, 2544) ส่วนบุคคลที่มี สุขภาพจิตที่ไม่ดี ซึ่งมักเกิดเมื่อมีความกดดันจากการเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อมที่กระทบต่อ จิตใจ จะเกิดการปรับตัวอย่างไม่เหมาะสมจนเกิดพฤติกรรมที่แสดงออกอย่างผิดปกติ (จุฑารัตน์ สธิร ปัญญา, 2552; เต็มศักดิ์ คทวนิช, 2553)

ในทางจิตวิทยาถือว่าวัยสูงอายุเป็นช่วงวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงใหญ่ทั้งทางร่างกายและจิตใจ อีกครั้งหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลถึงสุขภาพกายในการใช้ชีวิตได้ ดังนั้น ตาม นโยบายและแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2565) และเพื่อช่วยส่งเสริมและสนับสนุน งานด้านผู้สูงอายุ ทางกรมสุขภาพจิตจึงได้เสนอแนะให้เน้นการพัฒนาผู้สูงอายุใน 5 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านร่างกาย เน้นการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย (2) ด้านอารมณ์ ปรับอารมณ์ให้หนักแน่นและ ใจเย็นขึ้น (3) ด้านความคิด เน้นกระตุ้นระบบความคิดและสมอง (4) ด้านสังคม เน้นปฏิสัมพันธ์กับคน ทุกช่วงวัยในสังคม (5) ด้านจิตวิญญาณ เน้นการร่วมงานจิตอาสาเพื่อทำประโยชน์ต่อสังคม เพื่อสร้าง เสริมคุณค่าในตนเอง (สำนักสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2549)

การวัดระดับสุขภาพจิต

การวัดสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในแต่ละการศึกษามีความแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์ของ การวัด หลักเกณฑ์ เครื่องมือและวิธีการที่ใช้ รวมทั้งสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกันไปด้วย (W. S. Tseng et al., 1990) เช่น การประเมินโดยวัดสุขภาพจิตทางด้านบวก หรือด้านลบ หรือการวัดโดยมี

ค่ามาตรฐานซึ่งถือเป็นเกณฑ์ปกติจากคนส่วนใหญ่ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะใช้การวัดสุขภาพจิตทางด้านบวกเป็นเกณฑ์ในการประเมิน หรือเรียกว่า การมีสุขภาพจิตที่ดี

ส่วนเครื่องมือวัดระดับสุขภาพจิตมีหลายเครื่องมือตามลักษณะและวัตถุประสงค์ที่ต่างกัน เช่น แบบคำถามสำหรับการวัดสุขภาพทั่วไป (General Health Questionnaire: GHQ) แบบคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต (Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS) เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) หรือแบบวัดดัชนีความอยู่ดีมีสุข (Well-Being Index) เป็นต้น โดยเครื่องมือที่มีมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับของไทย คือ แบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (Thai Mental Health Indicator Version 2007: TMHI) โดยอภิชัย มงคล และคณะ (2552a; 2552b) ซึ่งมีการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ครั้ง และเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) ทั้งฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ และฉบับย่อ 15 ข้อ มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ สภาพจิตใจ สมรรถภาพจิตใจ คุณภาพจิตใจ และปัจจัยสนับสนุน โดยเครื่องมือนี้ ถูกทดสอบความน่าเชื่อถือกับกลุ่มตัวอย่าง 13 จังหวัดของประเทศไทย ด้วยตัวอย่าง 3,184 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.80 ทั้งฉบับสมบูรณ์ และฉบับย่อ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงใช้แบบวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับย่อ 15 ข้อเป็นเกณฑ์การประเมินสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล

ตารางที่ 1 สรุปความหมายและเกณฑ์ชี้วัดปัจจัยต่างๆ ที่ทำการศึกษา

ปัจจัย	เกณฑ์ชี้วัด
1. ความสามารถทางกาย (Physical Competence) วัดจากข้อจำกัดทางกาย	
ข้อจำกัดในความสามารถทางกาย พิจารณาจาก (1) ข้อบกพร่องทางกาย (2) การปฏิบัติกิจวัตรในกลุ่มกิจกรรมพื้นฐาน (3) การปฏิบัติกิจวัตรในกลุ่มกิจกรรมทางกาย (4) การปฏิบัติกิจวัตรในกลุ่มกิจกรรมเชิงซ้อน (WHO-ICE: International Classification of Disability and Health, WHO, 2002b)	วัดการไม่มีข้อจำกัดและสามารถปฏิบัติกิจวัตรในกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง
2. สภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ เป็นสภาพแวดล้อมทางกายภาพสังคม (Sociophysical Environment) ที่สนับสนุนผู้สูงอายุ (Lawton, 1977; 1982)	
2.1 สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment)	
2.1.1 สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน พิจารณาจาก (1) โครงสร้างพื้นฐาน (2) สิ่งสนองความจำเป็น/สะดวก/ประโยชน์ (3) แผนผังสนับสนุนความสะดวกปลอดภัย (Coyte et al., 2003; Regnier, 2002; Knodel, et a., 2015; วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2552) คำนี้ถึง ประโยชน์, สะดวก, ปลอดภัย, สร้างแรงจูงใจ และดูแลง่าย (สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2552; ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ, 2548)	วัดการมีปัจจัยที่จำเป็นทางกายภาพที่สนับสนุนการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

(มีต่อ)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัย	เกณฑ์ชี้วัด
<p>2.1.2 สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายนอกหรือละแวกบ้าน</p> <p>พิจารณาจาก การสามารถเข้าถึง (1) ระบบขนส่งมวลชน (2) เพื่อนและครอบครัว (3) ร้านค้าที่ขายสินค้าและบริการ (4) บริการสุขภาพ (5) สาธารณูปโภคชุมชน (6) ข่าวสารข้อมูล</p> <p>คำนึงถึง ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน, สาธารณูปโภคสิ่งอำนวยความสะดวกของชุมชนและแหล่งบริการต่างๆ และระบบขนส่ง</p> <p>(Berkshire Authorities, 2009: 26-27; ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ, 2548)</p>	<p>วัดการสามารถเข้าถึง, การเคลื่อนที่, การเคลื่อนไหว, ขนาดของพื้นที่ และการแบ่งแยกพื้นที่ (Law et al., 1997) (หัวข้อนี้ไม่ได้ศึกษาเนื่องจากเป็นข้อจำกัดข้อมูลการวิจัย)</p>
<p>2.2 สภาพแวดล้อมทางสังคม (Social Environment) วัดจากเครือข่ายสนับสนุนของผู้สูงอายุ (Social Support Network)</p>	
<p>2.2.1 สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว</p> <p>พิจารณาการสนับสนุนจากครอบครัว ในด้าน (1) สังคม (2) สุขภาพร่างกาย (3) การเงิน (4) การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น/ความรู้สึก/ปรึกษา/ปรับทุกข์</p> <p>(Cohen, 2004; Litwin & Landaw, 2000: 218)</p>	<p>วัดการได้รับความใกล้ชิด, ความถี่ในการติดต่อ, ระยะเวลาที่ใช้ และระยะทาง (Litwin,1995; Orem,1995)</p>
<p>2.2.2 สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม</p> <p>พิจารณาการสนับสนุนบริการและสวัสดิการสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม ในด้าน (1) สุขภาพอนามัย (2) การให้ความรู้ข่าวสาร/นันทนาการ (3) ด้านรายได้และโอกาส (4) ด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน (5) ด้านที่อยู่อาศัย (วิจิตรา วิเชียรชม, 2556; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549 : 80-83)</p>	<p>วัดการได้รับการสนับสนุนในด้านบริการและสวัสดิการสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม</p>
<p>3. การมีส่วนร่วมทางสังคม (Social Participation) หมายถึง พฤติกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลหรือสังคมทางเศรษฐกิจสังคม ทั้งเป็นและไม่เป็นทางการให้เกิดผลผลิตภาพต่อตนเองและบุคคลในสังคมโดยรวม</p> <p>(Mars et al., 2008: 1298; Dalem et al., 2008: 1073; Del Bono et al., 2007: 55; Lindstrom. 2005: 1528)</p>	
<p>พิจารณาการมีส่วนร่วมทางสังคมจาก (1) การยังได้ทำงาน (2) การร่วมกิจกรรมกับครอบครัว (3) การร่วมกิจกรรมกับกลุ่ม/ชุมชน (4) การร่วมกิจกรรมทางศาสนา (WHO, 2002a; Active Ageing Taskforce, 2003, อ้างถึงใน Thanawang & Soonthomdhada, 2006; Tareque et al., 2013)</p>	<p>วัดการได้ร่วมปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมใน 4 องค์ประกอบ</p>
<p>4. สุขภาพจิตที่ดี (Mental Health) หมายถึง สภาพชีวิตที่มีสุขทางกายและใจ มั่นคงทางอารมณ์และความคิด พอใจในสิ่งที่มี มีสมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ สามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นและรับสถานการณ์ได้ดี แก้ไขปัญหาได้เหมาะสม สามารถสร้างประโยชน์ให้กับสังคม</p>	
<p>แบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (Thai Mental Health Indicator Version 2007: TMHI) ฉบับย่อ 15 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ (1) สภาพจิตใจ (2) สมรรถภาพจิตใจ (3) คุณภาพจิตใจ (4) ปัจจัยสนับสนุน (อภิชัย มงคล และคณะ, 2552a; 2552b)</p>	<p>วัดระดับการที่เคยมีอาการประสพเหตุการณ์ ความรู้สึกหรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ</p>

ที่มา : จัดทำโดยผู้วิจัย

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดการมีส่วนร่วมทางสังคม และปัจจัยกำหนดสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับการศึกษาในครั้งนี้ มีดังนี้

2.5.1 ปัจจัยกำหนดการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ

1) ความสามารถทางกายของผู้สูงอายุ

ระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคม นอกจากจะขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะตัวของผู้สูงอายุแล้วยังขึ้นอยู่กับ (1) ระดับความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับบุคคลอื่น (2) จำนวนผู้ที่อยู่ในเครือข่ายของตน และ (3) ความถี่ในการติดต่อกัน ซึ่งปกติระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากความสามารถทางกายลดลงโดยสมาชิกเครือข่ายที่มีส่วนร่วมทางสังคมจะค่อยๆ ประสบปัญหาทางสุขภาพและเสียชีวิตไป ดังนั้น จะยังเป็นการลดโอกาสการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลลงด้วย (de Jong Gierveld, 1998: 73-80; Glass, De Leon, Bassuk, & Berkman, 2006; Shaw, Krause, Liang, & Bennett, 2007: 90-99; van Tilburg, 1998: S313; Verdonshot, de Witte, Reichrath, Buntinx, & Curfs, 2009; WHO, 2002a)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องส่วนมากพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับความสามารถทางกายสูงกว่ามักจะมีส่วนร่วมทางสังคมที่มากกว่าผู้ที่มีระดับความสามารถทางกายที่น้อยกว่า เนื่องจาก ข้อจำกัดในความสามารถทางกายที่เกิดจากการสูงอายุ เป็นอุปสรรคในการรักษาระดับการทำกิจกรรมและการมีส่วนร่วมทางสังคม เช่น ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางการมองเห็น ความสามารถในการเคลื่อนไหวที่ และกระบวนการคิดทางสมอง (ความช้าลงในการคิดตัดสินใจ การวางแผนและเป้าหมาย) ซึ่งต้องใช้เวลาในการปฏิบัติมากขึ้นและอาจต้องพึ่งพิงผู้ช่วย ส่งผลให้มีส่วนร่วมทางสังคมได้ลดลงหรือต้องออกจากกิจกรรมสังคมนั้นๆ ในที่สุด รวมทั้งอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเหนื่อยล้าและความเครียด จนไม่เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งยิ่งสูงอายุความสนใจและการให้ความสำคัญกับกิจกรรมต่างๆ ตามทรัพยากรที่ตนมีเหลืออยู่ต่างลดลงเรื่อยๆ (Cachadinha, Pedro, & Fialho, 2010: 143; Richard et al., 2009: 46-57; Spirduso, Francis, & MacRae, 2005)

ดังนั้น ความสามารถทางกายของผู้สูงอายุน่าจะมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมทางสังคม ผู้วิจัยจึงมีสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางกายที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางกายที่น้อยกว่า

2) สภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสภาพแวดล้อมทางสังคม ดังนี้

2.1) สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านสำหรับผู้สูงอายุ

บริเวณที่อยู่อาศัยซึ่งจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านอย่างเหมาะสมมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ เพราะจะสนับสนุนให้สามารถมีส่วนร่วมทางสังคมที่เหมาะสม สามารถลดความยากลำบากและลดการใช้เวลาในการทำกิจวัตรประจำวันลงได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่อิสระ มีความปลอดภัย และมีเวลามากขึ้นในการทำกิจกรรมสังคม (F. Baum & Palmer, 2002; Bowling & Stafford, 2007; Clarke & Nieuwenhuijsen, 2009; Glass & Balfour, 2003; Lindstrom, Moghaddassi, & Merlo, 2004; Marottoli et al., 2000: 334-340; Ozer-Kemppainen, 2006; Walker & Hiller, 2007; WHO, 2002a; 2007) จึงพบในการศึกษาว่า การขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวกและความไม่ปลอดภัยภายในและละแวกบ้าน (Rimmer, Riley, Wang, & Rauworth, 2005) หรือการลดความอิสระในการใช้ชีวิต (Brach & VanSwearingen, 2002) จะเป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุได้

แต่สำหรับหลายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องก็กลับพบอีกด้านหนึ่งว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุที่ลดลงเป็นผลมาจากการถอนตัวจากการใช้พื้นที่สาธารณะสู่พื้นที่ส่วนตัว ด้วยความรู้สึกที่ว่าสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในที่อยู่อาศัยจะสามารถปรับให้เกิดความปลอดภัยและควบคุมได้ดีมากกว่าสภาพแวดล้อมภายนอก เมื่อผู้สูงอายุเริ่มมีความสามารถทางกายภาพที่ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น (P. B. Baltes & Mayer, 1999; Fobker & Grotz, 2006: 99-118; Oswald & Wahl, 2005)

ดังนั้น สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านน่าจะมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง โดยมีสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในที่ต่างกันมีโอกาสที่จะมีระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมแตกต่างกัน

2.2) สภาพแวดล้อมทางสังคมของผู้สูงอายุ

ความเชื่อ ค่านิยม ศีลธรรม และบรรทัดฐานของเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัว ญาติ เพื่อน ชุมชน สังคม และรัฐ ที่มีต่อผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงตามโลกาภิวัตน์ เช่น สังคมยุควัตถุนิยม และปัจเจกนิยม เป็นกรอบที่จะมีอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งเครือข่ายสังคมที่มีการตระหนักถึงคุณค่า สิทธิและความเท่าเทียมของผู้สูงอายุน้อย เช่น การจำกัดบริการสาธารณสุข การจำกัดสิทธิการกุ๊ยมของผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งการจำกัดของสภาพแวดล้อมทางสังคมจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดต้นทุนที่สูงจนไปลดโอกาสหรือไม่สามารถมีส่วนร่วมทางสังคมได้ ในทางกลับกันเครือข่ายสังคมที่ตระหนักถึงคุณค่า ศักยภาพ สิทธิหน้าที่ ความเชื่อเรื่องคุณค่าของผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ ทั้งด้านการเงิน วัตถุ ไปจนถึงด้านข้อมูลข่าวสาร ที่ยิ่งมากย่อมเพิ่มโอกาสให้ได้เห็นบทบาทการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้นด้วย (Berkman,

Glass, Brissette, & Seeman, 2000; de Jong Gierveld, 1998: 73-80; Glass & Balfour, 2003; Hobfoll & de Vries, 1995: 166; Horowitz, 2002: 1-17; Kahn et al., 2002; McNeill, Kreuter, & Subramanian, 2006; Verbrugge, Rennert, & Madans, 1997; Vik, Lilja, & Nygard, 2007; WHO, 2002a; 2007) ในวัฒนธรรมของสังคมตะวันตกอย่างสังคมไทยที่ยังมีความเชื่อเรื่องความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณและผู้สูงอายุ ส่งผลให้ลูกหลานส่วนใหญ่ถือเป็นหน้าที่ที่ต้องให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุในครอบครัวของตนเป็นหลัก โดยถือเป็นเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมพื้นฐานที่สำคัญ (Ogawa, Lee, & Matsugura, 2005; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544: 3.11-3.12; อุษา วงษ์อนันต์, 2551) ซึ่งผู้สูงอายุที่มีกลุ่มเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมทั้งในด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านการเงินและสิ่งของ และด้านการช่วยเหลือทางกายที่มากพอจะมีส่วนช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมทางสังคมหรือลดความรู้สึกถูกโดดเดี่ยวจากสังคม เพราะเป็นการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคมร่วมกัน พิจารณาได้จากจำนวนสมาชิกเครือข่ายที่ผู้สูงอายุมี, ความใกล้ชิดกันของที่อยู่อาศัย, ความถี่และรูปแบบในการปฏิสัมพันธ์ (Birk et al., 2004; Galenkamp & Deeg, 2016; Orem, 1995; จีราวรรณ ประภาสุชาติ, 2545; ชาย โพธิสิตา, 2552)

การมีเครือข่ายชุมชน และสังคมร่วมกันเพื่อช่วยเหลือเกื้อกูลกันเป็นพื้นที่สื่อสารและทำกิจกรรมร่วมกันเป็นปัจจัยสำคัญที่จะยิ่งสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น (Dalgard & Lund Haheim, 1998; Guallart, 2006; Kwak, Kremers, Walsh, & Brug, 2006; Levasseur et al., 2015; McNeill et al., 2006; Ozer-Kemppainen, 2006) ดังนั้นการไม่มีเครือข่ายบุคคลร่วมสนับสนุนก็เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมเช่นกัน (The Premier's Physical Activity Taskforce, 2004) และกิจกรรมพบปะอย่างไม่เป็นทางการซึ่งผู้สูงอายุมักสนใจที่จะเข้าร่วมมากกว่า เช่น กิจกรรมทางศาสนา การไปวัดหรือโบสถ์ จะเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมทางสังคมมากขึ้นเนื่องจากผู้สูงอายุบางคนอาจจำเป็นต้องล้มเลิกกิจกรรมทางสังคมที่เป็นทางการไป (WHO, 2007)

ระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศการสื่อสารเป็นเครื่องมือที่อาจทั้งสนับสนุนและเป็นอุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับการเปิดรับข่าวสารสารสนเทศและเรียนรู้เทคโนโลยีของแต่ละบุคคล ผู้ที่หลีกเลี่ยงการเปิดรับเรียนรู้เทคโนโลยีจะเป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม แต่ผู้ที่ยอมเปิดรับเรียนรู้เทคโนโลยีจะสนับสนุนโอกาสการมีส่วนร่วมทางสังคม เช่น เทคโนโลยีโทรศัพท์มือถือเปิดโอกาสให้เกิดการสื่อสารปฏิสัมพันธ์โดยไม่ต้องเดินทางมาเผชิญหน้ากันแบบตัวต่อตัว โดยที่เทคโนโลยีการสื่อสารสามารถชดเชยทุนทางสังคม เพิ่มการรับและสื่อสารเชื่อมโยงระหว่างกัน การจัดการการมีส่วนร่วมทางสังคม สร้างงานบริการและสนับสนุนการมีส่วนร่วมทางสังคม สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและลดความรู้สึกถูกโดดเดี่ยวจากสังคม ซึ่งการปฏิสัมพันธ์รูปแบบใหม่นี้สามารถบูรณาการพื้นที่กว้างใหญ่ให้เป็นพื้นที่สาธารณะที่ได้ใช้ประโยชน์

ร่วมกัน โดยผู้สูงอายุสามารถรวมสมาชิกครอบครัว เพื่อน และใครก็ตามที่ใช้เทคโนโลยีนี้เข้าไว้ด้วยกันได้ (Akatsu & Miki, 2004: 54-57; Bradley & Poppen, 2003: 19-25; Findlay, 2003: 647-658; Griffin, 2010; Nahm & Resnick, 2001: 257-263; Ozer-Kemppainen, 2006; Schreder, Siebenhandl, Mayr, & Smuc, 2009; Wellman, Quan-Haase, Witte, & Hampton, 2001: 436-455)

ดังนั้น สภาพแวดล้อมทางสังคมทั้งจากกลุ่มครอบครัวและกลุ่มรัฐ/ชุมชน/สังคมต่าง น่าจะมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยมีสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่น้อยกว่า และผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่น้อยกว่า

3) ปัจจัยทางประชากร

เพศ เป็นตัวแปรสำคัญที่กำหนดความแตกต่างทางกายภาพของบุคคล ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมแตกต่างกัน รวมถึงการแสดงบทบาทต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชาย ผลการวิจัยมักแตกต่างกันตามภูมิภาค ประเทศในโลกตะวันตก มักพบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุชาย (Ponce, Rosas, & Lorca, 2014) โดยผู้สูงอายุหญิงมักมีส่วนร่วมทางสังคมในกิจกรรมของครอบครัว โดยเฉพาะการดูแลบุตรหลานในครอบครัว และผู้สูงอายุหญิงมักทำงานอาสาสมัครในชุมชนมากกว่าผู้สูงอายุชายเล็กน้อย (Cumming & Henry, 1961; ภัทรพล สาลี, 2553) แต่ผลการวิจัยจากประเทศในโลกตะวันออก มักพบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีส่วนร่วมทางสังคมน้อยกว่าผู้สูงอายุชาย จากข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม บรรทัดฐานที่เสียเปรียบมากกว่าผู้สูงอายุชาย อย่างงานวิจัยของ Zeng et al. (2006) ในประเทศจีน และของ Ahmad & Hateez (2011) ในประเทศปากีสถาน

ดังนั้น เพศที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุน่าจะมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมทางสังคม ผู้วิจัยจึงมีสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุชายมีโอกาสที่จะมีระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุหญิง

อายุ เป็นตัวแปรที่สะท้อนทัศนคติต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมที่แตกต่างกัน โดยงานวิจัยส่วนมากพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นมีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมเพิ่มขึ้นตามอายุในช่วงแรกไปจนเมื่ออายุสูงถึงระดับหนึ่งจะเริ่มลดการมีส่วนร่วมทางสังคมลงในที่สุด เช่น ในหลายงานวิจัยพบว่าถึงอายุ 75 ปีขึ้นไป (Australian Bureau of Statistics, 2006; Bukov, Maas, & Lampert, 2002; Desrosiers, Noreau, & Rochette, 2004; Desrosiers et al., 2009) หรือถึงอายุ 80 ปีขึ้นไป (Ponce et al., 2014) เนื่องจากปัญหาหลักด้านสุขภาพและภาวะทุพพลภาพที่

เพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น (Ahmad & Hafeez, 2011; Alma & Groothff, 2012; Berkman et al., 2000; Rimmer et al., 2005) สอดคล้องตามแนวคิดการถอนตัวจากสังคม (Disengagement Theory) ที่ว่ากระบวนการสูงอายุส่งผลให้เกิดการถอนตัวจากการดำเนินชีวิตในสังคม จากกิจกรรมสังคมลดลงเรื่อยๆ ก่อนที่บุคคลจะเสียชีวิตลง แต่จะไม่กระทบกับระบบสังคมเพราะสังคมยังคงเดิมด้วยคนรุ่นถัดมาเสมอ (Cumming & Henry, 1961)

ดังนั้น อายุน่าจะมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ ด้วยอายุหลังเกษียณบทบาทในงานหลักจะลดลง บทบาท เวลาและโอกาสในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมโดยรวมย่อมน่าจะค่อยๆ ลดลง ผู้วิจัยจึงมีสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่ามีโอกาที่จะมีระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า

4) ปัจจัยทางการรับรู้สุขภาพตน

การประเมินสุขภาพตนเอง มักเป็นตัวชี้วัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในงานวิจัยต่างๆ เพราะการมีสุขภาพกายและจิตใจที่ไม่ดีต่างมีผลทางลบอย่างมีนัยสำคัญต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมในกิจกรรมต่างๆ (Bukov et al., 2002; Galenkamp & Deeg, 2016) โดยผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยต่างมีผลทางลบต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม (Boneham & Sixsmith, 2006; Fried, Bandeen-Roche, Kasper, & Guralnik, 1999; Guralnik, LaCroix, & Abbot, 1993; Verbrugge, Lepkowski, & Imanaka, 1989) และผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรครวมกันยิ่งส่งผลให้การมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง (Galenkamp & Deeg, 2016) ส่วนการศึกษาของ Sowa et al., (2016) พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคเรื้อรังประจำตัวมีโอกาสที่จะร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะมีผลกระทบอย่างมากต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม

ดังนั้น การรับรู้และประเมินสุขภาพตนเองน่าจะมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล ผู้วิจัยจึงมีสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพตนเองที่ระดับดีมากกว่ามีโอกาที่จะมีระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพตนเองที่ระดับดีน้อยกว่า

5) ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม

ระดับการศึกษาสูงสุด เป็นปัจจัยในการสร้างเสริมทักษะเพื่อการดำเนินชีวิตและการอยู่ร่วมและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมได้เป็นอย่างดี งานวิจัยส่วนมากจึงพบว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาที่สูงมีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมที่มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า รวมทั้งกลุ่มผู้สูงอายุก็ให้ผลเช่นเดียวกัน (Bukov et al., 2002; Erlinghagen & Hank, 2006; ภัทรพล สาลี,

2553) ซึ่งการศึกษาของ Thoits & Hewitt (2001) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่า มีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่า โดยเฉพาะงานอาสาสมัคร ซึ่งอาจเนื่องมาจาก ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าสามารถมีทรัพยากรต่างๆ ได้มากกว่าที่จะสนับสนุนการมีส่วนร่วมทางสังคมหรือเพราะการยอมรับจากสังคมที่มากกว่าด้วย และ Golinowska et al. (2016) สนับสนุนว่า ระดับการศึกษามีผลทางบวกต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมในกิจกรรมการเรียนรู้อย่างเป็นทางการซึ่งเป็นทุนมนุษย์ที่สำคัญ และยากที่จะเปลี่ยนแปลงแม้จะสูงวัยขึ้นก็ตาม แต่จากการศึกษาของ Sowa et al. (2016) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมมีส่วนร่วมทางสังคมในกิจกรรมทางศาสนาในระดับสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับอื่นๆ ทั้งระดับสูงกว่ามัธยม หรือต่ำกว่าระดับมัธยม

ดังนั้น ระดับการศึกษาน่าจะมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงมีสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงสุดที่ต่างกันมีโอกาสที่จะมีระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมแตกต่างกัน

สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่แสดงถึงการมีผู้ที่สามารถใช้ชีวิตประจำวันร่วมดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันได้มากขึ้น ดังนั้นงานวิจัยส่วนมากจึงพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพกำลังสมรสจะมีระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานภาพสมรสอื่น ทั้ง หม้าย หย่า แยกกันอยู่ และโสด (Ahmad & Hafeez, 2011; Alma & Groothff, 2012; Bukov et al., 2002; Ponce et al., 2014; Thoits & Hewitt, 2001)

ดังนั้น สถานภาพสมรสน่าจะมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงมีสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพกำลังสมรสมีโอกาสที่จะมีระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพอื่นๆ ทั้งสถานภาพโสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่

เขตที่อยู่อาศัย แบ่งตามเขตการปกครองทางภูมิศาสตร์ ด้วยเขตเทศบาล (เขตเมือง) และนอกเขตเทศบาล (เขตชนบท) โดยงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมักพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลจะมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล (Erlinghagen & Hank, 2006; Ponce et al., 2014; Takagi, Kondo, & Kawachi, 2013) อาจเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมความเป็นเมืองส่งผลให้บุคคลมีลักษณะของความเป็นส่วนตัวหรือความเป็นปัจเจกมากขึ้น รวมถึงงานวิจัยที่วัดความรู้สึกโดดเดี่ยวจากสังคมก็พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาลหรืออยู่ในเขตชนบทจะรู้สึกถูกโดดเดี่ยวจากสังคมน้อยกว่าผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาลหรืออยู่ในเขตเมือง (F. E. Baum et al., 2000; Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkey, & Thisted, 2006; Savage, Bailey, & O'Connell, 2003)

ดังนั้น เขตที่อยู่อาศัยน่าจะมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงมีสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (เขตชนบท) มีโอกาสที่จะมีระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเทศบาล (เขตเมือง)

รายได้ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะสร้างความมั่นคงและโอกาสในชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลได้ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจึงมักพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่าจะมีระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า (Ahmad & Hafeez, 2011; Bukov et al., 2002; Galenkamp & Deeg, 2016; Golinowska et al., 2016; Thoits & Hewitt, 2001) และความยากจนจะมีแนวโน้มส่งผลให้เกิดการมีสุขภาพที่ไม่ดีและการร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคมได้น้อยกว่าด้วย (McNeill et al., 2006) รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกว่าตนเองจะมีรายได้ลดลงมากจะมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้สึกว่าตนเองจะมีรายได้ลดลงมาก ซึ่งอาจสะท้อนถึงการหาสิ่งชดเชยสถานะทางความมั่นคงและโอกาสอื่นๆ ในชีวิตของผู้สูงอายุ (Ponce et al., 2014)

ดังนั้น รายได้น่าจะมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงมีสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้รวมต่อปีมากกว่ามีโอกาที่จะมีระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมที่มากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้รวมต่อปีที้น้อยกว่า

ความเพียงพอของรายได้ เป็นเรื่องของความสอดคล้องกันระหว่างรายรับและรายจ่าย ที่มี รวมถึงลักษณะอุปนิสัยการใช้จ่ายของแต่ละบุคคล การมีรายได้ที่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุมาจากการยังมีแหล่งรายได้หลังวัยเกษียณ คือ การยังคงทำงานที่มีรายได้ หรือมีดอกผลจากการออมและการลงทุน รวมถึงการได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากบุตรและบุคคลหรือองค์กรอื่น เนื่องจาก การยังคงทำงานที่สร้างรายได้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการมีส่วนร่วมทางสังคม ดังนั้น ผู้สูงอายุที่รู้สึกถึงความไม่มั่นคงทางรายได้ที่จะเพียงพอต่อการใช้จ่ายจะมีส่วนร่วมทางสังคมโดยเฉพาะการยังคงทำงานด้วยความจำเป็นให้มีรายได้เลี้ยงชีพมากกว่าผู้ที่รู้สึกว่ามี ความมั่นคงทางรายได้แล้ว (Ponce et al., 2014) รวมทั้งงานวิจัยส่วนมากในภูมิภาคเอเชียกลาง/ใต้/ ตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงประเทศไทย ต่างพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เข้าสู่วัยสูงอายุพร้อมกับความยากจนเพราะยังขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และต้องมีภาวะพึ่งพิงบุตร สังคมและรัฐสูงขึ้น เนื่องจาก โครงสร้างตลาดแรงงานหลักเป็นแบบไม่เป็นทางการโดยส่วนใหญ่เป็นภาคเกษตรกรรม ซึ่งมีรายได้น้อยเพียงพอเฉพาะตนเอง (Self-Sufficient) การออมสำหรับอนาคตและสวัสดิการมีจำกัดทำให้เกิดความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ ดังนั้น ความพอเพียงของรายได้จึงขึ้นอยู่กับความสามารถที่จะยังคงทำงานต่อไปได้แม้หลังเกษียณ และความสามารถในการหารายได้ที่มากพอมาตั้งแต่ก่อนเกษียณ (มีการออมไว้มากพอ) จึงจะเป็นผลให้เกิดความเพียงพอของรายได้ของผู้สูงอายุ (UN, 1997)

ดังนั้น ความเพียงพอของรายได้น่าจะมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงมีสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอมีโอกาสที่จะมีระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมที่น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอหรือเพียงพอเป็นบางครั้ง

2.5.2 ปัจจัยกำหนดสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ

1) ความสามารถทางกายของผู้สูงอายุ

กระบวนการที่ทำให้ไร้สมรรถภาพ (Disablement Process) ถูกอธิบายโดย Verbrugge & Jette (1994) ในทางอายุรศาสตร์ ซึ่งจะวัดระดับความสามารถทางสรีระ และระบบความคิด การเปลี่ยนแปลงของความเสื่อมโทรมลงจากการเริ่มมีข้อจำกัดในการทำงานของร่างกายจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไปสู่ภาวะทุพพลภาพขึ้นอยู่กับความร่วมมือกันระหว่างการทำงานของร่างกายและพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล ซึ่งสัมพันธ์กับทรัพยากรของบุคคลและสภาพแวดล้อมสำหรับการสูงอายุที่เป็นอยู่

ความสามารถทางกายของผู้สูงอายุจะถูกพิจารณาจากการวัดระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความอิสระและสะดวกสบายในการใช้ชีวิตทำกิจวัตรและกิจกรรมด้วยตนเองตามต้องการได้แตกต่างกัน โดยงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างพบว่าเมื่อเกิดภาวะเสื่อมถอยของร่างกายที่ทำให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ลดลงเรื่อยๆ เพราะเกิดข้อจำกัดทางกายจนต้องมีผู้ช่วยหรือมีเครื่องมือช่วยเหลือ จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ความอยู่ดีมีสุข และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (Marengoni et al., 2011; Muramatsu et al., 2010; รัชพล สนธิยา, 2555; ชัดเจน จันทรพัฒน์ และคณะ, 2547; วิชาญ ชูรัตน์ และคณะ, 2555; ทัดชาวดี สิทธิสาร, 2552; นงลักษณ์ บุญไทย, 2539; วาริ กังใจ, 2540) โดยเฉพาะงานวิจัยแบบต่อเนื่อง (Longitudinal Research) จะยิ่งแสดงให้เห็นชัดว่าเมื่อเวลาผ่านไปอายุที่มากขึ้นทำให้มีข้อจำกัดทางร่างกายเพิ่มขึ้นจนส่งผลให้เกิดสภาวะเครียดเพิ่มขึ้น (Fiske, Gatz, & Pedersen, 2003; Ormel, Rijdsdijk, Sullivan, van Sonderen, & Kempen, 2002; Taylor & Lynch, 2004; Yang, 2007)

ดังนั้น การลดลงของความสามารถทางกายในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองน่าจะมี ความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงมีสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางกายที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางกายที่น้อยกว่า

2) สภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสภาพแวดล้อมทางสังคม ดังนี้

2.1) สภาพแวดล้อมทางกายภาพของผู้สูงอายุ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องมักแสดงให้เห็นถึงผลของสภาพแวดล้อมทางกายภาพทั้งภายในบ้าน และภายนอกหรือละแวกบ้านที่ไม่เหมาะสมซึ่งเป็นอุปสรรคขัดขวางการใช้ชีวิตและความไม่ปลอดภัยต่อตัวผู้สูงอายุก่อให้เกิดความเปราะบางและความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุทางกาย เช่น การหกล้ม บาดเจ็บ

เป็นต้น จนอาจเป็นสาเหตุสำคัญให้เกิดการเจ็บป่วยและทุพพลภาพทางกายมากขึ้นและต่อเนื่องไปจนส่งผลต่อความเครียดและสุขภาพจิต (Farber, Shinkle, Lynott, Fox-Grage, & Harrell, 2011; Lau, Scandrett, Jarzowski, Holman, & Emanuel, 2007; S. J. Lee, Parrott, & Ahn, 2014) ดังนั้น ในส่วนของความเหมาะสมของสภาพแวดล้อมทางกายภาพในบ้านจึงมีความสำคัญสามารถช่วยคงรักษาความมีอิสระในการดูแลตนเองหรือยังคงทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ได้ และยังช่วยบรรเทาผู้ประสบปัญหาทางกายอยู่ก่อนแล้ว รวมทั้งช่วยป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตด้วย จึงพบว่า เป็นปัจจัยชี้วัดคุณภาพชีวิตและความอยู่ดีมีสุขทางกายและทางจิตใจในการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุได้ (Burke, O'Campo, Salmon, & Walker, 2009: 1294-1304; Clarke & Nieuwenhuijsen, 2009; Evans, Kantrowitz, & Eshelman, 2002; Gabriel & Bowling, 2004; Kahana, Lovegreen, Kahana, & Kahana, 2003; Lawton, 1980a; 1990; Lawton & Nahemow, 1973; Rioux, 2005)

ดังนั้น สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านน่าจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยมีสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่มากกว่ามีโอกาสมากกว่าจะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่น้อยกว่า

2.2) สภาพแวดล้อมทางสังคมของผู้สูงอายุ

สภาพแวดล้อมทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัว และจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่มากและเพียงพอเพราะเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นการพึ่งพิงผู้อื่นของผู้สูงอายุย่อมมากขึ้นอย่างเลี่ยงได้ยาก ซึ่งการมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอจะส่งผลให้เกิดการเพิ่มขึ้นของอัตราการตาย การเจ็บป่วย ความเครียดและสุขภาพจิตไม่ดี รวมทั้งสุขภาพโดยรวมและความอยู่ดีมีสุขลดลง (WHO, 2002a) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ พบว่า เครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคมมีอิทธิพลอย่างมากต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (Antonucci, 2001; Dalgard & Lund Haheim, 1998; Dykstra, 1990; McNeill et al., 2006; Novek, Menec, Tran, & Bell, 2013; Russell & Cutrona, 1991; Smith & Christakis, 2008; Sugisawa, Shibata, Hougham, Sugihara, & Liang, 2002) ซึ่งการศึกษาในประเทศอังกฤษของ Marmot (1999) พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมที่ดีพอ มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่มีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมที่ดีถึง 5 เท่า และขนาดเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมที่มีขนาดใหญ่กว่าสามารถแสดงถึงแหล่งข้อมูลที่จำเป็นทั้งบริการทางการแพทย์และบริการทางการเงินที่มากกว่าซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพด้วย (Berkman, 1995; Stephens, Rimal, & Flora, 2004) รวมถึงความถี่ในการมีปฏิสัมพันธ์ก็มีผลทางบวกต่อสุขภาพจิต เพราะจะสามารถลดความเครียดและความรู้สึกโดดเดี่ยวลงได้ เช่น เมื่อผู้สูงอายุได้ร่วมมีปฏิสัมพันธ์ พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวมักจะทำให้ลืมความกังวลและความเครียดทางใจของตนลงได้ รวมทั้งสร้างความใกล้ชิดและลดความรู้สึกโดดเดี่ยว (S. Cohen,

2004; B. Cornwell, Laumann, & Schumm, 2008; Holmen & Furukawa, 2002) แต่โดยรายละเอียดของกลุ่มเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมที่ต่างกันก็ให้ผลในระดับที่แตกต่างกันไปด้วยเช่น กลุ่มความสัมพันธ์ใกล้ชิดมากกว่ามักมีอิทธิพลมากขึ้นแตกต่างกันด้วย เช่น ครอบครัว เพื่อน (Fiori et al., 2006; Orem, 1995)

ดังนั้น สภาพแวดล้อมทางสังคมทั้งจากกลุ่มครอบครัวและกลุ่มรัฐ/ชุมชน/สังคมต่าง น่าจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยมีสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่น้อยกว่า และผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่น้อยกว่า

3) การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่ยังคงรักษาบทบาทและสถานภาพการมีส่วนร่วมทางสังคมด้วยการทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ชุมชน และสังคมไว้ได้มากพอย่อมยังสามารถเห็นคุณค่าและความสามารถของตนเองว่ายังเป็นประโยชน์ ไม่เป็นภาระต่อผู้อื่นและใช้เวลาให้เกิดประโยชน์ รวมทั้งยังเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีร่วมสนับสนุนพึ่งพากันได้ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตและสุขภาพจิตที่ดี ดังนั้น งานวิจัยที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่พบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อสุขภาพจิตที่ดีของพวกเขา (F. E. Baum et al., 2000; Dalgard & Lund Haheim, 1998; Forsman, Nordmyr, & Wahlbeck, 2011; House, Landis, & Umberson, 1988; Hughes & Ganguli, 2009; Hui & Rubenstein, 2006; Jang, Haley, Small, & Mortimer, 2002; K.-L. Lee et al., 2015; Leone & Hessel, 2016; McAuley, Elavsky, Jerome, Konopack, & Marquez, 2005; Morrow-Howell, 2010; Rashedi, Gharib, & Yazdani, 2014; Reijneveld, Westhoff, & hopman-Rock, 2006; Savage et al., 2003; Steptoe & Butler, 1996; Taylor & Lynch, 2004; Yuen, 2002; Yuen, Huang, Burik, & Smith, 2008; นงลักษณ์ บุญไทย, 2539; รัชพล สนธิยา, 2555; วารี กังใจ, 2540; สุนันทา คุ่มเพชร, 2545; เสาวลักษณ์ เรืองเกษมพงศ์, 2555) และการมีส่วนร่วมทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่ามีผลทางบวกต่อสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มบุคคลที่อ่อนวัยกว่าด้วย (Li & Ferraro, 2006; Van Willigen, 2000) รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่ามีนัยสำคัญที่จะมีอาการเครียดน้อยกว่า (W. J. Brown, Ford, Burton, Marshall, & Dobson, 2005; Dunn, Trivedi, Kampert, Clark, & Chambliss, 2005; Takagi et al., 2013) ซึ่งพบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมด้านจิตอาสาสามารถช่วยฟื้นฟูผู้สูงอายุประสบปัญหาทางจิตและยังช่วยสร้างโอกาสการจ้างงานด้วย (Murray, Bellringer, & Easter, 2006) และโดยเฉพาะการมีส่วนร่วมทางสังคมในด้านศาสนาจะช่วยผู้สูงอายุให้สามารถเผชิญปัญหาสุขภาพเรื้อรังทั้งทางกายและจิตใจ

ได้ (McFadden, 1996; Menec, 2003) คือ การเจ็บป่วยเรื้อรังจะส่งผลต่อจิตใจ ซึ่งการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนาจะเป็นเครื่องมือสำคัญใช้จัดการกับความเครียดทางจิตใจได้ โดยการศึกษาของ Quadagno (2002) พบว่า ศาสนาช่วยลดการป่วยทางจิตได้ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ไม่เป็นทางการกับเพื่อนและญาติต่างมีนัยสำคัญต่อความพึงพอใจในชีวิต (Longino & Kart, 1982) รวมทั้งการร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ยังช่วยผู้สูงอายุให้ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและถูกแยกตัวจากสังคม (Loneliness and Social Isolation) ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพจิตในทางลบ (Cattan, White, Bond, & Learmouth, 2005) และส่งผลต่อความเครียดจากทั้งผลการวิจัยข้อมูลแบบภาพตัดขวางและข้อมูลแบบต่อเนื่องระยะยาวของผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา (Brayne, Gao, & Matthews, 2005; Cacioppo et al., 2002; Stunkard, Faith, & Allison, 2003) แต่ก็มีงานวิจัยบางส่วนที่พบว่า การร่วมกิจกรรมชุมชนและสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (สุภาวดี ไชยเดชาธร และคณะ, 2554; ปรียววรรณ สุดจำนง, 2552)

ดังนั้น ระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุน่าจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงมีสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมทางสังคมที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมทางสังคมที่น้อยกว่า

4) ปัจจัยทางประชากร

เพศ เป็นความแตกต่างทางกายภาพของบุคคลซึ่งก่อให้เกิดพฤติกรรมและความคิด ความรู้สึกของบุคคลแตกต่างกันไป รวมทั้งประเพณี วัฒนธรรม และบรรทัดฐานสังคม ก็หล่อหลอมกำหนดบทบาทและพฤติกรรมของชายและหญิงให้ต่างกันตั้งแต่อดีต โดยเพศชายมักมีบทบาทเป็นผู้นำ รับผิดชอบปกป้องดูแลสมาชิกในครอบครัวทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่วนเพศหญิงมักมีบทบาทดูแลบุตรและจัดการงานภายในครอบครัว จนเมื่อยุคสมัยเปลี่ยนเมื่อเพศหญิงเริ่มมีการศึกษาและเข้าสู่ตลาดแรงงานมากขึ้น เริ่มมีรายได้เลี้ยงดูตนเองได้มากขึ้น ความเท่าเทียมกันระหว่างเพศในสังคมก็เริ่มมีมากขึ้นเรื่อยๆ

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ผลการศึกษาคความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันออกไป โดยส่วนใหญ่พบว่า เพศชายมักมีสุขภาพจิตที่ดีกว่าเพศหญิง รวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุก็ให้ผลเช่นเดียวกัน (Muramatsu et al., 2010; Wright, 1990; Sinnott, 1985; Weisman, 1981; รักษาพล สนินทยา, 2555; วิชาญ ชูรัตน์ และคณะ, 2555; สุภาวดี ไชยเดชาธร และคณะ, 2554; กาญจนา ไทยเจริญ, 2543; สุรินทร์ มีลาภลัน, 2539; นภาพร ชโยวรรณ และคณะ, 2545) อาจเนื่องจากการที่เพศหญิงมีความอ่อนไหวทางอารมณ์และจิตใจมากกว่าเพศชาย ซึ่งมักจะมีความมั่นคงทางจิตใจมากกว่า แต่ในทางกลับกันเมื่อเพศชายซึ่งมักถูกยกย่องให้เป็นผู้นำในสังคมไทย ต้องรับผิดชอบการตัดสินใจงานของครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุบทบาทหน้าที่ลดลงหรือสูญเสียไปอาจทำให้ยากต่อการยอมรับและ

มองว่าตนไร้คุณค่าส่งผลต่อสภาพจิตใจได้มากกว่าเพศหญิงได้เช่นกัน (อุบลรัตน์ เฟื่องสกลิต, 2543) ส่วนในบางงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกลับไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (Gureje, Kola, Afolabi, & Olley B, 2010; Jenkins, Kleinman, & Good, 1991; ไฉไล ไชยเสวี, 2539; ทัดชาวดี สิทธิสาร, 2552; นงลักษณ์ บุญไทย, 2539; สุนันทา คุ่มเพชร, 2545; เสาวลักษณ์ เรื่องเกษมพงศ์, 2555)

พบว่าเมื่อสังคมมีพลวัตส่งผลต่อทัศนคติ บทบาท และพฤติกรรมของคนแต่ละรุ่นวัย และเพศแตกต่างกัน เห็นได้จากความแตกต่างกันของผลการวิจัย แต่อาจสรุปได้ว่าเพศน่าจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต และเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พิจารณาจากผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุชายมีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุหญิง

อายุ เป็นตัวแปรที่สะท้อนถึงวุฒิภาวะ ประสบการณ์ ทัศนคติ และพฤติกรรมของบุคคลที่อยู่ต่างรุ่นอายุกัน ซึ่งจะมีผลต่อความสามารถในการจัดการกับสิ่งต่างๆ ได้แตกต่างกัน การรับรู้เผชิญปัญหาและความกดดันทางจิตใจส่งผลให้เกิดการเรียนรู้เข้าใจแก้ไขปัญหาได้ตามวัยวุฒิที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นงานวิจัยส่วนหนึ่งจึง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุสูงกว่าจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า (Gureje et al., 2010; Orem, 1995; จุไรรัตน์ มิตรทองแท้, 2532; รศรินทร์ เกรย์ และ ญัฐจิรา ทองเจริญชูพงษ์, 2555) ในทางกลับกันอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุก็นำมาพร้อมกับปัญหาความเสื่อมทางร่างกายซึ่งส่งผลต่อจิตใจด้วย จึงมีงานวิจัยอีกส่วนหนึ่ง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่ากลับมีสุขภาพจิตดีน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า (Muramatsu et al., 2010; รักษาพล สนธิยา, 2555; วิชาญ ชูรัตน์ และคณะ, 2555; พัทธญา คชศิริพงศ์, 2553; เสาวลักษณ์ เรื่องเกษมพงศ์, 2555; รศรินทร์ เกรย์ และคณะ, 2550; 2553) แต่ในบางงานวิจัยก็พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันไม่มีผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีแตกต่างกัน (สุภาวดี ไชยเดชาธร และคณะ, 2554; นงลักษณ์ บุญไทย, 2539)

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยเห็นว่าอายุน่าจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้วยผู้ที่มีอายุมากขึ้นย่อมมีประสบการณ์ที่ต้องเผชิญปัญหาชีวิตต่างๆ น่าจะส่งผลให้มีความเข้มแข็งมั่นคง และปล่อยวางจากเรื่องต่างๆ ได้ดีมากขึ้นจนสามารถยอมรับความเปลี่ยนแปลงที่มากระทบต่อจิตใจได้มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า

5) ปัจจัยทางการรับรู้สุขภาพตน

การประเมินสุขภาพตนเอง จากการศึกษาการประเมินความรู้สึกต่อสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า บุคคลที่ยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพของตนได้ หรือรู้สึกว่าคุณยังแข็งแรงดีพอที่จะทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ไม่วิตกกังวล จะพอใจในชีวิตและมีความสุข แต่ถ้าบุคคลมีสุขภาพแข็งแรงแต่คิดว่าตนเป็นโรค จะกลัวและวิตกกังวล จนเกิดความทุกข์และไม่พึงพอใจใน

ชีวิต (ประคอง อินทรสมบัติ, 2539; อรุณี บุญอุรพิภิญโญ, 2542) ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายไปตามอายุจะมีผลต่อความคิด ความรู้สึกและมุมมองในการมองโลกและตนเองซึ่งจะส่งผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุ โดย Ware (1976, อ้างถึงใน McDowell, 2006) ได้อธิบายถึง การประเมินสุขภาพตนเอง ว่าเป็นการแสดงถึงทัศนคติของปัจเจกบุคคลต่อสุขภาพโดยรวมของตนว่าเป็นอย่างไร ซึ่งไม่ได้ระบุเป็นการเฉพาะจากการมองภาพรวมใน 6 ด้าน คือ ทัศนคติต่อสถานะสุขภาพของตนจากอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ทัศนคติต่อความต้านทานการเจ็บป่วยของตน และทัศนคติต่อความกังวลและการตระหนักถึงการดูแลสุขภาพ รวมทั้งทัศนคติต่อการยอมรับในสถานะสุขภาพที่เป็นอยู่ของตนว่าเป็นเรื่องปกติหรือเป็นเรื่องที่ยากจะยอมรับได้

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดพบว่า การประเมินสุขภาพตนเองที่ดีมากกว่ามีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตและสุขภาวะทางอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ (Burr et al., 2009; Bye & Pushkar, 2009; Muramatsu et al., 2010; รัชพล สนธิยา, 2555; รศรินทร์ เกรย์ และณัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์, 2555; สุรินทร์ มีลาภลั่น, 2539; ปรียารวรรณ สุดจำนง, 2552; กาญจนา ไทยเจริญ, 2543)

ดังนั้น ความรู้สึกต่อสุขภาพตนเองน่าจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงมีสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพตนเองที่ดีมากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพตนเองที่ด้อยกว่า

6) ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม

ระดับการศึกษาสูงสุด เป็นปัจจัยสำคัญที่จะพัฒนาบุคคลให้มีความคิด ความรู้และทักษะทางวิชาชีพและทักษะการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันได้ จนสามารถรับข้อมูลข่าวสาร คิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ และเข้าถึงทรัพยากรและการงานได้ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องส่วนมากจึงพบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่ามีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า โดยรวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุก็ให้ผลเช่นเดียวกัน (Muramatsu et al., 2010; Naing et al., 2010; Tseng & Wang, 2001; Ponce et al., 2011; Gureje et al., 2010; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555; รัชพล สนธิยา, 2555; วิชาญ ชูรัตน์ และคณะ, 2555; รศรินทร์ เกรย์ และณัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์, 2555; กาญจนา ไทยเจริญ, 2543; พัชญา คชศิริพงศ์, 2553; อาภาพร อุษณรัศมี, 2553; สุภาวดี ไชยเดชาธร และคณะ, 2554; สุรินทร์ มีลาภลั่น, 2539) มีงานวิจัยเพียงส่วนน้อยที่กลับพบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่ดี (ทัตชาวดี สิทธิสาร, 2552)

ดังนั้น ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันน่าจะมีสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงมีสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงสุดที่สูงกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงสุดที่ต่ำกว่า

สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่สะท้อนถึงการได้มีคู่ชีวิตที่สามารถเป็นเพื่อนร่วมใช้ชีวิต ดูแลแบ่งเบาภาระ และช่วยเหลือให้คำปรึกษาเมื่อประสบปัญหาต่างๆ ในชีวิต รวมถึงการร่วมกระตุ้น จูงใจให้เห็นคุณค่าและดูแลซึ่งกันและกันยามสูงอายุ ซึ่งในหลายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้สูงอายุที่มี สถานภาพกำลังสมรสจะมีสุขภาพจิตดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่ชีวิตโดยอยู่ในสถานภาพอื่นทั้งหม้าย หย่า แยกกันอยู่ และโสด (Muramatsu et al., 2010; Fenwick & Barresi, 1981; Gove, Hughes & Style, 1983; Pearlin & Johnson, 1977; รัชชพล สนธิยา, 2555; วิชาญ ชูรัตน์ และคณะ, 2555; รัชรินทร์ เกรย์ และณัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์, 2555; อภิชัย มงคล และคณะ, 2552a; เทพฤทธิ วงศ์ภูมิ, 2553) แต่ในบางงานวิจัยกลับพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด กลับมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มี สถานภาพกำลังสมรส (Gilford, 1984; McNamara & Bahr, 1980; สุภาวดี ไชยเดชาธร และคณะ, 2554; เพียรดี เปรี่ยมมงคล, 2553) น่าจะเนื่องมาจาก ผู้ที่มีสถานภาพโสดมีบทบาท และภาระใน ครอบครัวและสังคมที่น้อยกว่า ส่งผลให้มีความเครียดซึ่งจะกระทบต่อสุขภาพจิตได้น้อยกว่า และ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรสกลับมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่อยู่กับคู่สมรส อาจเพราะการอยู่ร่วมกันมาอย่าง ยาวนานทำให้จดจำสิ่งไม่ดีของกันและกันส่งผลให้ขัดแย้งกันบ่อยครั้งซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิต แต่ในบาง งานวิจัยกลับพบว่า สถานภาพสมรสที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (Gureje et al., 2010; ทัดชาวดี สิทธิสาร, 2552; นงลักษณ์ บุญไทย, 2539)

อย่างไรก็ตามการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันน่าจะมี ความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพกำลัง สมรสมีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานภาพอื่นๆ ทั้งสถานภาพโสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่

เขตที่อยู่อาศัย ด้วยการศึกษาความเป็นเมืองพิจารณาได้จากพิกัดที่ตั้งที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ โดยการอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล (เขตเมือง) กับนอกเขตเทศบาล (เขตชนบท) ซึ่งแบ่งตามเขต การปกครองของรัฐ ซึ่งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องส่วนหนึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองจะมีคุณภาพ ชีวิตและสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้ที่อาศัยนอกเขตเมือง (Cheng, 1989; Inkeles & Smith, 1970; Shen et al., 1985; วิชาญ ชูรัตน์ และคณะ, 2555; รัชชพล สนธิยา, 2555) เนื่องจากมีความแตกต่างของ ความห่างไกลและความสามารถในการเข้าถึงสาธารณูปโภคและความสะดวกสบายจากทรัพยากรและ บริการสาธารณสุข รวมถึงความสามารถในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ซึ่งส่งผลทางบวกต่อการมี คุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ แต่งานวิจัยบางส่วนกลับพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขต เมืองกลับมีคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตดีน้อยกว่าผู้ที่อาศัยนอกเขตเมือง (Dohrenwend & Dohrenwend, 1974; Dolan, Peasgood, & White, 2008; Harpham, 1994; Savage et al., 2003; Takagi et al., 2013; จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549) อาจเนื่องมาจากความกดดัน และ

ความแออัดของสังคมและสภาพแวดล้อมในเขตเมือง ซึ่งมักปรากฏผลในงานวิจัยจากกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา โดย Burvill (1982) เห็นว่า อาจเป็นผลมาจากความแตกต่างทางวัฒนธรรมด้วย

ดังนั้น เขตที่อยู่อาศัยน่าจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งด้านสาธารณสุขโภชนาการและบริการสาธารณสุขของไทยยังกระจุกตัวในเขตเทศบาลทำให้เกิดความแตกต่างกันระหว่างในและนอกเขตเทศบาลอยู่มาก ผู้วิจัยจึงมีสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล (เขตเมือง) มีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาล (เขตชนบท)

รายได้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและเมื่อหักค่าใช้จ่ายต่างๆ ออกจากรายได้ของแต่ละบุคคลแล้วสามารถเก็บเป็นเงินออมได้เพิ่มขึ้น ซึ่งสร้างคุณค่าลดการพึ่งพาทั้งยังอาจให้ผู้อื่นพึ่งพาได้ด้วย และสามารถสร้างอิสรภาพทางการเงิน ลดความกังวลต่อเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดได้ รวมทั้งลดเวลาที่จะไม่มีรายได้ลงได้ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่จึงพบว่า รายได้ของแต่ละบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (Burr et al., 2009; Diener & Biswas-Diener, 2002; Gabriel & Bowling, 2004; Gureje et al., 2010; Muramatsu et al., 2010; Tseng & Wang, 2001; รศรินทร์ เกรย์ และ ณัฐจิรา ทองเจริญพงศ์, 2555; รักษาพล สนิทยา, 2555; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555; สุภาวดี ไชยเดชาธร และคณะ, 2540) แต่ก็มีงานวิจัยบางส่วนที่พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (Depp & Jeste, 2006; Wright, 1990; นงลักษณ์ บุญไทย, 2539)

ดังนั้น รายได้น่าจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงมีสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้รวมต่อปีที่มีมากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้รวมต่อปีที่มีน้อยกว่า

ความเพียงพอของรายได้ แม้ความเพียงพอของรายได้จะไม่สามารถเปรียบเทียบกันในแต่ละบุคคลได้ แต่สามารถสะท้อนถึงภาระในการใช้จ่ายและอุปนิสัยการใช้จ่ายของแต่ละบุคคลได้ (มัทนา พานานิรามัย และนงนุช สุนทรชวกานต์, 2544) ความไม่เพียงพอของรายได้จะนำมาซึ่งความยากลำบากในการดำรงชีพ จากภาระค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่จะมีเพิ่มมากขึ้นในวัยสูงอายุ ซึ่งโดยมากแล้ว รายได้จะลดลงเนื่องจากการเกษียณจากงานหลัก การพึ่งพารายได้จากแหล่งอื่นๆ เช่น รายได้จากบุตร ก็อาจไม่เพียงพอดังเช่นที่เคยหาได้ในอดีตด้วยตนเอง ซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความอยู่ดีมีสุขจนถึงสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ต่าง พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในทางบวก (Muramatsu et al., 2010; Dahlberg & McKee, 2014; Ponce et al., 2011; นภาพร ศีกเสื่อ, 2548; จิราพร ทองดี และคณะ, 2555; รักษาพล สนิทยา, 2555; วิชาญ ชูรัตน์ และคณะ, 2555; เสาวลักษณ์ เรืองเกษมพงศ์, 2555; ปรียาวรรณ สุดจำนง, 2552; กาญจนา ไทยเจริญ, 2543; ไมตรี ดิยะรัตนกูร, 2536) แต่ก็มีงานวิจัยส่วนน้อยที่ไม่พบ

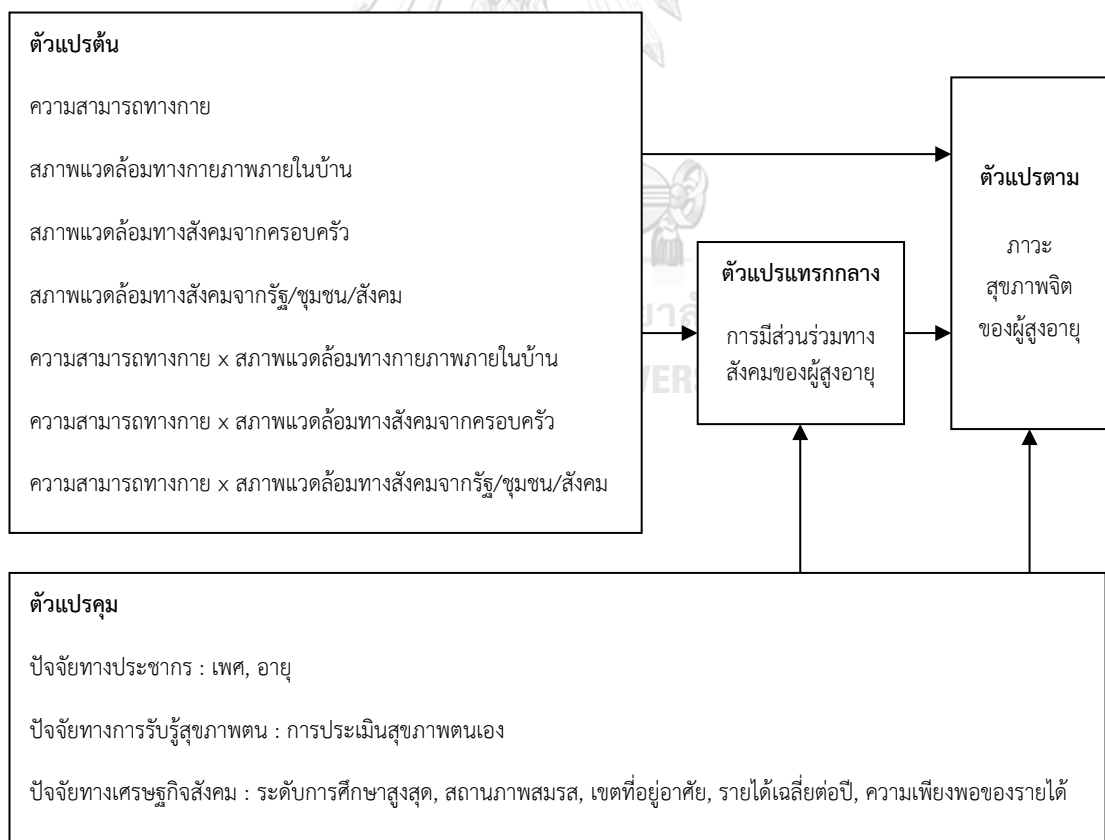
ความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้กับสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุ (ทัตชาวดี สิทธิสาร, 2552)

ดังนั้น ความเพียงพอของรายได้น่าจะมีสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงมีสมมติฐานที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอมีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอหรือเพียงพอเป็นบางครั้ง

2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย

สำหรับกรอบแนวคิดของการวิจัยสร้างจากแนวคิดสมมติฐานการคล้อยตามสภาพแวดล้อม (The Environmental Docility Hypothesis) ของกลุ่ม Lawton M. P. เป็นพื้นฐานซึ่งเชื่อว่า ปัจจัยด้านความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ ต่างและร่วมกันกำหนดพฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมทางสังคม (ตัวแปรแทรกกลาง) ซึ่งส่งผลถึงจิตใจ (สุขภาพจิตที่ดี) (ตัวแปรตาม) ของผู้สูงอายุด้วย

แผนภาพที่ 3 กรอบแนวคิดของการวิจัย



ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย

เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างกลุ่มตัวแปร ซึ่งได้แก่ ความสามารถทางกาย และสภาพแวดล้อมซึ่งเป็นกลุ่มตัวแปรต้น การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุเป็นตัวแปรแทรกกลาง และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นตัวแปรตาม รวมทั้งมีกลุ่มตัวแปรภูมิหลังทางประชากรเป็นกลุ่มตัวแปรคุม โดยทดสอบด้วย 4 แบบจำลอง คือ

1. การทดสอบอิทธิพลทางตรงของความสามารถทางกาย กับกลุ่มสภาพแวดล้อม (ทางกายภาพภายในบ้าน, ทางสังคมจากครอบครัว, ทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม) และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน รวมทั้งกลุ่มตัวแปรคุมต่างๆ ที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (แบบจำลองที่ 1) เพื่อใช้ทดสอบเบื้องต้นตามเงื่อนไขวิธีการทดสอบตัวแปรแทรกกลางที่ตัวแปรที่สนใจศึกษาต้องมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต (ตัวแปรตาม) ก่อน เมื่อตัวแปรต้นยังไม่รวมตัวแปรการมีส่วนร่วมทางสังคมเข้าไป

2. การทดสอบอิทธิพลทางตรงของความสามารถทางกาย กับกลุ่มสภาพแวดล้อม (ทางกายภาพภายในบ้าน, ทางสังคมจากครอบครัว, ทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม) และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน รวมทั้งกลุ่มตัวแปรคุมต่างๆ ที่มีต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ (แบบจำลองที่ 2)

3. การทดสอบอิทธิพลทางตรงของความสามารถทางกาย กับกลุ่มสภาพแวดล้อม (ทางกายภาพภายในบ้าน, ทางสังคมจากครอบครัว, ทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม) และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน การมีส่วนร่วมทางสังคม รวมทั้งกลุ่มตัวแปรคุมต่างๆ ที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (แบบจำลองที่ 3)

4. การทดสอบอิทธิพลทางอ้อมจากความสามารถทางกาย กลุ่มสภาพแวดล้อม (ทางกายภาพภายในบ้าน, ทางสังคมจากครอบครัว, ทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม) ที่ผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคม ไปสู่ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (การทดสอบความเป็นตัวแปรแทรกกลางของการมีส่วนร่วมทางสังคม)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

2.7 สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานหลัก ได้แก่

1. ความสามารถทางกาย สภาพแวดล้อม และปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมมีอิทธิพลทางตรงต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ผู้ที่มีความสามารถทางกายที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้ที่มีความสามารถทางกายที่น้อยกว่า

1.2 ผู้ที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่ต่างกันมีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมแตกต่างกัน

3. ความสามารถทางกายและสภาพแวดล้อมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาพจิตที่ดี ผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังนี้

- 3.1 ความสามารถทางกายมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตที่ดีผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคม
- 3.2 สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตที่ดีผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคม
- 3.3 สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตที่ดีผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคม
- 3.4 สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตที่ดีผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคม

สมมติฐานรอง ได้แก่

4. ปัจจัยทางประชากร ทหารการรับรู้สุขภาพตน และทางเศรษฐกิจสังคม มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังนี้

- 4.1 ผู้สูงอายุชายมีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุหญิง
- 4.2 ผู้ที่มีอายุมากกว่ามีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า
- 4.3 ผู้ที่ประเมินสุขภาพตนที่ระดับดีมากกว่ามีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้ที่ประเมินสุขภาพตนเองที่ระดับดีน้อยกว่า
- 4.4 ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงสุดต่างกันมีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมแตกต่างกัน
- 4.5 ผู้ที่มีสถานภาพกำลังสมรสมีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพอื่นๆ ทั้งสถานภาพโสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่
- 4.6 ผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล
- 4.7 ผู้ที่มีรายได้รวมต่อปีที่มีมากกว่ามีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้ที่มีรายได้รวมต่อปีที่มีน้อยกว่า
- 4.8 ผู้ที่มีรายได้เพียงพอมีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอหรือเพียงพอเป็นบางครั้ง

5. ปัจจัยทางประชากร ทหารการรับรู้สุขภาพตนและทางเศรษฐกิจสังคม มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังนี้

- 5.1 ผู้สูงอายุชายมีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุหญิง
- 5.2 ผู้ที่มีอายุมากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า

5.3 ผู้ที่ประเมินสุขภาพตนเองที่ระดับดีมากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้ที่ประเมินสุขภาพตนเองที่ระดับดีน้อยกว่า

5.4 ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงสุดที่สูงกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงสุดที่ต่ำกว่า

5.5 ผู้ที่มีสถานภาพกำลังสมรสมีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้ที่อยู่ในสถานภาพอื่นๆ ทั้งสถานภาพโสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่

5.6 ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล

5.7 ผู้ที่มีรายได้รวมต่อปีมากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้ที่มีรายได้รวมต่อปีน้อยกว่า

5.8 ผู้ที่มีรายได้เพียงพอมีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอหรือเพียงพอเป็นบางครั้ง



บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

3.1 แหล่งที่มาของข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้อาศัยข้อมูลทุติยภูมิ จากโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ตามแบบสำรวจที่จัดทำขึ้น โดยรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนส่วนบุคคลทั่วประเทศไทย ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ ใช้ชุดข้อมูลนี้เพื่อการศึกษาในครั้งนี้

กระบวนการเลือกตัวอย่างของการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 ทำด้วยวิธี เลือกแบบสองขั้นตอน (Stratified Two-stage sampling) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) ดังนี้

ขั้นแรก เลือกพื้นที่ตัวอย่างในกรุงเทพมหานครและทุกจังหวัดเป็นสตราตัม รวม 76 สตราตัม และทำการแบ่งเป็น 2 สตราตัมย่อย ตามในเขตเทศบาล เรียกว่า ชุมชมอาคาร จำนวน 3,336 และ นอกเขตเทศบาล เรียกว่า หมู่บ้าน จำนวน 2,460 รวมเป็น 5,796 ชุมชมอาคาร/หมู่บ้าน จากทั้งหมด 109,966 ชุมชมอาคาร/หมู่บ้าน

ขั้นที่สอง ทำการเลือกครัวเรือนส่วนบุคคลภายในพื้นที่ตัวอย่างทั้งในและนอกเขตเทศบาล โดยการเลือก 15 ครัวเรือนจากแต่ละชุมชมอาคาร และ 12 ครัวเรือนจากแต่ละหมู่บ้าน ได้ 50,040 ครัวเรือนส่วนบุคคลในเขตเทศบาล และ 29,520 ครัวเรือนส่วนบุคคลนอกเขตเทศบาล รวมเป็น 79,560 ครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่าง

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัย

ในกระบวนการคัดกรองให้ได้มาซึ่ง กลุ่มตัวอย่างที่มีความสมบูรณ์และเหมาะสม กระทำโดยที่ ผู้วิจัยพิจารณาจากประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 ซึ่งมีส่วนที่ตรงกับประชากรและกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาในครั้งนี้ อันได้แก่

ประชากรกลุ่มเป้าหมายของการวิจัย คือ ประชากรผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปของประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่างจากประชากร พิจารณาโดยกำหนดเงื่อนไข ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

จากโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่สำรวจจากผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยจึงคัดเลือกเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งพบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 34,173 ราย

2) กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสำรวจนี้ด้วยตนเองทั้งหมด

เนื่องจากผู้ให้สัมภาษณ์ที่ตอบแบบสำรวจในครั้งนี้มีทั้งแบบตอบคำถามด้วยตนเองทั้งหมด และแบบที่มีผู้อื่นร่วมตอบ หรือแบบที่มีผู้อื่นตอบคำถามให้ ดังนั้น เพื่อความถูกต้องเหมาะสมตรงตามเจตนาให้ได้คำตอบที่เป็นข้อเท็จจริงและเป็นความคิดเห็นของผู้ถูกสัมภาษณ์โดยตรง ผู้วิจัยจึงเลือกเฉพาะกรณีที่สูงอายุเป็นผู้ตอบแบบสำรวจด้วยตนเองทั้งหมด ซึ่งพบว่ามีจำนวน 23,514 ราย

3) กลุ่มตัวอย่างที่ตอบทุกข้อคำถามที่ถูกใช้ในการวิจัยครั้งนี้

พบว่า ข้อคำถามทั้งหมดที่ใช้สำหรับการวิจัยนี้มีบางส่วนที่ได้รับคำตอบจากกลุ่มตัวอย่างไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องตัดออกและคัดเลือกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ตอบทุกข้อคำถามที่จำเป็นต้องใช้ในการวิจัยเพื่อผลของการวิจัยที่ถูกต้องสมบูรณ์ โดยเหลือจำนวนทั้งสิ้น 13,331 ราย ซึ่งพบว่า ข้อมูลของสถานะจากตัวแปรเพศ และลักษณะการมีผู้อาศัยอยู่ด้วยในครัวเรือน มีความแตกต่างจากผลของกลุ่มตัวอย่างจากเดิม

4) กลุ่มตัวอย่างที่ได้สอบถามและเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการถ่วงน้ำหนักจากโครงสร้างเดียวกับประชากรจริง

กลุ่มตัวอย่างที่ถูกเลือกจะถูกนำมาเปรียบเทียบค่าทางสถิติ ทั้งค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดซึ่งควรมีความแตกต่างกันไม่มากจนเกินไป รวมทั้งผู้วิจัยจะทำการถ่วงน้ำหนักกลุ่มตัวอย่างที่จะถูกใช้ด้วยวิธี Normalized or Relative Weight³ เพื่อปรับให้

³ เนื่องจากค่าเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลปกติเป็นการถ่วงน้ำหนักเดิมตามขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ถูกเลือกมาใช้ในการวิจัย (13,331 คน) เรียกว่า Raw or Base Weight แต่การถ่วงน้ำหนักด้วยขนาดโครงสร้างประชากรจริง เรียกว่า Normalized or Relative Weight ซึ่งจะทำให้ค่าเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างมีความถูกต้องมากขึ้น และสามารถเชื่อมั่นได้ว่าทุกตัวอย่างมีโอกาสเท่าๆ กันที่จะถูกเลือก (Leite et al., 2015) โดยวิธีการปรับให้ฐานข้อมูลเป็น Normalized or Relative Weight ทำได้ด้วย ค่าคะแนนจากถ่วงน้ำหนักแบบ Normalized Weight = ค่าคะแนนจากถ่วงน้ำหนักแบบเดิม \times (จำนวนตัวอย่างทั้งหมด/จำนวนประชากรทั้งหมด) โดย จำนวนตัวอย่างทั้งหมด ได้แก่ จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจากการสำรวจในครั้งนี้ = 34,173 คน และจำนวนประชากรทั้งหมด ได้แก่ จำนวนประชากรไทยทั้งหมด ในปีพ.ศ. 2554 = 64,076,033 คน (ข้อมูลจากกรมการปกครองปีพ.ศ. 2554)

ดังนั้น ค่าคะแนนจากการถ่วงน้ำหนักแบบ Normalized Weight = ค่าคะแนนจากการถ่วงน้ำหนักแบบเดิม \times (34,173 / 64,076,033)
= ค่าคะแนนจากการถ่วงน้ำหนักแบบเดิม \times 0.00053

ฐานข้อมูลถูกถ่วงน้ำหนักด้วยโครงสร้างที่มีสัดส่วนและการกระจายตัวเดียวกับโครงสร้างประชากรจริง ก่อนนำข้อมูลไปใช้วิเคราะห์ทางสถิติทั้งเชิงพรรณนาและเชิงอนุมานในขั้นตอนต่อไป

3.3 ข้อจำกัดการวิจัย

1) การวิจัยครั้งนี้อาศัยข้อมูลภาคตัดขวาง (Crosssectional Data) ในการศึกษาจึงมีข้อจำกัดด้านข้อมูลของปัจจัยกำหนดระดับความสามารถทางกาย สภาพแวดล้อม การมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาจจะไม่สามารถสะท้อนข้อมูลในอดีตที่เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงเวลามาจนถึงปัจจุบัน รวมทั้งการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุจากการทดสอบตัวแปรแทรกกลาง ซึ่งอาจจะไม่สามารถสะท้อนการตรวจสอบปัจจัยแห่งเหตุที่จะส่งผลให้เกิดผลซึ่งตามมาได้

2) เนื่องจากฐานข้อมูลโครงการสำรวจประชากรสูงอายุโดยสำนักงานสถิติแห่งชาตินี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอข้อมูลภาพกว้างโดยรวมของผู้สูงอายุในประเทศไทยซึ่งมิได้เฉพาะเจาะจงที่จะศึกษาในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นสำคัญ ซึ่งผู้วิจัยได้พิจารณาแล้วว่าฐานข้อมูลนี้เหมาะสม สอดคล้อง และเอื้อประโยชน์ต่อการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้ได้ครอบคลุมมากที่สุด ทั้งยังสามารถสะท้อนภาพของผู้สูงอายุในระดับประเทศได้ แต่ก็ยังพบข้อจำกัดของข้อมูลเพื่อการวิจัยนี้ในด้านองค์ประกอบของสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายนอกหรือละแวกบ้านที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ดังนั้นจึงสามารถนำเสนอเฉพาะสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่เท่านั้น ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถศึกษาความสัมพันธ์เพื่อตอบคำถามในบางส่วนได้

3.4 การนิยามศัพท์

ความสามารถทางกาย หมายถึง ศักยภาพทางร่างกายของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเองโดยไม่มีข้อจำกัดและความบกพร่องจนไม่สามารถปฏิบัติได้ ประกอบด้วย การไม่มีความบกพร่องของร่างกาย และการไม่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากกลุ่มกิจกรรมพื้นฐาน กลุ่มกิจกรรมทางกาย และกลุ่มกิจกรรมเชิงซ้อนที่มีอุปกรณ์เกี่ยวข้อง

สภาพแวดล้อม หมายถึง สภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่สนับสนุนการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งประกอบด้วยสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสม แบ่งเป็นจากภายในบ้าน และภายนอกหรือละแวกบ้าน และสภาพแวดล้อมทางสังคม แบ่งเป็นจากครอบครัว และจากรัฐ/ชุมชน/สังคม ซึ่งเป็นเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

การมีส่วนร่วมทางสังคม หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุเลือกที่จะมีปฏิสัมพันธ์ ร่วมมือบทบาท และร่วมปฏิบัติกิจกรรมกับบุคคลอื่นหรือกลุ่มทางสังคม ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และสังคม ด้วยการปรับหาสมดุลระหว่างตนกับสภาพแวดล้อม ซึ่งเป็นการทำกิจกรรมทางสังคมหรือทางเศรษฐกิจ

ทั้งในระดับที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการที่จะส่งผลให้เกิดผลิตภาพทั้งต่อตนเองและบุคคลอื่นในสังคมโดยรวม ซึ่งประกอบด้วย การยังคงทำงาน, การร่วมกิจกรรมครอบครัว, การร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม และการร่วมกิจกรรมทางศาสนา

3.5 การนิยามตัวแปร

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะได้ทำการสร้างและจัดกระทำเพื่อแปลงข้อมูลปฐมภูมิที่ได้มาให้เป็นข้อมูลทุติยภูมิอย่างเหมาะสมและตรงกับตัวแปรที่ต้องการตามแนวคิดทฤษฎีที่ได้ทำการศึกษามาในบทก่อนหน้านี โดยแบ่งตัวแปรออกเป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มตัวแปรต้น, ตัวแปรแทรกกลาง, ตัวแปรตาม และกลุ่มตัวแปรคุม มีรายละเอียด ดังนี้

3.5.1 ตัวแปรต้น หมายถึง กลุ่มตัวแปรที่งานวิจัยนี้สนใจศึกษาเป็นหลักว่าจะมีอิทธิพลต่อตัวแปรแทรกกลางและตัวแปรตามหรือไม่อย่างไร ซึ่งได้แก่ ความสามารถทางกาย, สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน, สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว และสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม รวมถึงตัวแปรปรับ⁴ ซึ่งได้แก่ เทอมปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมข้างต้นแต่ละตัว ดังต่อไปนี้

1) ความสามารถทางกาย หมายถึง ระดับความสามารถในการคงสภาพร่างกายสำหรับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุแม้จะมีอายุมากขึ้นเมื่อได้รับการบำรุงดูแลอย่างดีพอและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนอย่างเหมาะสม โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาภาวะทุพพลภาพจากความบกพร่องของร่างกายและข้อจำกัดทางกาย ของ WHO-ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) (WHO, 2001; 2002b) ซึ่งเป็นการวัดระดับข้อจำกัดในความสามารถทางกาย จากการไม่มีข้อจำกัดในความสามารถทางกายหรือเสมือนบุคคลปกติ และเริ่มมีข้อจำกัดในความสามารถทางกายเพิ่มขึ้น โดยมีองค์ประกอบ ความหมาย วิธีการวัดและเกณฑ์การจัดกลุ่มรหัส ดังนี้

⁴ ตัวแปรปรับ (Moderator Variable) หมายถึง ตัวแปรที่มีอิทธิพลปฏิสัมพันธ์ (Interaction Effect) ร่วมกัน 2 ตัวแปรที่ส่งผลต่อตัวแปรตาม ซึ่งอาจไปเพิ่ม หรือลด หรือเปลี่ยนแปลงทิศทางของความสัมพันธ์ต่อตัวแปรตามได้ (ศิริชัย กาญจนวาสิ และชัยลิขิต สร้อยเพชรเกษม, 2557: 9-10)

ความสามารถทางกาย : 4 ด้าน	ข้อคำถามจากแบบสำรวจที่ใช้ในการประเมิน (ข้อที่)	เกณฑ์การจัดกลุ่มและการให้รหัส
1. การไม่มีความบกพร่องของร่างกาย	ประเมินการไม่มีข้อบกพร่องของร่างกาย 5 อย่าง ได้แก่ 1.1 (OP88) การมองเห็น (รวมเห็นชัดโดยแว่น) 1.2 (OP89) การได้ยิน (รวมได้ยินชัดโดยเครื่องช่วยฟัง) 1.3 (OP91) การกลืนปัสสาวะได้ 1.4 (OP92) การกลืนอุจจาระได้ 1.5 (OP96_1-OP96_5) การไม่มีอาการอัมพฤกษ์/อัมพาต (ไม่ปรากฏในการลำดับความสำคัญของโรค)	รวมการไม่มีข้อบกพร่องของร่างกายทั้ง 5 อย่าง และสรุปผลแบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1 = ไม่มีข้อบกพร่องของร่างกายเลย (ทำได้ทั้ง 5 อย่าง) 0 = มีข้อบกพร่องของร่างกายอย่างน้อย 1 อย่าง (ทำได้น้อยกว่า 5 อย่าง)
2. การไม่มีข้อจำกัดจากกลุ่มกิจกรรมพื้นฐาน (BADLs)	ประเมินการสามารถทำกิจกรรมพื้นฐานได้ด้วยตนเองใน 3 กิจกรรม ได้แก่ 2.1 (OP104) การกินอาหาร 2.2 (OP105) การใส่เสื้อผ้า 2.3 (OP106) การอาบน้ำ	รวมการไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมพื้นฐานทั้ง 3 กิจกรรม และสรุปผลแบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1 = ไม่มีข้อจำกัดกิจกรรมพื้นฐานเลย 0 = มีข้อจำกัดในกิจกรรมพื้นฐานอย่างน้อย 1 กิจกรรม
3. การไม่มีข้อจำกัดจากกลุ่มกิจกรรมทางกาย (PADLs)	ประเมินการสามารถทำกิจกรรมทางกายได้ด้วยตนเองใน 4 กิจกรรม ได้แก่ 3.1 (OP111) การนั่งยองๆ 3.2 (OP112) การยกของหนัก (ประมาณ 5 กิโลกรัม) 3.3 (OP113) การเดินระยะทาง 200-300 เมตร 3.4 (OP114) การขึ้นลงบันได 2-3 ชั้น	รวมการไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางกายทั้ง 4 กิจกรรม และสรุปผลแบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1 = ไม่มีข้อจำกัดกิจกรรมทางกายเลย 0 = มีข้อจำกัดในกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 1 กิจกรรม
4. การไม่มีข้อจำกัดจากกลุ่มกิจกรรมเชิงซ้อนที่มีอุปกรณ์เกี่ยวข้อง (IADLs)	ประเมินการสามารถทำกิจกรรมเชิงซ้อนได้ด้วยตนเองใน 5 กิจกรรม ได้แก่ 4.1 (OP109) การโกนหนวด/หวีผม/รวบผม 4.2 (OP110) การใส่/สวมรองเท้า 4.3 (OP115) การเดินทางโดยขึ้นรถ/ลงเรือคนเดียว 4.4 (OP116) การนับเงินทอนได้ถูกต้อง 4.5 (OP117) การหยิบยาประจำตัวกินเองได้ครบถูกต้อง	รวมการไม่มีข้อจำกัดในการทำเชิงซ้อนทั้ง 5 กิจกรรม และสรุปผลแบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1 = ไม่มีข้อจำกัดกิจกรรมเชิงซ้อนเลย 0 = มีข้อจำกัดในกิจกรรมเชิงซ้อนอย่างน้อย 1 กิจกรรม

ดัชนีความสามารถทางกายรวม ประมวลข้อจำกัดทางกายจาก 4 องค์ประกอบ การไม่มีความบกพร่องของร่างกาย, การไม่มีข้อจำกัดจากกลุ่มกิจกรรมพื้นฐาน, การไม่มีข้อจำกัดจากกลุ่มกิจกรรมทางกาย และการไม่มีข้อจำกัดจากกลุ่มกิจกรรมเชิงซ้อน ด้วยการวิเคราะห์ปัจจัยหลัก (Factor Analysis) เพื่อสกัดให้ได้ค่าปัจจัยชี้วัดความสามารถทางกายของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลเพียงปัจจัยเดียวที่เหมาะสม (นำเสนอผลการวิเคราะห์ใน ภาคผนวก ก)

จากความจริงที่ว่าผู้สูงอายุย่อมมีความสามารถทางกายลดลงตามเวลาหรือการมีความบกพร่องและข้อจำกัดทางกายย่อมมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้น การวัดระดับความสามารถทางกายจึงเป็นการวัดข้อจำกัดในความสามารถทางกาย จากการวิเคราะห์ปัจจัยหลัก พบว่า ดัชนีความสามารถทางกายของกลุ่มตัวอย่างมีค่าสูงสุดที่ 0.82027 จึงหมายถึง ค่าของจุดที่ผู้นั้นไม่มีข้อจำกัดทางกาย หรือมี

ความสามารถทางกายเสมือนบุคคลปกติ หลังจากนั้นค่าจะลดหลั่นลงตั้งแต่ 0.22339 ไปถึงค่าต่ำสุดที่ -3.84792 สรุปแล้วผู้วิจัยจะได้แบ่งช่วงค่าดัชนีความสามารถทางกายจากข้อจำกัดทางกายของผู้สูงอายุที่ลดลงออกเป็น 4 ระดับ เพื่อความเหมาะสมตามวิธี Arbitrary Weighting Method⁵ ดังนี้

กลุ่มผู้ที่ไม่มียข้อจำกัดในความสามารถทางกาย/เสมือนบุคคลปกติ	มีค่า 0.82027
กลุ่มผู้ที่มีข้อจำกัดความสามารถทางกายระดับน้อย	ตั้งแต่ 0.22339 ถึงน้อยกว่า -1.13371
กลุ่มผู้ที่มีข้อจำกัดความสามารถทางกายระดับปานกลาง	ตั้งแต่ -1.13371 ถึงน้อยกว่า -2.49081
กลุ่มผู้ที่มีข้อจำกัดความสามารถทางกายระดับมาก	ตั้งแต่ -2.49081 ถึง -3.84792

2) สภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

2.1) สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน หมายถึง องค์ประกอบของที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมและจำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยอาศัยแนวคิดที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุซึ่งพิจารณาจากโครงสร้างพื้นฐาน สิ่งอำนวยความสะดวก และแผนผังภายในบ้านที่จำเป็นของ Coyte et al. (2003), Regnier (2002) และ Knodel et al. (2015: 51) รวมทั้งจากนิยามตามแผนผู้สูงอายุฯ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) (วิพรธม ประจวบเหมาะ และคณะ, 2552: 83-84) สามารถสรุปสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านสำหรับผู้สูงอายุเป็น 7 องค์ประกอบ มีวิธีการวัดและเกณฑ์การจัดกลุ่มรหัส ดังนี้

สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน : 7 ปัจจัย	ข้อความคำถามจากแบบสำรวจที่ใช้ในการประเมิน (ข้อที่)	เกณฑ์การจัดกลุ่มและการให้รหัส
1. ห้องนอนอยู่ชั้นล่าง	(OP46) ห้องนอนของผู้สูงอายุอยู่ชั้นบนหรือชั้นล่าง 1 = ชั้นบน, 2 = ชั้นล่าง 3 = เป็นบ้านชั้นเดียว	จัดกลุ่มคำตอบเป็น 2 กลุ่ม 1 = ห้องนอนอยู่ชั้นล่างของบ้าน (ตอบข้อ 2-3) 0 = ห้องนอนไม่ได้อยู่ชั้นล่างของบ้าน (ตอบข้อ 1)
2. การได้นอนบนเตียงนอน	(OP47) ผู้สูงอายุนอนที่ใด 1 = บนเตียง 2 = บนพื้น	จัดกลุ่มคำตอบเป็น 2 กลุ่ม 1 = การได้นอนบนเตียงนอน (ตอบข้อ 1) 0 = การไม่ได้นอนบนเตียงนอน (ตอบข้อ 2)
3. การได้ใช้ส้วมแบบนั่ง	(OP48) ผู้สูงอายุใช้ส้วมแบบใด 1 = โถนั่งแบบห้อยเท้า, 2 = ส้วมแบบนั่งยอง, 3 = ส้วมหลุม/ถัง/ถ่ายลงแม่น้ำ ลำคลอง/ส้วมลักษณะอื่นโดยมีห้องกัน, 4 = ไม่มีส้วม, 5 = นอนถ่าย, 6 = นั่งถ่ายบนเก้าอี้	จัดกลุ่มคำตอบเป็น 2 กลุ่ม 1 = ใช้ส้วมแบบโถนั่งห้อยเท้า (ตอบข้อ 1) 0 = ไม่ได้ใช้ส้วมแบบนั่งยองเท้า (ตอบข้อ 1-6)

(มีต่อ)

⁵ Arbitrary Weighting Method (Best, 1977: 174) เป็นวิธีการแบ่งช่วงคะแนนตามความเหมาะสมโดยให้แต่ละอันดับมี

$$\text{ช่วงห่างเท่ากัน ด้วยสูตร ค่าความกว้างของแต่ละชั้น} = \frac{(\text{ค่าคะแนนสูงสุด} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด})}{\text{จำนวนอันดับคะแนน}}$$

(ต่อ)

สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ภายในบ้าน : 7 ปัจจัย	ข้อความคำถามจากแบบสำรวจที่ใช้ในการประเมิน (ข้อที่)	เกณฑ์การจัดกลุ่มและการให้รหัส
4. มีห้องน้ำ/ส้วมอยู่ในบ้าน	(OP49) ห้องน้ำ/ห้องส้วมที่ผู้สูงอายุใช้ตั้งอยู่ที่ใด 1 = ในบ้าน, 2 = นอกบ้านแต่ติดตัวบ้าน 3 = นอกบ้านแต่ห่างจากตัวบ้าน	จัดกลุ่มคำตอบเป็น 2 กลุ่ม 1 = ห้องน้ำอยู่ในบ้าน (ตอบข้อ 1) 0 = ห้องน้ำอยู่นอกบ้าน (ตอบข้อ 2-3)
5. มีราวจับในบันได	(H3A) บ้านที่อยู่มีราวจับในบันไดสำหรับยึดเกาะหรือไม่ 1 = ไม่มี 2 = มี	จัดกลุ่มคำตอบเป็น 2 กลุ่ม 1 = มีราวจับในบันได (ตอบข้อ 2) 0 = ไม่มีราวจับในบันได (ตอบข้อ 1)
6. มีราวจับในห้องนอน	(H3B) บ้านที่อยู่มีราวจับในห้องนอนสำหรับยึดเกาะหรือไม่ 1 = ไม่มี 2 = มี	จัดกลุ่มคำตอบเป็น 2 กลุ่ม 1 = มีราวจับในห้องนอน (ตอบข้อ 2) 0 = ไม่มีราวจับในห้องนอน (ตอบข้อ 1)
7. มีราวจับในห้องน้ำ/ส้วม	(H3C) บ้านที่อยู่มีราวจับในห้องน้ำ/ส้วมสำหรับยึดเกาะหรือไม่ 1 = ไม่มี 2 = มี	จัดกลุ่มคำตอบเป็น 2 กลุ่ม 1 = มีราวจับในห้องน้ำ/ส้วม (ตอบข้อ 2) 0 = ไม่มีราวจับในห้องน้ำ/ส้วม (ตอบข้อ 1)

ดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านรวม ประมวลผลจาก 7 ปัจจัยข้างต้น ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis : PCA) เพื่อคำนวณหาค่าน้ำหนักของแต่ละองค์ประกอบ (นำเสนอผลการวิเคราะห์ใน ภาคผนวก ข) แล้วจึงนำมาสร้างดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านรวมของแต่ละบุคคลที่เหมาะสม⁶

โดยค่าดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่ได้มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 0.00053 ดังนั้นผู้วิจัยจะได้แบ่งช่วงสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านออกเป็น 3 ระดับเพื่อความเหมาะสม ตามวิธี Arbitrary Weighting Method ได้ดังนี้

กลุ่มผู้ที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน :

ระดับมาก	มีค่าตั้งแต่ 0.00035 ถึง 0.00053
ระดับปานกลาง	มีค่าตั้งแต่ 0.00018 ถึงน้อยกว่า 0.00035
ระดับน้อย	มีค่าตั้งแต่ 0 ถึงน้อยกว่า 0.00018

2.2) สภาพแวดล้อมทางสังคม หมายถึง ระดับการมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลจาก 2 แหล่งสำคัญ ได้แก่ จากครอบครัว/ญาติ/เพื่อนบ้าน และจากรัฐ/ชุมชน/สังคม

⁶ สูตรการคำนวณ ค่าดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน =
$$\frac{\sum(\text{คะแนนของแต่ละองค์ประกอบ} \times \text{ค่าน้ำหนักของแต่ละองค์ประกอบนั้น})}{\sum(\text{ค่าน้ำหนักจากทุกองค์ประกอบ})}$$

2.2.1) สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว โดยผู้วิจัยประยุกต์เกณฑ์การวัด

การสนับสนุนทางสังคมของ Lubben (Lubben Social Network Scale 6: LSNS-6) (Lubben et al., 2006) ซึ่งสะท้อนระดับเครือข่ายการได้รับการสนับสนุนทางสังคม หรือในทางตรงข้ามคือระดับความโดดเดี่ยวทางสังคม ที่พิจารณาจากความสัมพันธ์ ความถี่ และขนาดหรือจำนวนผู้ให้ความช่วยเหลือ และเครื่องมือการวัดการสนับสนุนทางสังคม ของ Wenger (1991) ที่ประกอบด้วย เกณฑ์ระยะทาง และความถี่ที่ติดต่อกัน สรุปรองค์ประกอบ ความหมาย วิธีการวัดและเกณฑ์การจัดกลุ่มรหัส ดังนี้

สภาพแวดล้อมทางสังคม จากครอบครัว : 6 ปัจจัย	ข้อคำถามจากแบบสำรวจที่ใช้ในการประเมิน (ข้อที่)	เกณฑ์การจัดกลุ่มและการให้รหัส
1. การมีผู้อาศัยอยู่ด้วยใน ครัวเรือน หมายถึง การมีผู้ร่วมอาศัยอยู่ ด้วยในครัวเรือนโดยสามารถให้ การช่วยเหลือเกื้อหนุนผู้สูงอายุ ในการใช้ชีวิตประจำวันได้	(MEMBERS) จำนวนสมาชิกในครัวเรือนคน (OP7) จำนวนบุตรที่อยู่ในครัวเรือน เดียวกัน....คน	จัดกลุ่มคำตอบเป็น 3 กลุ่ม 2 = มีบุตรอย่างน้อย 1 คนอาศัยอยู่ด้วยใน ครัวเรือน (OP7 ≥ 1) 1 = มีบุคคลอื่นอยู่ในครัวเรือนด้วยแต่ไม่ใช่บุตร (MEMBERS-OP7 ≥ 2) 0 = อยู่อาศัยโดยลำพัง (MEMBERS = 1)
2. การได้รับความเกื้อหนุนทาง กายเมื่อต้องการ หมายถึง การมีผู้ให้การ ช่วยเหลือดูแลในการทำกิจวัตร ประจำวันเมื่อผู้สูงอายุมีความ ต้องการ	(OP141) ผู้สูงอายุต้องการผู้ดูแลปรนนิบัติ ในการทำกิจวัตรประจำวันหรือไม่ 1 = ไม่ต้องการ, 2 = ต้องการ (OP152) ปัจจุบันผู้สูงอายุมีผู้ดูแลในการ ทำกิจวัตรประจำวันหรือไม่ ถ้ามีใครเป็น ผู้ดูแลหลัก 1 = ไม่มีผู้ดูแล/ ดูแลตนเอง 2-13 = มีผู้ดูแล (ระบุผู้ดูแลหลักจาก 12 กลุ่มบุคคล)	จัดกลุ่มคำตอบเป็น 2 กลุ่ม 1 = ผู้ที่ต้องการและได้รับความเกื้อหนุนทางกาย หรือผู้ที่ไม่ต้องการทั้งที่ได้และไม่ได้รับความ เกื้อหนุนทางกาย (ผู้ที่ไม่ประสบปัญหา) (OP141=1 โดย OP141 = 2, หรือ OP152 ≥ 2) 0 = ผู้ที่ต้องการแต่ไม่ได้รับความเกื้อหนุนทาง กาย (ผู้ที่ประสบปัญหา) (OP141 = 2 โดย OP152 = 1)
3. ความถี่ในการเยี่ยมเยียนกับ บุตร หมายถึง ความถี่ในการได้รับ การเยี่ยมเยียนกับบุตร ทั้งบุตร ได้มาเยี่ยมและไปเยี่ยมบุตร ใน ระหว่าง 12 เดือนที่ผ่านมา	(OP76) ผู้สูงอายุได้ไปเยี่ยมบุตรหรือบุตร มาเยี่ยมบ่อยครั้งเพียงใด 1 = ไม่เคยติดต่อ 2 = ติดต่อกันทุกวัน/เกือบทุกวัน 3 = ติดต่อกันทุกสัปดาห์, 4 = ติดต่อกัน ทุกเดือน 5 = ติดต่อกันอย่างน้อยปีละครั้ง (OP7) จำนวนบุตรที่อยู่ในครัวเรือน เดียวกัน....คน	จัดกลุ่มคำตอบเป็น 5 กลุ่ม 4 = ติดต่อกันทุกวันหรือเกือบทุกวัน หรือบุตร อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน (OP76 = 2, หรือ OP7 ≥ 1) 3 = ติดต่อกันทุกสัปดาห์ (OP76 = 3) 2 = ติดต่อกันทุกเดือน (OP76 = 4) 1 = ติดต่อกันอย่างน้อยปีละครั้ง (OP76 = 5) 0 = ไม่เคยติดต่อ หรือไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่ (OP76=1)

(มีต่อ)

(ต่อ)

สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว : 6 ปัจจัย	ข้อคำถามจากแบบสำรวจที่ใช้ในการประเมิน (ข้อที่)	เกณฑ์การจัดกลุ่มและการให้รหัส
4. ความถี่ในการได้พูดคุยทางโทรศัพท์กับบุตร หมายถึง ความถี่ที่ได้ติดต่อพูดคุยสื่อสารทางโทรศัพท์กับบุตร ในระหว่าง 12 เดือนที่ผ่านมา	(OP77) ผู้สูงอายุได้พูดคุยทางโทรศัพท์กับบุตรบ่อยครั้งเพียงใด 1 = ไม่เคยติดต่อ 2 = ติดต่อกันทุกวัน/เกือบทุกวัน 3 = ติดต่อกันทุกสัปดาห์, 4 = ติดต่อกันทุกเดือน 5 = ติดต่อกันอย่างน้อยปีละครั้ง (OP7) จำนวนบุตรที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน...คน	จัดกลุ่มคำตอบเป็น 5 กลุ่ม 4 = ติดต่อกันทุกวันหรือเกือบทุกวัน หรือบุตรอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน (OP77 = 2, หรือ OP7 ≥ 1) 3 = ติดต่อกันทุกสัปดาห์ (OP77 = 3) 2 = ติดต่อกันทุกเดือน (OP77 = 4) 1 = ติดต่อกันอย่างน้อยปีละครั้ง (OP77 = 5) 0 = ไม่เคยติดต่อ หรือไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่ (OP77 = 1)
5. การได้รับเงินจากบุตร หมายถึง การได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากบุตร ในระหว่าง 12 เดือนที่ผ่านมา	(OP70) ได้รับเงินจากบุตรที่อยู่ในครัวเรือนหรือไม่ และเท่าใดต่อปี 1 = ไม่ได้รับ 2-7 = ได้รับ (ช่วงต่างจำนวนเงินที่ได้) (OP71) ได้รับเงินจากบุตรที่อยู่นอกครัวเรือนหรือไม่ และเท่าใดต่อปี 1 = ไม่ได้รับ 2-7 = ได้รับ (ช่วงต่างจำนวนเงินที่ได้)	รวมและจัดกลุ่มคำตอบเป็น 2 กลุ่ม 1 = ได้รับ (OP70 หรือ OP71 ≥ 2) 0 = ไม่ได้รับเลย หรือไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่ (OP70 และ OP71 = 1)
6. การได้รับสิ่งของจากบุตร หมายถึง การได้รับการสนับสนุนด้านอาหารหรือของใช้จากบุตร ในระหว่าง 12 เดือนที่ผ่านมา	(OP74) ได้รับอาหารจากบุตรที่อยู่นอกครัวเรือนหรือไม่ และบ่อยครั้งเพียงใด 1 = ไม่ได้รับ 2-5 = ได้รับ (ช่วงความถี่ที่ได้รับ) (OP75) ได้รับเสื้อผ้า/ ของใช้จากบุตรที่อยู่นอกครัวเรือนหรือไม่ และบ่อยครั้งเพียงใด 1 = ไม่ได้รับ 2-5 = ได้รับ (ช่วงความถี่ที่ได้รับ)	รวมและจัดกลุ่มคำตอบเป็น 2 กลุ่ม 1 = ได้รับ (OP74 หรือ OP75 ≥ 2) 0 = ไม่ได้รับเลย หรือไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่ (OP74 และ OP75 = 1)

ดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว ประมวลจาก 6 องค์ประกอบข้างต้น⁷ ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis : PCA) เพื่อคำนวณหาค่าน้ำหนักแต่ละปัจจัย (นำเสนอผลการวิเคราะห์ใน ภาคผนวก ค) แล้วจึงนำมาสร้างเป็นดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวของแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม⁸

⁷ เนื่องจากแต่ละองค์ประกอบของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวมีหน่วยที่ต่างกัน จึงต้องทำการปรับให้เป็นหน่วยเดียวกันก่อน โดยการ Standardized ข้อมูลซึ่งจะทำให้ทุกปัจจัยมีค่าเฉลี่ยเป็น 0, ค่าความแปรปรวนเป็น 1 และมีหน่วยเป็นค่ามาตรฐาน (กลายาวินิชย์ปัญญา, 2554: 20)

⁸ สูตรการคำนวณ ดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว =
$$\frac{\sum(\text{คะแนนของแต่ละองค์ประกอบ} \times \text{ค่าน้ำหนักของแต่ละองค์ประกอบนั้น})}{\sum(\text{ค่าน้ำหนักจากทุกองค์ประกอบ})}$$

โดยค่าดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มีค่าระหว่าง 0 ถึง 0.00126 ดังนั้น ผู้วิจัยจะได้แบ่งช่วงสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวออกเป็น 3 ระดับเพื่อความเหมาะสมตามวิธี Arbitrary Weighting Method ดังนี้

กลุ่มผู้ที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว :

ระดับมาก	มีค่าตั้งแต่ 0.00084 ถึง 0.00126
ระดับปานกลาง	มีค่าตั้งแต่ 0.00042 ถึงน้อยกว่า 0.00084
ระดับน้อย	มีค่าตั้งแต่ 0 ถึงน้อยกว่า 0.00042

2.2.2) สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม จากบริการและสวัสดิการสาธารณสุขที่ผู้สูงอายุได้รับ (วิจิตรา วิเชียรชม, 2556; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) มีองค์ประกอบวิธีการวัดและเกณฑ์การจัดกลุ่มรหัส ดังนี้

สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม : 4 ด้าน	ข้อคำถามจากแบบสำรวจที่ใช้ในการประเมิน (ข้อที่)	เกณฑ์การจัดกลุ่มและการให้รหัส
1. การได้รับเงินช่วยเหลือจากสังคมหรือรัฐ หมายถึง การได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากภาครัฐหรือภาคส่วนอื่นๆ ในสังคม ในระหว่าง 12 เดือนที่ผ่านมา	(OP28) ได้รับเงินบำเหน็จ/ บำนาญหรือไม่ 1 = มี, 2 = ไม่มี (OP29) ได้รับเงินเบี้ยยังชีพจากทางราชการหรือไม่ 1 = มี, 2 = ไม่มี (OP37) ได้รับเงินบริจาคหรือไม่ 1 = มี, 2 = ไม่มี	รวมและจัดกลุ่มคำตอบเป็น 2 กลุ่ม 1 = ได้รับ อย่างน้อย 1 แห่ง (OP28, OP29 หรือ OP37 = 1) 0 = ไม่ได้รับเลย จากทั้ง 3 แห่ง (OP28, OP29 และ OP37 = 2 ทั้ง 3 ข้อ)
2. เมื่อเจ็บป่วยเคยได้รับการบริการ/รักษาพยาบาลจากรัฐ หมายถึง เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยแล้ว ได้ เข้า ใช้ บริการ สถานพยาบาลจกสวัสดิการของรัฐได้ ในช่วงระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา	(OP93) เคยป่วยจนกระทั่งไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ หรือไม่ 1 = ไม่ป่วย, 2 = ป่วย (OP94) ในครั้งสุดท้ายที่ป่วยได้ใช้สวัสดิการการรักษายาบาลของรัฐหรือไม่ 1 = ใช้, 2-11 = ไม่ใช้ (แบ่งเป็นเหตุผลต่างๆ ที่ไม่ใช้)	รวมและสรุปคำตอบเป็น 2 กลุ่ม 1 = ผู้ที่เคยเจ็บป่วยและเคยใช้บริการสถานพยาบาลรัฐ (OP93 = 2 โดย OP94 = 1) 0 = ผู้ที่เคยเจ็บป่วยแต่ไม่เคยใช้บริการสถานพยาบาลรัฐ หรือผู้ที่ไม่เคยเจ็บป่วยจนต้องใช้บริการสถานพยาบาลรัฐ (OP93 = 2, หรือ OP94 ≥ 2 โดย OP93 = 1)

(มีต่อ)

(ต่อ)

สภาพแวดล้อมทางสังคม	ข้อคำถามจากแบบสำรวจที่ใช้ในการประเมิน (ข้อที่)	เกณฑ์การจัดกลุ่มและการให้รหัส
จากรัฐ/ชุมชน/สังคม : 4 ด้าน		
3. การได้รับบริการด้านสุขภาพและความช่วยเหลือจากรัฐ หมายถึง การได้รับบริการและการดูแลสุขภาพจากหน่วยงานของรัฐ ในระหว่าง 12 เดือนที่ผ่านมา	(OP137) ได้รับบริการตรวจสุขภาพ (ที่ไม่ใช่เพราะการเจ็บป่วย) จากภาครัฐหรือไม่ โดย 1 = ไม่ได้รับ, 2 = ได้รับ (OP138) ได้รับการดูแลเยี่ยมเยียนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือไม่ โดย 1 = ไม่ได้รับ, 2 = ได้รับ (OP139) ได้รับการดูแลโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) หรือไม่ โดย 1 = ไม่ได้รับ, 2 = ได้รับ	ทำการรวมและสรุปคำตอบเป็น 2 กลุ่ม 1 = ได้รับ อย่างน้อย 1 บริการ (OP137, OP138 หรือ OP139 = 2) 0 = ไม่ได้รับเลยจากทั้ง 3 บริการ (OP137, OP138 และ OP139 = 1 ทั้ง 3 ข้อ)
4. จำนวนข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุจากสื่อต่างๆ ที่ได้รับ หมายถึง ปริมาณการได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุจากแหล่งต่างๆ	(OP174-OP181) ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านผู้สูงอายุ หรือที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุจากแหล่งต่างๆ ต่อไปหรือไม่ (OP174) หอกระจายข่าว, (OP175) วิทยุ, (OP176) โทรทัศน์, (OP177) หนังสือพิมพ์/นิตยสาร, (OP178) แผ่นพับ/ใบปลิว, (OP179) ป้ายประกาศ/โปสเตอร์, (OP180) อินเทอร์เน็ต/คอมพิวเตอร์ และ (OP181) บุคคลต่างๆ (เช่น ผู้นำชุมชน, อสม., อผส., เพื่อน เป็นต้น) โดย 1 = ไม่ได้รับ, 2 = ได้รับ	จัดกลุ่มคำตอบแต่ละแหล่งเป็น 2 กลุ่ม 1 = ได้รับ 0 = ไม่ได้รับ แล้วทำการรวมคะแนนแหล่งของสื่อที่ได้รับข้อมูลข่าวสารทั้ง 8 แหล่ง โดยจัดกลุ่มคำตอบเป็น 9 กลุ่ม โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 คือ ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งใดเลย ไปจนถึง 8 คือ ได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ 8 แหล่ง (ทุกแหล่ง)

ดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม ประมวลจาก 4 องค์ประกอบข้างต้น⁹ ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis : PCA) เพื่อคำนวณหาค่าน้ำหนักแต่ละปัจจัย (นำเสนอการวิเคราะห์ใน ภาคผนวก ง) แล้วจึงนำมาสร้างเป็นดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชนสังคมของแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม¹⁰

โดยค่าดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มีค่าระหว่าง 0 ถึง 0.00156 ดังนั้น ผู้วิจัยจะได้แบ่งช่วงระดับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม ออกเป็น 3 ระดับเพื่อความเหมาะสมตามวิธี Arbitrary Weighting Method ดังนี้

⁹ เนื่องจากแต่ละองค์ประกอบของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมมีหน่วยที่ต่างกัน จึงต้องทำการปรับให้เป็นหน่วยเดียวกันก่อนโดยการ Standardized ข้อมูลซึ่งจะทำให้ทุกปัจจัยมีค่าเฉลี่ยที่ 0, ค่าความแปรปรวนที่ 1 และมีหน่วยเป็นค่ามาตรฐาน (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2554: 20)

¹⁰ สูตรการคำนวณ ดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม =
$$\frac{\sum(\text{คะแนนของแต่ละองค์ประกอบ} \times \text{ค่าน้ำหนักของแต่ละองค์ประกอบนั้น})}{\sum(\text{ค่าน้ำหนักทุกองค์ประกอบ})}$$

กลุ่มผู้ที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม :

ระดับมาก	มีค่าตั้งแต่ 0.00104 ถึง 0.00156
ระดับปานกลาง	มีค่าตั้งแต่ 0.00052 ถึงน้อยกว่า 0.00104
ระดับน้อย	มีค่าตั้งแต่ 0 ถึงน้อยกว่า 0.00052

3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน หมายถึง เทอมความสัมพันธ์ที่เป็นผลคูณระหว่างค่าดัชนีความสามารถทางกายกับค่าดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านของแต่ละบุคคล

4) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว หมายถึง เทอมความสัมพันธ์ที่เป็นผลคูณระหว่างค่าดัชนีความสามารถทางกายกับค่าดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวของแต่ละบุคคล

5) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม หมายถึง เทอมความสัมพันธ์ที่เป็นผลคูณระหว่างค่าดัชนีความสามารถทางกายกับค่าดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมของแต่ละบุคคล

3.5.2. ตัวแปรแทรกกลาง หมายถึง ตัวแปรซึ่งสามารถเป็นตัวกลางส่งผ่านอิทธิพลจากตัวแปรต้นตัวอื่นๆ ไปสู่ตัวแปรตามได้ ซึ่งการศึกษานี้ ได้แก่

การมีส่วนร่วมทางสังคม หมายถึง ระดับพฤติกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลหรือสังคมทางเศรษฐกิจสังคม ทั้งเป็นและไม่เป็นทางการให้เกิดผลดีภาพต่อตนเองและบุคคลในสังคมโดยรวม สำหรับการวิจัยครั้งนี้จะอาศัยปัจจัยที่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมทางสังคมตามแนวคิดพหุพลัง (Active Ageing) (WHO, 2002a) โดยมีองค์ประกอบ ความหมาย วิธีการวัดและเกณฑ์การจัดกลุ่มรหัส ดังนี้

การมีส่วนร่วมทางสังคม : 4 ด้าน	ข้อความจากแบบสำรวจที่ใช้ในการประเมิน (ข้อที่)	เกณฑ์การจัดกลุ่มและการให้รหัส
1. การทำงาน หมายถึง การที่ผู้สูงอายุยังคงทำงาน	(OP14) ในระหว่าง 7 วันที่ผ่านมา ผู้สูงอายุทำงานหรือไม่ 1 = ทำงาน. 2 = ไม่ทำงาน	จัดกลุ่มคำตอบเป็น 2 กลุ่ม 1 = ได้ทำงาน 0 = ไม่ได้ทำงาน
2. การร่วมกิจกรรมครอบครัว หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว ในระหว่าง 12 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ เป็นผู้ที่จัดหาอาหาร, เป็นผู้ที่เฝ้าบ้าน/เฝ้าร้าน, ดูแลหลานที่อายุต่ำกว่า 10 ปี, ดูแลผู้ป่วย/พิการ (อายุต่ำกว่า 60 ปี) และดูแลผู้สูงอายุ	2.1 เป็นผู้จัดหาอาหาร ในครัวเรือนซึ่งมีสมาชิกมากกว่า 1 คนขึ้นไป ประกอบด้วยข้อความ (OP79) ได้ทำกิจกรรมการซื้ออาหาร/ซื้อกับข้าว 1 = ไม่เคยทำหรือไม่มีกิจกรรมนี้, 2-3 = เคยทำ (OP80) ได้ทำกิจกรรมการทำอาหาร 1 = ไม่เคยทำหรือไม่มีกิจกรรมนี้, 2-3 = เคยทำ (MEMBERS) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน.....คน 2.2 เป็นผู้เฝ้าบ้าน/เฝ้าร้านในครัวเรือนซึ่งมีสมาชิกมากกว่า 1 คนขึ้นไป ประกอบด้วยข้อความ (OP83) ได้ทำกิจกรรมการเฝ้าบ้าน/เฝ้าร้าน 1 = ไม่เคยทำหรือไม่มีกิจกรรมนี้, 2-3 = เคยทำ (MEMBERS) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน.....คน 2.3 (OP84) ได้ทำกิจกรรมการดูแลหลานที่อายุต่ำกว่า 10 ปี 1 = ไม่เคยทำ หรือไม่มีกิจกรรมนี้, 2-3 = เคยทำ 2.4 (OP85) ได้ทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย/พิการ (อายุต่ำกว่า 60 ปี) 1 = ไม่เคยทำ หรือไม่มีกิจกรรมนี้, 2-3 = เคยทำ 2.5 (OP84) ได้ทำกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ 1 = ไม่เคยทำ หรือไม่มีกิจกรรมนี้, 2-3 = เคยทำ	จัดกลุ่มคำตอบข้อ 2.1-2.5 ในแต่ละกิจกรรมเป็น 2 กลุ่ม 1 = ได้ทำ 0 = ไม่ได้ทำ แล้วทำการรวมทั้ง 5 กิจกรรม และสรุปเป็น 2 กลุ่ม 1 = ได้ร่วมกิจกรรมครอบครัวอย่างน้อย 1 กิจกรรม 0 = ไม่ได้ร่วมกิจกรรมครอบครัวเลย
3. การร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม หมายถึง การได้เข้าร่วมกิจกรรมและชมรมกลุ่มต่างๆ ในชุมชนของผู้สูงอายุ ในระหว่าง 12 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วย 4 กลุ่มได้แก่ กลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ, กลุ่มอาชีพ, กลุ่มลูกเสือชาวบ้าน และร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน	3.1 (OP166) ได้เข้าร่วมกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ 1 และ 3 = ไม่เข้าร่วม/กลุ่มไม่มีกิจกรรม 2 = เข้าร่วม 3.2 (OP168) ได้เข้าร่วมกลุ่มอาชีพ 1 และ 3 = ไม่เข้าร่วม/กลุ่มไม่มีกิจกรรม 2 = เข้าร่วม 3.3 (OP171) ได้เข้าร่วมกลุ่มลูกเสือชาวบ้าน 1 และ 3 = ไม่เข้าร่วม/กลุ่มไม่มีกิจกรรม 2 = เข้าร่วม 3.4 (OP172) ได้เข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน 1 = ไม่เข้าร่วม, 2 = เข้าร่วม	จัดกลุ่มคำตอบข้อ 3.1-3.4 ในแต่ละกิจกรรมเป็น 2 กลุ่ม 1 = ได้เข้าร่วม 0 = ไม่ได้เข้าร่วม แล้วทำการรวมทั้ง 4 กลุ่ม/ชมรม และสรุปเป็น 2 กลุ่ม 1 = ได้ร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมอย่างน้อย 1 กลุ่ม 0 = ไม่ได้ร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมเลย
4. การร่วมกิจกรรมทางศาสนา หมายถึง การได้ไปวัด/โบสถ์/มัสยิดในระหว่าง 12 เดือนที่ผ่านมา	(OP173) ผู้สูงอายุไปวัด/โบสถ์/มัสยิดหรือไม่ บ่อยเพียงใด 1 = ไม่ไปเลย 2-5 = ไป (ช่วงความถี่ที่ไป)	จัดกลุ่มคำตอบเป็น 2 กลุ่ม 1 = ได้ร่วมกิจกรรมทางศาสนา 0 = ไม่ได้ร่วมกิจกรรมทางศาสนาเลย

ดัชนีการมีส่วนร่วมทางสังคม ประมวลจาก 4 กลุ่มกิจกรรม ได้แก่ การทำงาน, การร่วมกิจกรรมครอบครัว, การร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม และการร่วมกิจกรรมทางศาสนา ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis : PCA) เพื่อคำนวณหาค่าน้ำหนักแต่ละปัจจัย (นำเสนอผลการวิเคราะห์ใน ภาคผนวก จ) แล้วจึงนำมาสร้างเป็นดัชนีวัดระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมของแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม¹¹

โดยค่าดัชนีการมีส่วนร่วมทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มีค่าระหว่าง 0 ถึง 0.00053 ดังนั้น ผู้วิจัยจะได้แบ่งช่วงการมีส่วนร่วมทางสังคม ออกเป็น 3 ระดับเพื่อความเหมาะสมตามวิธี Arbitrary Weighting Method ดังนี้

กลุ่มผู้ที่มีส่วนร่วมทางสังคม:

ระดับมาก	มีค่าตั้งแต่ 0.00035 ถึง 0.00053
ระดับปานกลาง	มีค่าตั้งแต่ 0.000176 ถึงน้อยกว่า 0.00035
ระดับน้อย	มีค่าตั้งแต่ 0 ถึงน้อยกว่า 0.000176

3.5.3 ตัวแปรตาม หมายถึง ตัวแปรที่สนใจศึกษาว่าจะได้รับอิทธิพลจากกลุ่มตัวแปรต้นและตัวแปรแทรกกลาง รวมถึงกลุ่มตัวแปรคุมอื่นๆ หรือไม่อย่างไร ซึ่งการศึกษานี้ ได้แก่

สุขภาพจิต หมายถึง ระดับสุขภาพจิตที่ดีจากแบบวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicator: TMHI-15) เป็นแบบสำรวจตนเองและประเมินเหตุการณ์ อาการความคิดเห็นและความรู้สึกจากประสบการณ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาของบุคคลทั่วไป โดยกรมสุขภาพจิต (อภิชัย มงคล และคณะ, 2552b) ซึ่งทางสำนักงานสถิติแห่งชาติได้นำข้อคำถามการวัดระดับสุขภาพจิตนี้ร่วมประกอบในการสำรวจครั้งนี้ด้วย โดยข้อคำถามมาตรฐานจำนวน 15 ข้อ มีวิธีการวัดและเกณฑ์การจัดกลุ่มรหัส ดังนี้

¹¹ สูตรการคำนวณ ดัชนีการมีส่วนร่วมทางสังคม =
$$\frac{\sum(\text{คะแนนของแต่ละองค์ประกอบ} \times \text{ค่าน้ำหนักของแต่ละองค์ประกอบนั้น})}{\sum(\text{ค่าน้ำหนักจากทุกองค์ประกอบ})}$$

ข้อความคำถามจากแบบสำรวจที่ใช้ในการประเมิน (ข้อที่)	เกณฑ์การจัดกลุ่มและการให้รหัส
1. (MH01) ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต	เกณฑ์ระดับคะแนนแต่ละข้อแบ่งเป็น 4 ระดับ 4 = มากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มากที่สุด 3 = มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มาก 2 = เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย หรือ เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย 1 = ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อากาการ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ ค่าสุขภาพจิตที่ดี คือ ผลรวมคะแนนจากทั้ง 15 ข้อ โดยช่วงคะแนนจะมีค่าระหว่าง 15 ถึง 60 คะแนน
2. (MH02) ท่านรู้สึกสบายใจ	
3. (MH03) ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อทั้งกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ¹²	
4. (MH04) ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง ¹²	
5. (MH05) ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์ ¹²	
6. (MH06) ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ (เมื่อมีปัญหา)	
7. (MH07) ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น	
8. (MH08) ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต	
9. (MH09) ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์	
10. (MH10) ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา	
11. (MH11) ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส	
12. (MH12) ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง	
13. (MH13) ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว	
14. (MH14) หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี	
15. (MH15) สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน	

เนื่องจากค่าคะแนนของฐานข้อมูลได้มีการปรับด้วยการถ่วงน้ำหนักแบบ Normalized or Relative Weight ค่าคะแนนสุขภาพจิตจึงมีค่าระหว่าง 0.00212 ถึง 0.02385 ดังนั้น ผู้วิจัยจะได้แบ่งช่วงของค่าสุขภาพจิตออกเป็น 3 ระดับ เพื่อความเหมาะสมตามวิธี Arbitrary Weighting Method ได้ดังนี้

กลุ่มผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีระดับมาก	ตั้งแต่ 0.01661 ถึง 0.02385
กลุ่มผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีระดับปานกลาง	ตั้งแต่ 0.00936 ถึงน้อยกว่า 0.01661
กลุ่มผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีระดับน้อย	ตั้งแต่ 0.00212 ถึงน้อยกว่า 0.00936

3.5.4 ตัวแปรคุณ หมายถึง กลุ่มตัวแปรต่างๆ ที่แสดงอิทธิพลของตนพร้อมกับกลุ่มตัวแปรต้นที่มีต่อตัวแปรตามและตัวแปรแทรกกลาง เพื่อสามารถแยกสะท้อนอิทธิพลของตัวแปรต้นแต่ละตัวที่มีต่อตัวแปรตามที่สนใจออกไป ซึ่งจากการศึกษานี้มีกลุ่มตัวแปรคุณที่รวบรวมได้ประกอบด้วยปัจจัยทางประชากร, ทางการรับรู้สุขภาพตน และทางเศรษฐกิจสังคม โดยมีองค์ประกอบ ความหมาย วิธีการวัดและเกณฑ์การจัดกลุ่มรหัส ดังนี้

¹² เนื่องจากคำถามวัดระดับสุขภาพจิต ข้อที่ 3-5 เป็นคำถามเชิงลบซึ่งผลของคำตอบจะสวนทางกับข้อความอื่นๆ ซึ่งเป็นคำถามเชิงบวก ดังนั้น จึงต้องมีการกลับทิศทางของคะแนนคำตอบเป็นตรงกันข้าม ให้ข้อความทั้งหมดเป็นทิศทางเดียวกันในเชิงบวก

ปัจจัย ตัวแปร และข้อความจากแบบสำรวจที่ใช้ประเมิน (ข้อที่)	เกณฑ์การจัดกลุ่มและการให้รหัส
<p>1. ปัจจัยทางประชากร ได้แก่</p> <p>1.1 (A4) เพศ หมายถึง เพศโดยกำเนิด 1 = ชาย, 2 = หญิง</p> <p>1.2 (A5) อายุ หมายถึง อายุเต็มปี นับถึงวันคล้ายวันเกิดครั้งสุดท้าย</p>	<p>แบ่งเป็น 2 กลุ่ม</p> <p>- เพศชาย, - เพศหญิง (กลุ่มอ้างอิง)</p> <p>อายุ.....ปี</p>
<p>2. ปัจจัยทางการรับรู้สุขภาพตน</p> <p>2.1 (OP87) การประเมินสุขภาพตนเอง หมายถึง ความรู้สึกและการรับรู้จากการประเมินสถานะสุขภาพของตนเองในช่วง 7 วันที่ผ่านมา 1 = ดีมาก, 2 = ดี, 3 = ปานกลาง, 4 = ไม่ดี, 5 = ไม่ดีมาก ๆ</p>	<p>จัดกลุ่มคำตอบเป็น 5 กลุ่ม</p> <p>4 = ดีมาก, 3 = ดี, 2 = ปานกลาง, 1 = ไม่ดี, 0 = ไม่ดีมาก ๆ</p>
<p>3. ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม</p> <p>3.1 (A8) ระดับการศึกษาสูงสุด หมายถึง ระดับวุฒิการศึกษาสูงสุดที่สำเร็จ (บันทึกชั้น ปี และประกาศนียบัตร หรือปริญญาที่สำเร็จ ตามเกณฑ์รหัสที่สำนักงานสถิติแห่งชาติกำหนด)</p> <p>3.2 (A10) สถานภาพสมรส หมายถึง การครองคู่สมรสอยู่ร่วมกันฐานะสามีภรรยาทั้งที่ได้มีการจดทะเบียนและไม่ได้จดทะเบียนสมรส 1 = โสด, 2 = สมรส คู่สมรสอยู่ในครัวเรือน, 3 = สมรส คู่สมรสไม่อยู่ในครัวเรือน, 4 = หม้าย, 5 = หย่า, 6 = แยกกันอยู่</p>	<p>จัดกลุ่มคำตอบเป็น 4 กลุ่ม</p> <p>- อุดมศึกษา (ปวส./ปวท./อนุปริญญา/ปริญญาตรีขึ้นไป)</p> <p>- มัธยมศึกษา (ตอนต้น/ตอนปลาย/ปวช.)</p> <p>- ประถมศึกษา, - ไม่เคยเรียน (กลุ่มอ้างอิง)</p> <p>จัดกลุ่มคำตอบเป็น 3 กลุ่ม</p> <p>- โสด (ที่ตอบข้อ 1)</p> <p>- หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ (รวมข้อ 4-6)</p> <p>- สมรส (รวมข้อ 2-3) (กลุ่มอ้างอิง)</p>
<p>3.3 (AREA) เขตที่อยู่อาศัย หมายถึง เขตปกครองของที่อยู่อาศัยปัจจุบัน 1 = ในเขตเทศบาล, 2 = นอกเขตเทศบาล</p>	<p>จัดกลุ่มคำตอบเป็น 2 กลุ่ม</p> <p>- ในเขตเทศบาล, - นอกเขตเทศบาล (กลุ่มอ้างอิง)</p>
<p>3.4 (OP40) รายได้ หมายถึง การประมาณระดับรายได้รวมจากทุกแหล่งโดยเฉลี่ยต่อปี 1 = ไม่มีรายได้, 2 = ต่ำกว่า 10,000 บาท, 3 = 10,000-19,999 บาท 4 = 20,000-29,999 บาท, 5 = 30,000-39,999 บาท 6 = 40,000-49,999 บาท, 7 = 50,000-59,999 บาท 8 = 60,000-69,999 บาท, 9 = 70,000-79,999 บาท 10 = 80,000-99,999 บาท, 11 = 100,000-299,999 บาท 12 = 300,000-499,999 บาท, 13 = 500,000 บาทขึ้นไป</p>	<p>จัดกลุ่มคำตอบเป็น 4 กลุ่ม</p> <p>- ตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป (รวมข้อ 11-13)</p> <p>- 30,000-99,999 บาท (รวมข้อ 5-10)</p> <p>- 10,000-29,999 บาท (รวมข้อ 3-4)</p> <p>- ต่ำกว่า 10,000 บาทหรือไม่มีรายได้ (รวมข้อ 1-2) (กลุ่มอ้างอิง)</p>
<p>3.5 (OP41) ความเพียงพอของรายได้ หมายถึง ความคิดเห็นต่อรายได้ที่มีเมื่อเปรียบเทียบกับรายจ่าย และอุปนิสัยการใช้จ่ายของบุคคล ซึ่งจะสะท้อนสถานะทางการเงินและการออมของบุคคลได้ 1 = เกินเพียงพอ, 2 = เพียงพอ, 3 = เพียงพอเป็นบางครั้ง, 4 = ไม่เพียงพอ</p>	<p>จัดกลุ่มคำตอบเป็น 2 กลุ่ม</p> <p>- กลุ่มรายได้เพียงพอ (รวมข้อ 1-2)</p> <p>- กลุ่มรายได้ไม่เพียงพอ (รวมข้อ 3-4) (กลุ่มอ้างอิง)</p>

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย มีรายละเอียด ดังนี้

3.6.1 การศึกษาลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และสถานะความสามารถทางกายภาพแวดล้อม การมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิต

นำเสนอและอธิบายโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ และตัวแปรเชิงปริมาณ ได้แก่ การแจกแจงความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ค่ามัธยฐาน, ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

3.6.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่สนใจในการศึกษา

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคู่ตัวแปรระหว่างความสามารถทางกาย, สภาพแวดล้อม (ทางกายภาพภายในบ้าน, ทางสังคมจากครอบครัว, ทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม), การมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตัวอย่าง ตามแนวคิดสมมติฐานการคล้อยตามสภาพแวดล้อม (The Environmental Docility Hypothesis) ด้วยวิธีการทดสอบทางสถิติ ดังต่อไปนี้

1) การทำตารางไขว้คู่ตัวแปร (Crosstabulation) ผู้วิจัยจะนำเสนอตารางไขว้โดยการจัดแบ่งช่วงชั้นของแต่ละตัวแปรตามความเหมาะสมเพื่อพิจารณาถึงลักษณะการกระจายตัวของข้อมูลและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่ รวมถึงองค์ประกอบภายในตัวแปร

2) การทดสอบสถิติแบบไคสแควร์ (Pearson Chi-Square Test: X^2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปร ด้วยวิธี Monte Carlo Method เนื่องจากตัวแปรทั้งหมดเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ (Interval or Ratio Scale) เราสามารถนำตัวแปรทั้งหมดมาใช้ทดสอบและเพิ่มความละเอียดของการวิเคราะห์ค่าทางสถิติแบบไคสแควร์ได้ด้วยวิธีนี้ แต่เนื่องจากค่าอาจจะกระจายตัวจากกันมากจนทำให้บางช่วงมีความถี่ที่น้อยมาก ซึ่งวิธี Monte Carlo Method จะเป็นวิธีที่ไม่มีเงื่อนไขว่าแต่ละอันตรภาคชั้นของตารางไขว้ต้องมีความถี่ไม่น้อยกว่า 5 ราย หรือไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 จากช่วงชั้นทั้งหมด อย่างเช่นวิธี Asymptotic Method ของไคสแควร์แบบปกติ รวมทั้งยังเป็นวิธีที่สามารถประมาณค่านัยสำคัญที่แท้จริง (Exact Significance) โดยการสุ่มตัวอย่างซ้ำๆ กันหลายครั้งเพื่อมาคำนวณค่าประมาณ (Exact Significance) ซึ่งเป็นค่าประมาณที่ไม่เอนเอียง (Unbias Estimator) จากค่านัยสำคัญจริง (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2546a: 311)

3) การทดสอบ Eta Test เป็นการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงปริมาณกับตัวแปรเชิงอันดับ โดยค่า Eta (Effect-Size) เป็นค่าสัดส่วนของตัวแปรตามที่สามารถอธิบายได้ด้วยตัวแปรต้น (Siegel, 1956) สามารถแสดงว่าแต่ละองค์ประกอบหรือตัวแปรต้นมีความสามารถหรือมีความสำคัญต่อการพยากรณ์ตัวแปรตามต่างกันอย่างไร

4) การทดสอบสหสัมพันธ์เชิงเส้น (Pearson's R / Correlation) เป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรเชิงปริมาณ ที่บอกทั้งระดับและทิศทางของความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างคู่ตัวแปร

5) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) เพื่อใช้เปรียบเทียบลักษณะความแตกต่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรตาม (เชิงปริมาณ) ภายในกลุ่มของตัวแปรต้น (เชิงกลุ่มตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป) วิธีการคือ เริ่มจากทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนของตัวแปรตามภายในแต่ละกลุ่มของตัวแปรต้น (Test of Homogeneity of Variances) ด้วยค่า Levene Statistic's Significance โดยถ้าค่าความแปรปรวนเท่ากันในแต่ละกลุ่มของตัวแปรต้น จะทดสอบค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามภายในแต่ละกลุ่มของตัวแปรต้นต่อด้วยค่า F-test Significance และทดสอบเปรียบเทียบความต่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามระหว่างกลุ่มของตัวแปรต้นด้วย LSD Test แต่ถ้าค่าความแปรปรวนไม่เท่ากันในแต่ละกลุ่มของตัวแปรต้นจะทดสอบค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามภายในแต่ละกลุ่มของตัวแปรต้นด้วย Robust Test of Equality of Means ด้วยค่า Brown-Forsythe Statistic's Significance และทดสอบเปรียบเทียบความต่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามระหว่างกลุ่มของตัวแปรต้นด้วย Tamhane Test (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2546b)

3.6.3 การศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของตัวแปรที่สนใจในการศึกษา

กระบวนการและขั้นตอนการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุ แบ่งออกเป็น (1) การทดสอบตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ ด้วยการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงซ้อน (Multiple Linear Regression Analysis) และ (2) การทดสอบตัวแปรที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาพจิตโดยผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคม ด้วยการทดสอบว่าการมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นตัวแปรแทรกกลางระหว่างความสามารถทางกายและสภาพแวดล้อมกับสุขภาพจิตที่ดีหรือไม่ ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวทางการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงซ้อน (Multiple Linear Regression Analysis) ตามวิธีที่นำเสนอโดย Baron & Kenny (1986) ประกอบด้วยการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงซ้อนใน 3 แบบจำลอง (โดยในทุกแบบจำลองของการวิเคราะห์จะบรรจุกลุ่มตัวแปรคุมเพื่อควบคุมอิทธิพลเข้าไปควบคู่กับกลุ่มตัวแปรต้นที่สนใจศึกษาด้วย) ดังนี้

แบบจำลองที่ 1 การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงซ้อนระหว่างกลุ่มตัวแปรต้นกับสุขภาพจิตที่ดี (ตัวแปรตาม) โดยยังไม่ควบคุมการมีส่วนร่วมทางสังคม (ตัวแปรแทรกกลาง) เพื่อประมาณค่าอิทธิพลทางตรงระหว่างกัน เพื่อทดสอบว่า ตัวแปรต้นทั้งหมดที่ศึกษาจะต้องมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก่อนเป็นเบื้องต้น

แบบจำลองที่ 2 การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงซ้อนระหว่างกลุ่มตัวแปรต้นกับการมีส่วนร่วมทางสังคม (ตัวแปรแทรกกลาง) เพื่อประมาณค่าอิทธิพลทางตรงระหว่างกัน เพื่อทดสอบว่า ตัวแปรต้นทั้งหมดที่ศึกษาจะต้องมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยเช่นเดียวกัน

แบบจำลองที่ 3 การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงซ้อนระหว่างกลุ่มตัวแปรต้นที่รวมการมีส่วนร่วมทางสังคม กับสุขภาพจิตที่ดี (ตัวแปรตาม)

จากนั้นจึงทำการ (1) ประมาณค่าอิทธิพลทางตรงระหว่างกลุ่มตัวแปรต้นที่สนใจกับการมีส่วนร่วมทางสังคม (ตัวแปรแทรกกลาง) (จากแบบจำลองที่ 2) และ (2) ประมาณค่าอิทธิพลทางตรงระหว่างการมีส่วนร่วมทางสังคม กับสุขภาพจิตที่ดี (ตัวแปรตาม) (จากแบบจำลองที่ 3) เพื่อนำค่าที่ได้มาใช้ในการทดสอบความเป็นตัวแปรแทรกกลางของการมีส่วนร่วมทางสังคมต่อไป

การทดสอบความเป็นตัวแปรแทรกกลาง (Mediator Variable Analysis) ด้วยวิธี Product of Coefficients ซึ่งพัฒนาโดย Sobel (1982) ใช้ทดสอบทางสถิติว่าการมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นตัวแปรแทรกกลางระหว่างตัวแปรต้นที่เราสนใจกับสุขภาพจิตที่ดี (ตัวแปรตาม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ วิธีการคือ กำหนดให้อิทธิพลทางตรงของตัวแปรต้นแต่ละตัวกับการมีส่วนร่วมทางสังคม (ตัวแปรแทรกกลาง) เท่ากับค่า a มีค่าคาดเคลื่อนมาตรฐาน (standard error a) เท่ากับ Sa และอิทธิพลทางตรงของการมีส่วนร่วมทางสังคม (ตัวแปรแทรกกลาง) กับสุขภาพจิตที่ดี (ตัวแปรตาม) ให้เท่ากับค่า b มีค่าคาดเคลื่อนมาตรฐาน (standard error b) เท่ากับ Sb จากนั้นทำการทดสอบสมมติฐาน ($H_0 : ab = 0, H_1 : ab \neq 0$) ซึ่งผลคูณของ ab ต้องไม่เท่ากับ 0 (ศูนย์) (ปฏิเสธสมมติฐานหลัก) จึงจะถือว่าการมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นตัวแปรแทรกกลาง (คือ ค่ามาตรฐาน $Z = \left| \frac{ab}{Sab} \right|$ ซึ่งต้องมีค่ามากกว่า 1.96 หรือค่า $p = 2 (1 - \text{ค่าส่งกลับของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานสะสม}^{13}$ ของ $Z)$ ซึ่งต้องน้อยกว่า 0.05 และให้ค่าประมาณความคาดเคลื่อนมาตรฐานร่วม (standard error ab) คือ $Sab = \sqrt{a^2Sb^2 + b^2Sa^2}$ ซึ่งจะปฏิเสธสมมติฐานหลักที่ว่าค่าประมาณอิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ 0 (ศูนย์) หรือแสดงว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นตัวแปรแทรกกลางที่มีอิทธิพลระหว่างตัวแปรต้นสู่สุขภาพจิตที่ดี (ตัวแปรตาม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การประมาณค่าอิทธิพลรวมจากตัวแปรต้นที่สนใจศึกษาซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดี (ตัวแปรตาม) ที่มีอิทธิพลทางอ้อมบางส่วนผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคม (ตัวแปรแทรกกลาง) ตามแนวคิดและวิธีการวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) (Pedhazur, 1997; Retherford & Choe, 1993) โดยอยู่บนแนวคิดเดียวกันกับการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงซ้อนที่ตัวแบบจะอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุผลซึ่งทำการถดถอยระหว่างตัวแปรต้นแต่ละตัวที่เป็นเหตุ ต่อสุขภาพจิตที่ดี (ตัวแปรตาม) ที่เป็นผล โดยน้ำหนักที่ได้จากการถดถอยหรือสัมประสิทธิ์เส้นทาง (Path Coefficient) จะถูกเปรียบเทียบกับสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และค่าสถิติภาวะสารูปสนิทธิ (Goodness-of-fit Statistic) ภายใต้แบบจำลองที่ศึกษา ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดนี้เพื่อประมาณค่าอิทธิพลรวมของตัวแปรต้นแต่ละตัวที่สนใจศึกษาซึ่งส่ง

¹³ ค่าส่งกลับของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานสะสมของ Z (Standard Normal Cumulative Distribution) เป็นค่าที่ได้จากตารางความน่าจะเป็นแบบปกติของ Z

อิทธิพลทั้งหมดต่อสุขภาพจิตที่ดี (ตัวแปรตาม) โดยเป็นผลรวมระหว่างอิทธิพลทางตรง และอิทธิพลทางอ้อมผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคม (ตัวแปรแทรกกลาง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากกระบวนการข้างต้นสามารถนำผลมาสรุปสิ่งที่ศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัยและกรอบแนวคิดการวิจัย (แผนภาพที่ 3) เป็น 3 ส่วน ดังนี้

1) การศึกษาอิทธิพลทางตรงระหว่างตัวแปร เพื่อทดสอบอิทธิพลทางตรงของตัวแปรความสามารถทางกาย, สภาพแวดล้อม และเทอมปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อม ที่มีต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ (ศึกษาจากแบบจำลองที่ 2)

2) การศึกษาอิทธิพลทางตรงระหว่างตัวแปร เพื่อทดสอบอิทธิพลทางตรงของตัวแปรความสามารถทางกาย, สภาพแวดล้อม และเทอมปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อม ที่มีต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ (ศึกษาจากแบบจำลองที่ 3)

3) การศึกษาอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรโดยผ่านตัวแปรแทรกกลาง เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุของความสามารถทางกาย และสภาพแวดล้อม ผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคม สู่สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ (ศึกษาจากแบบจำลองที่ 1-3)

บทที่ 4

การศึกษาลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สถานะความสามารถทางกาย สภาพแวดล้อม การมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิต

การศึกษานี้อาศัยข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยประชากรของการวิจัยครั้งนี้เลือกมาเฉพาะ ประชากรผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ตอบแบบสำรวจด้วยตนเองในทุกข้อคำถามที่ใช้ในการวิจัย ได้จำนวนทั้งสิ้น 13,331 ราย ซึ่งในบทนี้จะเป็นการนำเสนอถึงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง สถานะความสามารถทางกาย สภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ (จากทางกายภาพภายในบ้าน, ทางสังคมจากครอบครัว และทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม) และการมีส่วนร่วมทางสังคม รวมถึงสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 ลักษณะทั่วไป

การอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ประกอบด้วย ปัจจัยทางประชากร การรับรู้สุขภาพตน และทางเศรษฐกิจสังคม ดังนี้

4.1.1 ปัจจัยทางประชากร ประกอบด้วย

- **เพศ** กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีส่วนเป็นเพศชาย ร้อยละ 51.41 ซึ่งมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย ซึ่งมีร้อยละ 48.59 แต่เนื่องจากการเลือกเฉพาะแต่ผู้ที่ต้องตอบเองทุกข้อคำถามทำให้สัดส่วนผู้สูงอายุต่างไปจากกลุ่มตัวอย่างโดยปกติซึ่งมีส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 57.4 และ 42.6 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้จะมีเพศเป็นตัวแปรคุมในทุกแบบจำลองของการทดสอบ

- **อายุ** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อายุระหว่าง 60-69 ปี มีร้อยละ 54.35 รองลงมาคืออายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 34.72 และร้อยละ 10.94 มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป สำหรับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 69 ปี อายุมัธยฐานที่ 68 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุที่ 7.24 ปี โดยผู้ที่มีอายุสูงสุดอยู่ที่ 102 ปี และต่ำสุดที่ 60 ปี

4.1.2 ปัจจัยทางการรับรู้สุขภาพตน

- **การประเมินสุขภาพตนเอง** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินสถานะสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.29 หรือที่ระดับดี ร้อยละ 39.21 ตามลำดับ รองลงมาที่ระดับไม่ดี ร้อยละ

14.24 มีเพียงส่วนน้อยประเมินสุขภาพตนเองที่ระดับดีมาก ร้อยละ 4.49 หรือที่ระดับไม่ดีมากๆ ร้อยละ 0.77 ตามลำดับ

4.1.3 ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม ประกอบด้วย

- **ระดับการศึกษาสูงสุด** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดที่ระดับประถมศึกษา ถึงร้อยละ 75.85 รองลงมาคือกลุ่มไม่เคยเรียน มีร้อยละ 10.13 ส่วนระดับมัธยมศึกษา มีร้อยละ 8.19 และระดับอุดมศึกษา มีร้อยละ 5.84 ตามลำดับ

- **สถานภาพสมรส** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพกำลังสมรส (ทั้งที่อยู่และไม่ได้อยู่กับคู่สมรส) ถึงร้อยละ 52.50 รองลงมาคือผู้มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีร้อยละ 42.82 ส่วนที่เหลือเพียงร้อยละ 4.68 เป็นผู้ที่มิมีสถานภาพโสด

- **เขตที่อยู่อาศัย** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 58.86 ซึ่งมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ซึ่งมีร้อยละ 41.14

- **รายได้** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อปีจากทุกแหล่งอยู่ในช่วง 30,000-99,999 บาท ถึงร้อยละ 45.20 รองลงมามีรายได้ในช่วง 10,000-29,999 บาท ร้อยละ 25.10 ส่วนผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 ลงไปถึงไม่มีรายได้เลย มีร้อยละ 15.63 ซึ่งใกล้เคียงกับผู้ที่มีรายได้ตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป ซึ่งมีร้อยละ 14.07 ตามลำดับ

- **ความเพียงพอของรายได้** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีรายได้เพียงพอ มีร้อยละ 64.82 ซึ่งมากกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ซึ่งมีร้อยละ 35.18

ตารางที่ 2 ลักษณะปัจจัยทางประชากร ทางกรรับรู้สุขภาพตน และทางเศรษฐกิจสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย (รวม 13,331 ราย)	รายการ	ร้อยละ	จำนวน
ปัจจัยทางประชากร			
เพศ	ชาย	51.41	(6,853)
	หญิง	48.59	(6,478)
อายุ	60-69 ปี	54.35	(7,245)
	70-79 ปี	34.72	(4,628)
	80 ปีขึ้นไป	10.94	(1,458)
อายุเฉลี่ย 69.59 ปี มีฐาน 68 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.243 ปี ต่ำสุด 60 ปี สูงสุด 102 ปี			

(มีต่อ)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัย (รวม 13,331 ราย)	รายการ	ร้อยละ	จำนวน
<u>ปัจจัยทางการรับรู้สุขภาพตน</u>			
การประเมินสุขภาพตนเอง	ไม่ดีมากๆ	0.77	(102)
	ไม่ดี	14.24	(1,899)
	ปานกลาง	41.29	(5,505)
	ดี	39.21	(5,227)
	ดีมาก	4.49	(598)
<u>ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม</u>			
ระดับการศึกษาสูงสุด	ไม่เคยเรียน	10.13	(1,350)
	ประถมศึกษา	75.85	(10,111)
	มัธยมศึกษา	8.19	(1,092)
	อุดมศึกษา	5.84	(778)
สถานภาพสมรส	กำลังสมรส (ทั้งที่อยู่และไม่ได้อยู่กับคู่สมรส)	52.50	(6,999)
	หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	42.82	(5,708)
	โสด	4.68	(624)
เขตที่อยู่อาศัย	ในเขตเทศบาล	58.86	(7,846)
	นอกเขตเทศบาล	41.14	(5,485)
รายได้เฉลี่ยต่อปี	ต่ำกว่า 10,000 บาท	15.63	(2,084)
	10,000-29,999 บาท	25.10	(3,346)
	30,000-99,999 บาท	45.20	(6,025)
	ตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป	14.07	(1,876)
ความเพียงพอของรายได้	เพียงพอ	64.82	(8,641)
	ไม่เพียงพอ	35.18	(4,690)

4.2 ความสามารถทางกาย

ความสามารถทางกายของผู้สูงอายุวัดจากข้อจำกัดทางกาย 4 องค์ประกอบ ซึ่งมีรายละเอียดและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) การไม่มีความบกพร่องของร่างกาย พิจารณาจากการไม่มีปัญหาทางร่างกาย ได้แก่ การสามารถมองเห็นได้ชัดเจน (รวมเห็นชัดโดยแว่น), การสามารถได้ยินชัดเจน (รวมได้ยินชัดโดยเครื่องช่วยฟัง), การสามารถกลืนปัสสาวะและอุจจาระได้ และการไม่มีอาการอัมพฤกษ์/อัมพาต ทั้งนี้หากมีการตอบว่ามีปัญหาด้านใดด้านหนึ่งถือว่ามีความบกพร่องทางร่างกาย สรุปพบว่า สัดส่วนของผู้ที่ไม่มีความบกพร่องของร่างกาย มีร้อยละ 59.97 ซึ่งมากกว่าผู้ที่มีความบกพร่องของร่างกาย ซึ่งมีร้อยละ 40.03

2) การไม่มีข้อจำกัดของกลุ่มกิจกรรมพื้นฐาน (BADLs) พิจารณาจากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ด้วยตนเอง ได้แก่ การกินอาหาร, การใส่เสื้อผ้า และการอาบน้ำ โดยหากมีข้อจำกัดในกิจกรรมอย่างน้อย 1 กิจกรรมถือว่ามีข้อจำกัดในกิจกรรมพื้นฐาน สรุพบพบว่า สัดส่วนของผู้ที่ไม่มีข้อจำกัดในกิจกรรมพื้นฐาน มีร้อยละ 99.09 ซึ่งมากกว่าผู้ที่มีข้อจำกัดในกิจกรรมพื้นฐานอย่างมาก ซึ่งมีเพียงร้อยละ 0.91

3) การไม่มีข้อจำกัดของกลุ่มกิจกรรมทางกาย (PADLs) พิจารณาจากความสามารถในการทำกิจกรรมทางกายได้ด้วยตนเอง ได้แก่ การนั่งยองๆ, การยกของหนัก (ประมาณ 5 กิโลกรัม), การเดินระยะ 200-300 เมตร และการขึ้นลงบันได 2-3 ชั้น โดยหากมีข้อจำกัดในกิจกรรมอย่างน้อย 1 กิจกรรมถือว่ามีข้อจำกัดในกิจกรรมทางกาย สรุพบพบว่า สัดส่วนของผู้ที่ไม่มีข้อจำกัดในกิจกรรมทางกาย มีร้อยละ 69.60 ซึ่งมากกว่าผู้ที่มีข้อจำกัดในกิจกรรมทางกาย ซึ่งมีร้อยละ 30.40

4) การไม่มีข้อจำกัดของกลุ่มกิจกรรมเชิงซ้อนที่มีอุปสรรคเกี่ยวข้อง (IADLs) พิจารณาจากความสามารถในการทำกิจกรรมเชิงซ้อนได้ด้วยตนเอง ได้แก่ การโกนหนวด/หวีผม/รวบผม, การใส่/สวมรองเท้า, การเดินทางโดยขึ้นรถ/ลงเรือ, การนับเงินทองได้ถูกต้อง และการหยิบยาประจำตัวกินเองได้ครบถูกต้องด้วยตนเอง โดยหากมีข้อจำกัดในกิจกรรมอย่างน้อย 1 กิจกรรมถือว่ามีข้อจำกัดในกิจกรรมเชิงซ้อน สรุพบพบว่า สัดส่วนของผู้ที่ไม่มีข้อจำกัดในกิจกรรมเชิงซ้อน มีร้อยละ 77.28 ซึ่งมากกว่าผู้ที่มีข้อจำกัดในกิจกรรมเชิงซ้อน ซึ่งมีร้อยละ 22.72

ดัชนีความสามารถทางกายรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการวิเคราะห์ปัจจัย (Factor Analysis) (นำเสนอผลการวิเคราะห์ใน ภาคผนวก ก) เป็นค่ามาตรฐานที่อยู่ระหว่างค่าต่ำสุดที่ -3.84792 ถึงค่าสูงสุดที่ 0.82027 จึงมีค่าเฉลี่ยที่ 0 มีฐานที่ 0.22339 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 1 และสามารถนำเสนอโดยแบ่งช่วงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ผู้ที่ไม่มีข้อจำกัดความสามารถทางกายหรือเสมือนบุคคลปกติ มีอยู่ร้อยละ 44.70 รองลงมาคือผู้ที่มีข้อจำกัดทางกายระดับน้อย มีร้อยละ 36.90 กลุ่มผู้ที่มีข้อจำกัดทางกายระดับปานกลาง มีร้อยละ 17.58 และผู้ที่มีข้อจำกัดทางกายระดับมาก มีเพียงร้อยละ 0.81 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 สถานะและองค์ประกอบของความสามารถทางกาย

ความสามารถทางกาย จากข้อจำกัดทางกาย 4 ด้าน (รวม 13,331 ราย)	การไม่มีข้อบกพร่อง/ข้อจำกัด ร้อยละ (จำนวน)	การมีข้อบกพร่อง/ข้อจำกัด ร้อยละ (จำนวน)
1) ความบกพร่องของร่างกาย	59.97 (7,995)	40.03 (5,336)
2) กลุ่มกิจกรรมพื้นฐาน (BADLs)	99.09 (13,210)	0.91 (121)
3) กลุ่มกิจกรรมทางกาย (PADLs)	69.60 (9,278)	30.40 (4,053)
4) กลุ่มกิจกรรมเชิงซ้อน (IADLs)	77.28 (10,302)	22.72 (3,029)

(มีต่อ)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ดัชนีความสามารถทางกายรวม แบ่งเป็น 4 ระดับ	ร้อยละ (จำนวน)
- กลุ่มผู้ไม่มีข้อจำกัด/เสมือนบุคคลปกติ	44.70 (5,959)
- กลุ่มผู้มีข้อจำกัดทางกาย ระดับน้อย	36.90 (4,920)
- กลุ่มผู้มีข้อจำกัดทางกาย ระดับปานกลาง	17.58 (2,344)
- กลุ่มผู้มีข้อจำกัดทางกาย ระดับมาก	0.81 (108)
ค่าเฉลี่ย 0 มัชฐาน 0.22339 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1 ค่าต่ำสุด -3.84792 ค่าสูงสุด 0.82027	

4.3 สภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

การศึกษาครั้งนี้สามารถแบ่งสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเป็นสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน และสภาพแวดล้อมทางสังคมแบ่งเป็นจากครอบครัว และจากรัฐ/ชุมชน/สังคม ดังนี้

4.3.1 สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน

สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ พิจารณาจาก 7 องค์ประกอบ ซึ่งมีรายละเอียดและลักษณะจากกลุ่มตัวอย่างโดยการเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ที่มีกับผู้ที่ไม่มี พบว่า โดยส่วนมากมีห้องน้ำ/ส้วมอยู่ภายในบ้าน กว่าร้อยละ 80.56 รองลงมาคือมีห้องนอนอยู่ชั้นล่าง มีร้อยละ 70.69 ส่วนการได้นอนบนเตียง มีร้อยละ 57.86 และมีราวบันไดในบ้านอยู่ มีร้อยละ 56.36 ส่วนที่มีส้วมแบบโถนั่งห้อยเท้า มีร้อยละ 35.92 แต่ที่มีราวจับในห้องน้ำ/ส้วม มีเพียงร้อยละ 7.20 และมีราวจับในห้องนอน ก็มีเพียงร้อยละ 3.92 ตามลำดับ

ดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis) (นำเสนอผลการวิเคราะห์ใน ภาคผนวก ข) มีค่าระหว่างค่าต่ำสุดที่ 0 ถึงค่าสูงสุดที่ 0.00053 มีค่าเฉลี่ยที่ 0.00023 มัชฐานที่ 0.00021 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 0.00009 และสามารถนำเสนอโดยแบ่งช่วงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ผู้ที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านระดับปานกลาง มีมากที่สุดกว่าร้อยละ 55.29 รองลงมาคือผู้ที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านระดับมาก มีร้อยละ 31.91 ส่วนผู้ที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านระดับน้อย มีร้อยละ 12.80 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 สถานะและองค์ประกอบของสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน

สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน จาก 7 องค์ประกอบ (รวม 13,331 ราย)	มี ร้อยละ (จำนวน)	ไม่มี ร้อยละ (จำนวน)
1) การมีห้องนอนอยู่ชั้นล่าง	70.69 (9,424)	29.31 (3,907)
2) การได้นอนบนเตียงนอน	57.86 (7,713)	42.14 (5,618)
3) การมีส้วมแบบโถนั่งห้อยเท้า	35.92 (4,788)	64.08 (8,543)
4) การมีห้องน้ำ/ส้วมอยู่ภายในบ้าน	80.56 (10,740)	19.44 (2,591)
5) การมีราวบันได	56.36 (7,513)	43.64 (5,818)
6) การมีราวจับในห้องนอน	3.92 (522)	96.08 (12,809)
7) การมีราวจับในห้องน้ำ	7.20 (960)	92.80 (12,371)
ดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านรวม แบ่งเป็น 3 ระดับ		ร้อยละ (จำนวน)
- กลุ่มผู้มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน ระดับมาก		31.91 (4,254)
- กลุ่มผู้มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน ระดับปานกลาง		55.29 (7,371)
- กลุ่มผู้มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน ระดับน้อย		12.80 (1,706)
ค่าเฉลี่ย 0.00023 มัธยฐาน 0.00021 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.00009 ค่าต่ำสุด 0 ค่าสูงสุด 0.00053		

4.3.2 สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว

สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ พิจารณาจาก 5 องค์ประกอบ ซึ่งมีรายละเอียดและลักษณะจากกลุ่มตัวอย่างโดยการเปรียบเทียบสัดส่วนในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

1) การมีผู้อาศัยอยู่ด้วยในครัวเรือน พบว่า ผู้ที่มีบุตรอย่างน้อย 1 คนอาศัยอยู่ด้วยมีมากที่สุด ถึงร้อยละ 47.84 รองลงมาคือผู้ที่มีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุตรอยู่ด้วย มีร้อยละ 32.71 และผู้ที่อยู่โดยลำพัง มีร้อยละ 19.45 ซึ่งในกลุ่มผู้ที่อยู่โดยลำพังเมื่อเปรียบเทียบกับผลจากกลุ่มตัวอย่างโดยปกติจะมีเพียงร้อยละ 9.5 น่าจะเนื่องมาจากการเลือกเฉพาะแต่ผู้ที่ตอบเองทุกข้อคำถามทำให้สัดส่วนสูงเกือบร้อยละ 20

2) ความถี่ในการเยี่ยมเยียนกับบุตร พบว่า ผู้ที่ได้พบกับบุตรทุกวัน/เกือบทุกวัน หรือบุตรอาศัยอยู่ด้วยมีมากที่สุด ถึงร้อยละ 61.24 รองลงมาคือผู้ที่ได้พบกับบุตรอย่างน้อยปีละครั้ง มีร้อยละ 12.29 และผู้ที่ได้พบกับบุตรทุกเดือน มีร้อยละ 10.35 ซึ่งใกล้เคียงกับผู้ไม่เคยติดต่อกับบุตรเลย หรือไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่ มีร้อยละ 9.66 ส่วนผู้ที่พบกับบุตรทุกสัปดาห์ มีน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 6.46

3) ความถี่ในการพูดคุยทางโทรศัพท์กับบุตร พบว่า ผู้ที่ได้พูดคุยทางโทรศัพท์กับบุตรทุกวัน/เกือบทุกวัน หรือบุตรอาศัยอยู่ด้วยมีมากที่สุด ถึงร้อยละ 58.56 รองลงมาคือเป็นผู้ที่ไม่เคยติดต่อกับบุตรเลย หรือไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่ มีร้อยละ 15.57 ส่วนผู้ที่ได้พูดคุยทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์กับบุตร มีร้อยละ 12.77 ซึ่งใกล้เคียงกับผู้ได้พูดคุยทางโทรศัพท์กับบุตรทุกเดือน ซึ่งมีร้อยละ 11.16 แต่ผู้ที่ได้พูดคุยทางโทรศัพท์กับบุตรอย่างน้อยปีละครั้ง มีน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 1.94

4) การได้รับเงินจากบุตร พบว่า สัดส่วนของผู้ที่ได้รับเงินจากบุตร (ทั้งบุตรที่อยู่ในและนอกครัวเรือน) มีร้อยละ 74.80 ซึ่งมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับเงินจากบุตร หรือไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่ ซึ่งมีร้อยละ 25.20

5) การได้รับสิ่งของจากบุตร พบว่า สัดส่วนของผู้ที่ได้รับสิ่งของ (อาหารหรือของใช้) จากบุตร มีร้อยละ 77.52 ซึ่งมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับสิ่งของจากบุตร หรือไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่ ซึ่งมีร้อยละ 22.48

ดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis) (นำเสนอผลการวิเคราะห์ใน ภาคผนวก ค) มีค่าอยู่ระหว่างค่าต่ำสุดที่ 0 ถึงค่าสูงสุดที่ 0.00126 มีค่าเฉลี่ยที่ 0.00092 มัธยฐานที่ 0.00105 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 0.00037 และสามารถนำเสนอโดยแบ่งช่วงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ กลุ่มผู้ที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวระดับมาก มีมากที่สุดกว่าร้อยละ 63.39 รองลงมาคือกลุ่มผู้ที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวระดับปานกลาง มีร้อยละ 25.99 ส่วนกลุ่มผู้ที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวระดับน้อย มีร้อยละ 10.62 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 สถานะและองค์ประกอบของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว

สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว (รวม 13,331 ราย)		
จาก 5 องค์ประกอบ	รายการ	ร้อยละ (จำนวน)
1) การมีผู้อาศัยอยู่ด้วยในครัวเรือน	มีบุตรอย่างน้อย 1 คนอยู่ด้วย	47.84 (6,377)
	มีบุคคลอื่นอยู่ด้วยแต่ไม่ใช่บุตร	32.71 (4,361)
	อยู่โดยลำพัง	19.45 (2,593)
2) ความถี่ในการเยี่ยมเยือนกับบุตร	ทุกวัน/เกือบทุกวัน หรือบุตรอยู่ด้วยในครัวเรือน	61.24 (8,164)
	ทุกสัปดาห์	6.46 (861)
	ทุกเดือน	10.35 (1,380)
	อย่างน้อยปีละครั้ง	12.29 (1,638)
	ไม่เคยติดต่อ หรือไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	9.66 (1,288)
3) ความถี่ในการพูดคุยทางโทรศัพท์กับบุตร	ทุกวัน/เกือบทุกวัน หรือบุตรอยู่ด้วยในครัวเรือน	58.56 (7,807)
	ทุกสัปดาห์	12.77 (1,702)
	ทุกเดือน	11.16 (1,488)
	อย่างน้อยปีละครั้ง	1.94 (258)
	ไม่เคยติดต่อ หรือไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	15.57 (2,076)

(มีต่อ)

ตารางที่ 5 (ต่อ)

สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว (รวม 13,331 ราย)		
จาก 5 องค์ประกอบ	รายการ	ร้อยละ (จำนวน)
4) การได้รับเงินจากบุตร (ทั้งอยู่ในและนอกครัวเรือน)	ได้รับ	74.80 (9,972)
	ไม่ได้รับ หรือไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	25.20 (3,359)
5) การได้รับสิ่งของ (อาหารและของใช้) จากบุตร	ได้รับ	77.52 (10,334)
	ไม่ได้รับ หรือไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	22.48 (2,997)
ดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวรวม แบ่งเป็น 3 ระดับ		ร้อยละ (จำนวน)
- กลุ่มผู้มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว ระดับมาก		63.39 (8,451)
- กลุ่มผู้มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว ระดับปานกลาง		25.99 (3,464)
- กลุ่มผู้มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว ระดับน้อย		10.62 (1,416)
ค่าเฉลี่ย 0.00092 มัธยฐาน 0.00105 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.00037 ค่าต่ำสุด 0 ค่าสูงสุด 0.00126		

4.3.3 สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม

สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ พิจารณาจาก 4 องค์ประกอบ ซึ่งมีรายละเอียดและลักษณะจากกลุ่มตัวอย่างโดยการเปรียบเทียบสัดส่วนในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

1) การได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐ/ชุมชน/สังคม พบว่า สัดส่วนของผู้ที่ได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐ/ชุมชน/สังคม มีร้อยละ 87.53 ซึ่งมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐ/ชุมชน/สังคมค่อนข้างมาก ซึ่งมีร้อยละ 12.47 ตามลำดับ

2) เมื่อเจ็บป่วยเคยรับบริการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลรัฐ พบว่า สัดส่วนของผู้ที่เคยรับบริการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลรัฐเมื่อเจ็บป่วย มีร้อยละ 57.92 ซึ่งมากกว่าผู้ที่ไม่เคยรับบริการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลรัฐเมื่อเจ็บป่วย หรือไม่เคยเจ็บป่วยจนต้องรับบริการรักษาพยาบาลจากรัฐ ซึ่งมีร้อยละ 42.08

3) การได้รับบริการด้านสุขภาพและความช่วยเหลือจากรัฐ พบว่า สัดส่วนของกลุ่มที่ได้รับบริการด้านสุขภาพและความช่วยเหลือจากรัฐ มีน้อยกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพและความช่วยเหลือจากรัฐ ที่ร้อยละ 47.94 กับ 52.06 ตามลำดับ

4) จำนวนข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุจากสื่อต่างๆ ที่ได้รับ เมื่อพิจารณาการรับข้อมูลข่าวสารด้านผู้สูงอายุจากสื่อ 8 แหล่ง พบว่า ผู้ได้รับสื่อโดยรวม 2 แหล่งมากที่สุด มีร้อยละ 25.09 รองลงมาได้รับสื่อรวมจำนวน 1 แหล่ง, 3 แหล่ง และ 4 แหล่ง มีร้อยละ 22.44, 17.94 และ 11.96 ตามลำดับ แต่ผู้ที่ไม่ได้รับสื่อจากแหล่งใดเลย มีถึงร้อยละ 16.12 ส่วนผู้ที่ได้รับสื่อจาก 5-8 แหล่ง มีอยู่ร้อยละ 3.32, 1.37, 1.38 และ 0.38 ตามลำดับซึ่งรวมกันมีเพียง 6.44 โดยสรุปแล้วกลุ่มตัวอย่างได้รับสื่อเฉลี่ยจำนวน 2.13 แหล่ง, มัธยฐาน 2 แหล่ง และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.59 แหล่ง

ส่วนเมื่อพิจารณาการได้รับข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุจำแนกตามประเภทของสื่อ พบว่า ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อประเภท สื่อบุคคล (เช่น ผู้นำชุมชน, อสม., อพส., เพื่อน เป็นต้น) มากที่สุดถึงร้อยละ 64.02 รองลงมาเป็นสื่อโทรทัศน์ ร้อยละ 52.88, หอกระจายข่าว ร้อยละ 42.42, วิทยุ ร้อยละ 26.17 และหนังสือพิมพ์/นิตยสาร ร้อยละ 13.38 ตามลำดับ ส่วนสื่อที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย ได้แก่ แผ่นพับ/ใบปลิว ร้อยละ 5.59, ป้ายประกาศ/โปสเตอร์ ร้อยละ 5.02 และอินเทอร์เน็ต มีร้อยละ 2.37 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 สถานะและองค์ประกอบของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม

สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม (รวม 13,331 ราย)			
จาก 4 องค์ประกอบ	รายการ		ร้อยละ (จำนวน)
1) การได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐ/ชุมชน/สังคม	ได้รับ		87.53 (11,668)
	ไม่ได้รับ		12.47 (1,663)
2) เมื่อเจ็บป่วยเคยรับบริการรักษาพยาบาลจากรัฐ	ได้รับ		57.92 (7,721)
	ไม่ได้รับหรือไม่เคยเจ็บป่วยจนต้องรับบริการ		42.08 (5,610)
3) การได้รับบริการด้านสุขภาพและความช่วยเหลือจากรัฐ	ได้รับ		47.94 (6,391)
	ไม่ได้รับ		52.06 (6,940)
4) จำนวนข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุจากสื่อต่างๆ ที่ได้รับ	รวม 8 แหล่ง (ทุกแหล่ง)		0.38 (51)
	ปริมาณผู้รับข้อมูลฯ จากแต่ละสื่อ : ร้อยละ (จำนวน)	รวม 7 แหล่ง	1.38 (184)
	- หอกระจายข่าว : 42.40 (5,652)	รวม 6 แหล่ง	1.37 (183)
	- วิทยุ : 26.17 (3,489)	รวม 5 แหล่ง	3.32 (443)
	- โทรทัศน์ : 52.88 (7,049)	รวม 4 แหล่ง	11.96 (1,594)
	- หนังสือพิมพ์/นิตยสาร : 13.38 (1,784)	รวม 3 แหล่ง	17.94 (2,391)
	- แผ่นพับ/ใบปลิว : 5.59 (745)	รวม 2 แหล่ง	25.09 (3,345)
	- ป้ายประกาศ/โปสเตอร์ : 5.02 (669)	รวม 1 แหล่ง	22.44 (2,991)
	- อินเทอร์เน็ต/คอมพิวเตอร์ : 2.37 (316)	ไม่ได้รับจากแหล่งใดเลย	16.12 (2,149)
	- บุคคลต่างๆ : 64.02 (8,535)	ค่าเฉลี่ย 2.13 มัธยฐาน 2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.59	
ดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมรวม แบ่งเป็น 3 ระดับ			ร้อยละ (จำนวน)
- กลุ่มผู้มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม ระดับมาก			3.69 (492)
- กลุ่มผู้มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม ระดับปานกลาง			56.37 (7,515)
- กลุ่มผู้มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม ระดับน้อย			39.94 (5,324)
ค่าเฉลี่ย 0.00055 มัธยฐาน 0.00053 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.00027 ค่าต่ำสุด 0 ค่าสูงสุด 0.00156			

ดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis) (นำเสนอผลการวิเคราะห์ในภาคผนวก ง) มีค่าอยู่ระหว่างค่าต่ำสุดที่ 0 ถึงค่าสูงสุดที่ 0.00156 มีค่าเฉลี่ยที่ 0.00055 มัธยฐานที่ 0.00053 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 0.00027 และสามารถนำเสนอโดยแบ่งช่วงข้อมูลของกลุ่ม

ตัวอย่างออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ กลุ่มผู้ที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมระดับปานกลาง มีมากที่สุดกว่าร้อยละ 56.37 รองลงมาคือกลุ่มผู้ที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมระดับน้อย มีร้อยละ 39.94 ส่วนกลุ่มผู้ที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมระดับมาก มีน้อยมากเพียงร้อยละ 3.69 ตามลำดับ

4.4 การมีส่วนร่วมทางสังคม

การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ พิจารณาจาก 4 องค์ประกอบ ซึ่งมีรายละเอียดและลักษณะจากกลุ่มตัวอย่างโดยการเปรียบเทียบสัดส่วนในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

1) **การทำงาน** พบว่า สัดส่วนของผู้ที่ยังคงทำงาน มีร้อยละ 39.94 ซึ่งน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงานแล้ว ซึ่งมีร้อยละ 60.06

2) **การร่วมกิจกรรมครอบครัว** พิจารณาจากการได้ทำกิจกรรมครอบครัว ได้แก่ เป็นผู้จัดหาอาหาร, ใ้บ้าน/ใ้ร้าน, ดูแลหลาน, ดูแลผู้ป่วย/พิการ หรือดูแลผู้สูงอายุ โดยหากได้ร่วมทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 กิจกรรมถือว่าได้ร่วมกิจกรรมครอบครัว สรุปพบว่า สัดส่วนของผู้ที่ได้ร่วมกิจกรรมครอบครัวอย่างน้อย 1 กิจกรรม มีร้อยละ 78.49 ซึ่งมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ร่วมกิจกรรมครอบครัวในกิจกรรมใดเลย ซึ่งมีเพียงร้อยละ 21.51

3) **การร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม** พิจารณาจากการได้ทำกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม ได้แก่ กลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ, กลุ่มอาชีพ, กลุ่มลูกเสือชาวบ้าน และร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน โดยหากได้ร่วมทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 กิจกรรมถือว่าได้ร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม สรุปพบว่า สัดส่วนของผู้ที่ได้ร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมอย่างน้อย 1 กลุ่ม/ชมรม มีร้อยละ 74.27 ซึ่งมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ร่วมกิจกรรม/ชมรมใดเลย ซึ่งมีร้อยละ 25.73

4) **การร่วมกิจกรรมทางศาสนา** พบว่า สัดส่วนของผู้ที่ได้ร่วมกิจกรรมทางศาสนา มีถึงร้อยละ 91.39 ซึ่งมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ร่วมกิจกรรมทางศาสนาเลย ซึ่งมีเพียงร้อยละ 8.61

ตารางที่ 7 สถานะและองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมทางสังคม

การมีส่วนร่วมทางสังคม (รวม 13,331 ราย) จาก 4 องค์ประกอบ	การได้ทำ/ร่วมกิจกรรม ร้อยละ (จำนวน)	การไม่ได้ทำ/ร่วมกิจกรรม ร้อยละ (จำนวน)
1) การทำงาน	39.94 (5,325)	60.06 (8,006)
2) การร่วมกิจกรรมครอบครัว	78.49 (10,463)	21.51 (2,868)
3) การร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม	74.27 (9,901)	25.73 (3,430)
4) การร่วมกิจกรรมทางศาสนา	91.39 (12,183)	8.61 (1,148)

(มีต่อ)

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ดัชนีการมีส่วนร่วมทางสังคมรวม แบ่งเป็น 3 ระดับ	ร้อยละ (จำนวน)
- กลุ่มผู้ที่มีส่วนร่วมทางสังคม ระดับมาก	68.74 (9,164)
- กลุ่มผู้ที่มีส่วนร่วมทางสังคม ระดับปานกลาง	22.99 (3,064)
- กลุ่มผู้ที่มีส่วนร่วมทางสังคม ระดับน้อย	8.27 (1,103)
ค่าเฉลี่ย 0.00038 มัธยฐาน 0.00041 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.00012 ค่าต่ำสุด 0 ค่าสูงสุด 0.00053	

ดัชนีการมีส่วนร่วมทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis) (นำเสนอผลการวิเคราะห์ใน ภาคผนวก จ) จาก 4 องค์ประกอบข้างต้น มีค่าอยู่ระหว่างค่าต่ำสุดที่ 0 ถึงค่าสูงสุดที่ 0.00053 มีค่าเฉลี่ยที่ 0.00038 มัธยฐานที่ 0.00041 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 0.00012 และสามารถนำเสนอโดยแบ่งช่วงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ กลุ่มผู้ที่มีส่วนร่วมทางสังคมระดับมาก มีมากที่สุดกว่าร้อยละ 68.74 รองลงมาคือกลุ่มผู้ที่มีส่วนร่วมทางสังคมระดับปานกลาง มีร้อยละ 22.99 ส่วนกลุ่มผู้ที่มีส่วนร่วมทางสังคมระดับน้อย มีร้อยละ 8.27 ตามลำดับ

4.5 สุขภาพจิต

การศึกษาน้ำอภัยแบบวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้นจากข้อคำถามมาตรฐานรวม 15 ข้อ ของกรมสุขภาพจิตเพื่อวัดผลรวมเป็นระดับสุขภาพจิตที่ดีของกลุ่มผู้สูงอายุ และจากการปรับฐานข้อมูลเป็น Normalized or Relative Weight ทำให้ได้ผลสรุป ดังนี้

ระดับสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง มีค่าอยู่ระหว่างค่าต่ำสุดที่ 0.00212 ถึงค่าสูงสุดที่ 0.02385 มีค่าเฉลี่ยที่ 0.01702 มัธยฐานที่ 0.01696 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 0.00281 และสามารถนำเสนอโดยแบ่งช่วงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ กลุ่มผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีในระดับมาก มีมากที่สุดกว่าร้อยละ 57.36 รองลงมาคือกลุ่มผู้ที่มีสุขภาพที่ดีในระดับปานกลาง มีร้อยละ 41.98 ส่วนกลุ่มผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีในระดับน้อย มีเพียงร้อยละ 0.66 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 สถานะของสุขภาพจิตที่ดี

ค่าระดับสุขภาพจิตที่ดี แบ่งเป็น 3 ระดับ (รวม 13,331 ราย)	ร้อยละ (จำนวน)
- กลุ่มผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี ระดับมาก	57.36 (7,647)
- กลุ่มผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี ระดับปานกลาง	41.98 (5,596)
- กลุ่มผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี ระดับน้อย	0.66 (88)
ค่าเฉลี่ย 0.01702 มัธยฐาน 0.01696 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.00281 ค่าต่ำสุด 0.00212 ค่าสูงสุด 0.02385	

บทที่ 5

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกาย สภาพแวดล้อม การมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

เพื่อความเข้าใจในความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่สนใจศึกษา ตามแนวคิดสมมติฐานการคล้อยตามสภาพแวดล้อม (The Environmental Docility Hypothesis) บทนี้จึงทำการตรวจสอบเบื้องต้นด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรต่างๆ ที่สนใจศึกษาในขณะที่ยังไม่มี การควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นร่วมด้วย โดยการทดสอบทางสถิติไคสแควร์ (X^2), Eta Test, ค่าสหสัมพันธ์เชิงเส้น (Pearson's R หรือ Correlation) และการแจกแจงข้อมูลด้วยตารางไขว้แต่ละคู่ตัวแปร รวมทั้งการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way Analysis on Variance : ANOVA) เพื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามเชิงปริมาณภายในกลุ่มของตัวแปรต้นระหว่างคู่ตัวแปร โดยแบ่งตามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถทางกาย, การมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

5.1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถทางกายของผู้สูงอายุ

ตามแนวคิดสมมติฐานการคล้อยตามสภาพแวดล้อม (The Environmental Docility Hypothesis) พิจารณาตัวแปรความสามารถทางกายและสภาพแวดล้อมในด้านต่างๆ คู่กัน ทั้งต่างและอาจร่วมกันมีอิทธิพลให้เกิดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมที่จะส่งผลไปสู่สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ ดังนั้น ในเบื้องต้นนี้จะเริ่มจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน, สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว และสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

5.1.1 ความสามารถทางกายที่สัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน

การทดสอบความสัมพันธ์ภายใต้องค์ประกอบของสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านกับความสามารถทางกายของผู้สูงอายุ พบว่า โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุมีห้องนอนอยู่ชั้นล่าง, ได้นอนบนเตียง และมีห้องน้ำ/ส้วมอยู่ภายในบ้าน ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่มีความจำกัดในความสามารถทางกายหรือมีข้อจำกัดในระดับน้อย ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ และเมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีหรือไม่มีห้องนอนอยู่ชั้นล่าง, ได้หรือไม่ได้นอนบนเตียง และมีหรือไม่มีห้องน้ำ/ส้วม

อยู่ภายในบ้าน ที่แตกต่างกันจะมีความสามารถทางกายแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีราวจับได้ในบ้านซึ่งจะเป็นผู้ที่ไม่ใช่ข้อจำกัดในความสามารถทางกายหรือมีข้อจำกัดในระดับน้อย ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ แต่เมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีหรือไม่มีราวจับได้ในบ้านที่แตกต่างกันมีความสามารถทางกายไม่แตกต่างกัน

โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่มีส้วมแบบนั่งห้อยเท้า, ไม่มีราวจับในห้องนอน และไม่มีราวจับในห้องน้ำ ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่ใช่ข้อจำกัดในความสามารถทางกายหรือมีข้อจำกัดในระดับน้อย ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ และเมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีหรือไม่มีส้วมแบบนั่งห้อยเท้า, มีหรือไม่มีราวจับในห้องนอน และมีหรือไม่มีราวจับในห้องน้ำ ที่แตกต่างกันจะมีความสามารถทางกายแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สำหรับค่า Eta ของความสามารถทางกาย ที่จะถูกพยากรณ์โดยสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านในแต่ละองค์ประกอบ ได้แก่ เมื่อทราบถึงการมีห้องนอนอยู่ชั้นล่าง, การมีราวจับในห้องน้ำ, การได้นอนบนเตียงนอน, การมีราวจับในห้องนอน, การมีห้องน้ำ/ส้วมอยู่ภายในบ้าน, การมีราวจับได้ในบ้าน และการมีส้วมแบบนั่งห้อยเท้า จะสามารถพยากรณ์ความสามารถทางกายของผู้สูงอายุได้ถูกต้องที่ร้อยละ 8.0, 7.7, 4.4, 3.9, 3.0, 0.4 และ 0.2 ตามลำดับ ของความผันแปรในความสามารถทางกายของผู้สูงอายุ และเมื่อทราบดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านรวมจะสามารถพยากรณ์ความสามารถทางกายของผู้สูงอายุได้ถูกต้องที่ร้อยละ 16.8 ของความผันแปรในความสามารถทางกายของผู้สูงอายุ

โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านรวมระดับปานกลาง และเป็นผู้ที่ไม่ใช่ข้อจำกัดในความสามารถทางกายหรือมีข้อจำกัดในระดับน้อย ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ และเมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านรวมที่แตกต่างกันจะมีความสามารถทางกายแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อทดสอบสหสัมพันธ์เชิงเส้น ก็พบว่า สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านมีความสัมพันธ์กับความสามารถทางกายในทิศทางตรงข้ามกันที่ระดับน้อย (-0.034) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความสามารถทางกายระหว่างกลุ่มผู้ที่มีดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านต่างกัน ก็พบว่า กลุ่มผู้ที่มีดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านรวมระดับน้อยและระดับปานกลางจะมีความสามารถทางกายเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้ที่มีดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านรวมระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่ต้องปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านให้เหมาะสมเพิ่มขึ้นเพื่อรองรับความสามารถทางกายที่ลดลงของผู้สูงอายุ

สรุปได้ว่า สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านมีความสัมพันธ์กับความสามารถทางกายภาพในทิศทางตรงข้ามกัน คือ ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่มากกว่ามีโอกาที่จะมีความสามารถทางกายภาพที่น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่น้อยกว่า ซึ่งสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านน่าจะถูกรับเพิ่มขึ้นให้เหมาะสมกับความสามารถทางกายภาพของผู้สูงอายุที่จะลดลง หรืออีกนัยหนึ่งคือ การเพิ่มสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านให้เหมาะสมมีผลทางบวกต่อการรองรับข้อจำกัดในความสามารถทางกายภาพของผู้สูงอายุทั้งปัจจุบันและอนาคต สำหรับในกรณีที่ยังไม่มีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต้นอื่นๆ (ตารางที่ 9 และแผนภาพที่ 4)

ตารางที่ 9 ความสามารถทางกายภาพจำแนกตามสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน

สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน		ความสามารถทางกายภาพ จากระดับข้อจำกัดทางกายภาพ : ร้อยละ (จำนวน)				
จาก 7 องค์ประกอบ (รวม 13,331 ราย)		มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี/ปกติ	รวม
1) การมีห้องนอนอยู่ชั้นล่าง	มี	0.71	13.55	26.25	30.19	70.69 (9,424)
χ^2 111.141** df 14 Eta 0.080	ไม่มี	0.11	4.03	10.66	14.52	29.31 (3,907)
2) การได้นอนบนเตียงนอน	มี	0.46	9.87	20.28	27.24	57.86 (7,713)
χ^2 90.278** df 14 Eta 0.044	ไม่มี	0.35	7.71	16.62	17.46	42.14 (5,618)
3) การมีส้วมแบบนั่งห้อยเท้า	มี	0.43	6.53	11.99	16.98	35.92 (4,788)
χ^2 134.570** df 14 Eta 0.002	ไม่มี	0.38	11.06	24.92	27.72	64.08 (8,543)
4) การมีห้องน้ำ/ส้วมอยู่ภายในบ้าน	มี	0.68	13.99	28.86	37.04	80.56 (10,740)
χ^2 75.743** df 14 Eta 0.030	ไม่มี	0.14	3.59	8.05	7.66	19.44 (2,591)
5) การมีราวบันได	มี	0.47	10.02	20.55	25.31	56.36 (7,513)
χ^2 20.498 df 14 Eta 0.004	ไม่มี	0.34	7.56	16.35	19.39	43.64 (5,818)
6) การมีราวจับในห้องนอน	มี	0.08	0.83	1.58	1.43	3.92 (522)
χ^2 40.165* df 14 Eta 0.039	ไม่มี	0.74	16.75	35.33	43.27	96.08 (12,809)
7) การมีราวจับในห้องน้ำ	มี	0.14	1.79	2.72	2.54	7.20 (960)
χ^2 98.227** df 14 Eta 0.077	ไม่มี	0.67	15.79	34.18	42.16	92.80 (12,371)
ดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านรวม		0.81	17.58	36.91	44.70	100.00 (13,331)
χ^2 3,832.241* df 1,456	- ระดับมาก	0.23	2.99	4.39	5.20	12.80 (1,706)
Correlation -0.034**	- ระดับปานกลาง	0.40	8.99	19.60	26.31	55.29 (7,371)
Eta 0.168	- ระดับน้อย	0.19	5.61	12.92	13.19	31.91 (4,254)
ค่าเฉลี่ยความสามารถทางกายภาพแตกต่างกันระหว่างกลุ่มระดับสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน						
- ระดับปานกลาง > ระดับมาก	0.08653**	สรุป ความสามารถทางกายภาพของผู้สูงอายุจากกลุ่มสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน				
- ระดับน้อย > ระดับมาก	0.15166**	กลุ่มระดับน้อย และกลุ่มระดับปานกลาง > กลุ่มระดับมาก				

หมายเหตุ : ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.1.2 ความสามารถทางกายที่สัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว

การทดสอบความสัมพันธ์ภายใต้องค์ประกอบของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวกับความสามารถทางกายของผู้สูงอายุ พบว่า โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุมีบุคคลอื่นอยู่ด้วยในครัวเรือนเป็นบุตรอย่างน้อย 1 คน หรือมีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุตรอยู่ด้วย เป็นผู้ที่ไม่มีข้อจำกัดในความสามารถทางกายหรือมีข้อจำกัดในระดับน้อย ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ เมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์พบว่า ผู้สูงอายุที่มีบุคคลอื่นอยู่ด้วยในครัวเรือนที่แตกต่างกันจะมีความสามารถทางกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบสหสัมพันธ์เชิงเส้น ก็พบว่า ผู้สูงอายุที่มีบุคคลอื่นอยู่ด้วยในครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถทางกายในทิศทางเดียวกันที่ระดับน้อย (0.006) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความสามารถทางกายของผู้สูงอายุเปรียบเทียบเรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ กลุ่มบุคคลที่อยู่ด้วยในครัวเรือนเป็นบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุตร, กลุ่มที่บุตรอยู่ด้วยอย่างน้อย 1 คน และกลุ่มที่อยู่โดยลำพัง ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่าการที่ผู้สูงอายุมีบุคคลอื่นอยู่ด้วยในครัวเรือนทั้งผู้อยู่ด้วยที่เป็นบุตรหรือไม่ใช่บุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถทางกายของผู้สูงอายุมากกว่าผู้ที่อยู่โดยลำพัง อาจเนื่องจากจะสามารถสนับสนุนด้านต่างๆ ต่อความสามารถทางกายของผู้สูงอายุได้

โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุได้มีการเยี่ยมเยียนกับบุตรทุกวันหรือบุตรอยู่ด้วย ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่มีข้อจำกัดความสามารถทางกายหรือมีข้อจำกัดในระดับน้อย ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ เมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ ก็พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความถี่ในการได้เยี่ยมเยียนกับบุตรที่แตกต่างกันมีความสามารถทางกายแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบสหสัมพันธ์เชิงเส้น ก็พบว่า ระดับการเยี่ยมเยียนกับบุตรมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถทางกายของผู้สูงอายุในทิศทางตรงข้ามกันที่ระดับน้อย (-0.072) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความสามารถทางกายของผู้สูงอายุนระหว่างระดับการเยี่ยมเยียนกับบุตร ก็พบว่า กลุ่มที่มีการเยี่ยมเยียนกับบุตรอย่างน้อยปีละครั้งจะมีค่าเฉลี่ยความสามารถทางกายมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยติดต่อหรือไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่ และกลุ่มที่มีการเยี่ยมเยียนกับบุตรอย่างน้อยปีละครั้ง และกลุ่มที่มีการเยี่ยมเยียนกับบุตรทุกเดือน จะมีค่าเฉลี่ยความสามารถทางกายมากกว่ากลุ่มที่มีการเยี่ยมเยียนกับบุตรทุกวันหรือบุตรอยู่ด้วย รวมทั้งค่าเฉลี่ยความสามารถทางกายของผู้สูงอายุเปรียบเทียบเรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ กลุ่มที่มีการเยี่ยมเยียนกับบุตรอย่างน้อยปีละครั้ง, กลุ่มที่มีการเยี่ยมเยียนกับบุตรทุกสัปดาห์ และกลุ่มที่มีการเยี่ยมเยียนกับบุตรทุกวันหรือบุตรอยู่ด้วย ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่าการได้เยี่ยมเยียนกับบุตรมากกว่ามีโอกาสที่จะเป็นผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางกายน้อยกว่า อาจเป็นเพราะเมื่อผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในความสามารถทางกายมากขึ้นก็มีโอกาสที่จะต้องมีการเยี่ยมเยียนกับบุตรมากขึ้นเพื่อการดูแลทั้งทางกายและจิตใจจากบุตร

โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุได้คุยโทรศัพท์กับบุตรทุกวันหรือบุตรอยู่ด้วย เป็นผู้ไม่มีข้อจำกัดความสามารถทางกายหรือมีข้อจำกัดในระดับน้อย ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ เมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ ก็พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการได้คุยโทรศัพท์กับบุตรที่แตกต่างกันมีความสามารถทางกายแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบสหสัมพันธ์เชิงเส้น ก็พบว่า ความถี่ในการได้คุยโทรศัพท์กับบุตรมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถทางกายของผู้สูงอายุในทิศทางเดียวกันที่ระดับน้อย (0.041) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความสามารถทางกายของผู้สูงอายุระหว่างระดับความถี่การได้คุยโทรศัพท์กับบุตร ก็พบว่า กลุ่มที่ได้คุยโทรศัพท์กับบุตรทุกเดือน จะมีค่าเฉลี่ยความสามารถทางกายมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยติดต่อกับบุตรเลย และค่าเฉลี่ยความสามารถทางกายของผู้สูงอายุเปรียบเทียบเรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ กลุ่มที่ได้คุยโทรศัพท์กับบุตรทุกสัปดาห์, กลุ่มที่ได้คุยโทรศัพท์กับบุตรทุกวันหรือบุตรอยู่ด้วย และกลุ่มที่ไม่เคยติดต่อกับบุตรเลยหรือไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่ ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่าการได้คุยโทรศัพท์กับบุตรมากกว่ามีโอกาสที่จะเป็นผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางกายมากกว่า

โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุได้รับเงินจากบุตร และได้รับสิ่งของจากบุตร เป็นผู้ที่ไม่มีข้อจำกัดในความสามารถทางกายหรือมีข้อจำกัดในระดับน้อย ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ และเมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้หรือไม่ได้รับเงินจากบุตร และได้หรือไม่ได้รับสิ่งของจากบุตร ที่แตกต่างกันจะมีความสามารถทางกายแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สำหรับค่า Eta ของความสามารถทางกาย ที่จะถูกพยากรณ์โดยสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวในแต่ละองค์ประกอบ ได้แก่ เมื่อทราบถึง การได้รับเงินจากบุตร, ความถี่ในการได้เยี่ยมเยียนกับบุตร, การมีผู้อยู่ด้วยในครัวเรือน, การได้รับสิ่งของจากบุตร และความถี่ในการได้คุยทางโทรศัพท์กับบุตร จะสามารถพยากรณ์ความสามารถทางกายของผู้สูงอายุได้ถูกต้องที่ร้อยละ 12.5, 9.2, 7.8, 5.4 และ 0.8 ตามลำดับ ของความผันแปรในความสามารถทางกายของผู้สูงอายุ

โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวรวมที่ระดับมาก เป็นผู้ที่ไม่มีข้อจำกัดในความสามารถทางกายหรือมีข้อจำกัดในระดับน้อยตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ แต่เมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ กลับพบว่า ผู้สูงอายุที่มีดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวรวมที่แตกต่างกันมีความสามารถทางกายไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับเมื่อทดสอบสหสัมพันธ์เชิงเส้น ก็พบว่า ดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวรวมไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถทางกายของผู้สูงอายุ

สรุปได้ว่า สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวในแต่ละองค์ประกอบมีความสัมพันธ์ในทิศทางแตกต่างกันกับความสามารถทางกายของผู้สูงอายุ ดังนั้นเมื่อประกอบกันเป็นดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวรวมจึงกลับไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถทางกายของ

ผู้สูงอายุ จนมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับในกรณีที่ยังไม่มีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต้นอื่นๆ (ตารางที่ 10 และแผนภาพที่ 4)

ตารางที่ 10 ความสามารถทางกายจำแนกตามสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว

สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว		ความสามารถทางกาย จากระดับข้อจำกัดทางกาย : ร้อยละ (จำนวน)					
จาก 5 องค์ประกอบ (รวม 13,331 ราย)		มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี/ปกติ	รวม	
1) การมีผู้ช่วยในครัวเรือน	บุตรอย่างน้อย 1 คน	0.43	13.55	26.25	20.99	47.84 (6377)	
	X^2 126.511** df 28	บุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุตร	0.26	4.64	11.75	16.05	32.71 (4,361)
	Correlation 0.006** Eta 0.078	อยู่โดยลำพัง	0.12	4.00	7.67	7.66	19.45 (2,593)
ค่าเฉลี่ยความสามารถทางกายแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้ช่วยในครัวเรือน							
- กลุ่มที่อยู่กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุตร > กลุ่มที่อยู่โดยลำพัง		0.20502**	สรุป ความสามารถทางกายของผู้สูงอายุจากกลุ่มผู้ช่วยในครัวเรือน กลุ่มที่อยู่กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุตร > กลุ่มที่อยู่กับบุตรอย่างน้อย 1 คน > กลุ่มที่อยู่โดยลำพัง				
- กลุ่มที่อยู่กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุตร > กลุ่มที่อยู่กับบุตร		0.13578**					
- กลุ่มที่อยู่กับบุตร > กลุ่มที่อยู่โดยลำพัง		0.06924*					
2) การได้เยี่ยมเยียนกับบุตร	ทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย	0.62	12.02	22.62	25.99	61.24 (8,164)	
	X^2 156.455** df 56	ทุกสัปดาห์	0.05	1.01	2.45	2.96	6.46 (861)
	Correlation -0.072**	ทุกเดือน	0.04	1.34	3.92	5.05	10.35 (1,380)
	Eta 0.092	อย่างน้อยปีละครั้ง	0.05	1.49	4.44	6.30	12.29 (1,638)
		ไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	0.05	1.73	3.48	4.40	9.66 (1,268)
ค่าเฉลี่ยความสามารถทางกายแตกต่างกันระหว่างกลุ่มความถี่ในการได้เยี่ยมเยียนกับบุตร							
- กลุ่มอย่างน้อยปีละครั้ง > กลุ่มไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่		0.15716**	สรุป ความสามารถทางกายของผู้สูงอายุจากกลุ่มความถี่ในการเยี่ยมเยียนกับบุตร				
- กลุ่มอย่างน้อยปีละครั้ง > กลุ่มทุกสัปดาห์		0.13479*					
- กลุ่มอย่างน้อยปีละครั้ง > กลุ่มทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย		0.24550**	- กลุ่มอย่างน้อยปีละครั้ง > กลุ่มไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่				
- กลุ่มทุกเดือน > กลุ่มทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย		0.19526**					
- กลุ่มทุกสัปดาห์ > กลุ่มทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย		0.11070*	- กลุ่มอย่างน้อยปีละครั้ง และกลุ่มทุกเดือน > กลุ่มทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย				
			- กลุ่มอย่างน้อยปีละครั้ง > กลุ่มทุกสัปดาห์ > กลุ่มทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย				
3) การได้คุยโทรศัพท์กับบุตร	ทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย	0.50	10.31	21.50	26.25	58.56 (7,807)	
	X^2 134.287** df 56	ทุกสัปดาห์	0.07	1.74	4.59	6.37	12.77 (1,702)
	Correlation 0.041**	ทุกเดือน	0.07	1.62	4.52	4.95	11.16 (1,488)
	Eta 0.080	อย่างน้อยปีละครั้ง	0.01	0.35	0.66	0.92	1.94 (258)
		ไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	0.17	3.57	5.63	6.20	15.57 (2,076)
ค่าเฉลี่ยความสามารถทางกายแตกต่างกันระหว่างกลุ่มความถี่ในการได้พูดคุยโทรศัพท์กับบุตร							
- กลุ่มทุกเดือน > กลุ่มไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่		0.21661**	สรุป ความสามารถทางกายของผู้สูงอายุจากกลุ่มความถี่ในการได้พูดคุยโทรศัพท์กับบุตร				
- กลุ่มทุกสัปดาห์ > กลุ่มไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่		0.28507**					
- กลุ่มทุกสัปดาห์ > กลุ่มทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย		0.13933**	- กลุ่มทุกเดือน > กลุ่มไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่				
- กลุ่มทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย > กลุ่มไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่		0.14574**	- กลุ่มทุกสัปดาห์ > กลุ่มทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย > กลุ่มไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่				

(มีต่อ)

ตารางที่ 10 (ต่อ)

สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว		ความสามารถทางกาย จากระดับข้อจำกัดทางกาย : ร้อยละ (จำนวน)						
จาก 5 องค์ประกอบ (รวม 13,331 ราย)		มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี/ปกติ	รวม		
4) การได้รับเงินจากบุตร	ได้รับ	0.63	14.69	28.81	30.68	74.80 (9,972)		
X^2 260.988**	df 14	Eta 0.125	ไม่ได้รับ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	0.18	2.90	8.10	14.02	25.20 (3,359)
5) การได้รับสิ่งของจากบุตร	ได้รับ	0.63	14.24	29.14	33.52	77.52 (10,334)		
X^2 59.414**	df 14	Eta 0.054	ไม่ได้รับ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	0.18	3.35	7.77	11.18	22.48 (2,997)
ดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวรวม		0.81	17.58	36.91	44.70	100.00 (13,331)		
X^2 2,309.048	df 2,408	- ระดับมาก	0.56	11.26	23.53	28.05	63.39 (8,451)	
Correlation -0.032		- ระดับปานกลาง	0.20	4.28	9.53	11.98	25.98 (3,464)	
Eta 0.236		- ระดับน้อย	0.06	2.05	3.84	4.67	10.62 (1,416)	

ค่าเฉลี่ยความสามารถทางกายไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว

หมายเหตุ : ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.1.3 ความสามารถทางกายที่สัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม

การทดสอบความสัมพันธ์ภายใต้องค์ประกอบของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมกับความสามารถทางกายของผู้สูงอายุ พบว่า โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐหรือสังคม เป็นผู้ที่ไม่มีข้อจำกัดในความสามารถทางกายหรือมีข้อจำกัดในระดับน้อย ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ เมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้หรือไม่ได้เงินช่วยเหลือจากรัฐหรือสังคมที่แตกต่างกันจะมีความสามารถทางกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผู้สูงอายุที่หึ่งเคยหรือไม่เคยได้รับบริการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลรัฐ จะเป็นผู้ที่ไม่มีข้อจำกัดในความสามารถทางกายในปริมาณใกล้เคียงกัน แต่กลุ่มผู้สูงอายุที่เคยได้รับบริการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลรัฐ จะเป็นผู้ที่มีข้อจำกัดความสามารถทางกายในระดับน้อยหรือมีข้อจำกัดในระดับปานกลางมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เคยได้รับบริการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลรัฐ เมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ และเมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยหรือไม่เคยได้รับบริการรักษาพยาบาลจากรัฐที่แตกต่างกันจะมีความสามารถทางกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับบริการสุขภาพและความช่วยเหลือจากรัฐ จะเป็นผู้ที่ไม่มีข้อจำกัดในความสามารถทางกายหรือมีข้อจำกัดในระดับน้อย ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ และเมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้หรือไม่ได้รับบริการสุขภาพและความช่วยเหลือจากรัฐที่แตกต่างกันจะมีความสามารถทางกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุได้รับแหล่งข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุจำนวน 2 แหล่ง เป็นผู้ที่ไม่มีข้อจำกัดความสามารถทางกายหรือมีข้อจำกัดในระดับน้อย ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ เมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ ก็พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุที่แตกต่างกันจะมีความสามารถทางกายแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบสหสัมพันธ์เชิงเส้น ก็พบว่า จำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ผู้สูงอายุได้รับมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถทางกายของผู้สูงอายุในทิศทางเดียวกันที่ระดับน้อย (0.081) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความสามารถทางกายของผู้สูงอายุกับกลุ่มจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุที่ได้รับเปรียบเทียบเรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุจาก 3 แหล่ง, จาก 1 แหล่ง และกลุ่มไม่ได้รับเลย ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุจากตั้งแต่ 4 แหล่งขึ้นไปมีค่าเฉลี่ยความสามารถทางกายมากกว่า กลุ่มที่ได้รับข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุจาก 3 แหล่ง, จาก 2 แหล่ง, จาก 1 แหล่ง และกลุ่มที่ไม่ได้รับเลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุจากจำนวนแหล่งสื่อที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีความสามารถทางกายมากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุจากจำนวนแหล่งสื่อน้อยกว่า

สำหรับค่า Eta ของความสามารถทางกาย ที่จะถูกพยากรณ์โดยสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมในแต่ละองค์ประกอบ ได้แก่ เมื่อทราบถึงการที่เคยได้รับบริการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลรัฐ, การได้รับบริการสุขภาพและความช่วยเหลือจากรัฐ, การได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐหรือสังคม และการทราบจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุที่ได้รับ จะสามารถพยากรณ์ความสามารถทางกายของผู้สูงอายุได้ถูกต้องที่ร้อยละ 17.4, 9.7, 9.4 และ 8.5 ตามลำดับ ของความผันแปรในความสามารถทางกายของผู้สูงอายุ และเมื่อทราบดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมนรวมจะสามารถพยากรณ์ความสามารถทางกายของผู้สูงอายุได้ถูกต้องที่ร้อยละ 24.6 ของความผันแปรในความสามารถทางกายของผู้สูงอายุ

โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมนรวมที่ระดับปานกลาง เป็นผู้ที่ไม่มีข้อจำกัดในความสามารถทางกายหรือมีข้อจำกัดในระดับน้อย ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ เมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ ก็พบว่า ผู้สูงอายุที่มีดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่แตกต่างกันจะมีความสามารถทางกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบสหสัมพันธ์เชิงเส้น พบว่า ดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมนรวมมีความสัมพันธ์กับความสามารถทางกายของผู้สูงอายุในทิศทางเดียวกันที่ระดับน้อย (0.006) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมทั้งเมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความสามารถทางกาย ก็พบว่า กลุ่มผู้ที่มีดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมนรวมระดับ

มากจะมีค่าเฉลี่ยความสามารถทางกายมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมรวมระดับปานกลาง และกลุ่มระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีระดับความสามารถทางกายมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่น้อยกว่า สำหรับในกรณีที่ยังไม่มีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต้นอื่นๆ (ตารางที่ 11 และแผนภาพที่ 4)

ตารางที่ 11 ความสามารถทางกายจำแนกตามสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม

สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม จาก 4 องค์ประกอบ (รวม 13,331 ราย)		ความสามารถทางกาย จากระดับข้อจำกัดทางกาย : ร้อยละ (จำนวน)				
		มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี/ปกติ	รวม
1) การได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐ/สังคม	ได้รับ	0.74	16.32	32.89	37.58	87.53 (11,668)
	ไม่ได้รับ	0.08	1.27	4.01	7.12	12.47 (1,663)
2) เคยรับบริการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลรัฐ	ได้รับ	0.65	12.79	21.85	22.63	57.92 (7,721)
	ไม่ได้รับ	0.17	4.79	15.06	22.07	42.08 (5,610)
3) ได้รับบริการสุขภาพและความช่วยเหลือจากรัฐ	ได้รับ	0.38	9.78	19.13	18.66	47.94 (6,391)
	ไม่ได้รับ	0.44	7.80	17.78	26.04	52.06 (6,940)
4) จำนวนแหล่งข่าวสารผู้สูงอายุที่ได้รับ	4 แหล่งขึ้นไป	0.15	2.33	6.70	9.24	18.42 (2,455)
	3 แหล่ง	0.13	2.84	6.71	8.25	17.94 (2,391)
	2 แหล่ง	0.17	4.79	8.96	11.18	25.09 (3,345)
	1 แหล่ง	0.23	4.44	8.42	9.35	22.44 (2,991)
	ไม่ได้รับเลย	0.14	3.18	6.11	6.68	16.12 (2,149)
ค่าเฉลี่ยความสามารถทางกายแตกต่างกันระหว่างกลุ่มจำนวนแหล่งข่าวสารผู้สูงอายุที่ได้รับ						
- กลุ่มจำนวน 3 แหล่ง > กลุ่มไม่ได้รับเลย		0.12722**	สรุป ความสามารถทางกายของผู้สูงอายุจากกลุ่มจำนวน			
- กลุ่มจำนวน 3 แหล่ง > กลุ่มจำนวน 1 แหล่ง		0.12405**	แหล่งข่าวสารผู้สูงอายุที่ได้รับ			
- กลุ่มจำนวนตั้งแต่ 4 แหล่งขึ้นไป > กลุ่มไม่ได้รับเลย		0.23558**	- กลุ่มจำนวน 3 แหล่ง > กลุ่มจำนวน 1 แหล่ง > กลุ่มไม่ได้			
- กลุ่มจำนวนตั้งแต่ 4 แหล่งขึ้นไป > กลุ่มจำนวน 1 แหล่ง		0.23240**	รับเลย			
- กลุ่มจำนวนตั้งแต่ 4 แหล่งขึ้นไป > กลุ่มจำนวน 2 แหล่ง		0.17046**	- กลุ่มจำนวนตั้งแต่ 4 แหล่งขึ้นไป > กลุ่มจำนวน 3 แหล่ง			
- กลุ่มจำนวนตั้งแต่ 4 แหล่งขึ้นไป > กลุ่มจำนวน 3 แหล่ง		0.10836*	> กลุ่มจำนวน 2 แหล่ง > กลุ่มจำนวน 1 แหล่ง > กลุ่ม			
			ไม่ได้รับเลย			
ดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมรวม		0.81	17.58	36.91	44.70	100.00 (13,331)
X^2 1,592.666* df 994	- ระดับมาก	0.02	0.49	1.23	1.95	3.69 (492)
Correlation 0.006*	- ระดับปานกลาง	0.45	10.49	21.36	24.07	56.37 (7,515)
Eta 0.246	- ระดับน้อย	0.34	6.60	14.32	18.68	39.94 (5,324)
ค่าเฉลี่ยความสามารถทางกายแตกต่างกันระหว่างกลุ่มสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม						
- ระดับมาก > ระดับน้อย		0.16139**	สรุป ความสามารถทางกายของผู้สูงอายุจากกลุ่ม			
- ระดับมาก > ระดับปานกลาง		0.23014**	สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม			
			กลุ่มระดับมาก > กลุ่มระดับปานกลาง และกลุ่มระดับน้อย			

หมายเหตุ : ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ

จากการศึกษานี้จะทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุกับความสามารถทางกาย, สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน, สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว และสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม มีรายละเอียดดังนี้

5.2.1 การมีส่วนร่วมทางสังคมที่สัมพันธ์กับความสามารถทางกาย

การทดสอบความสัมพันธ์ภายใต้องค์ประกอบของความสามารถทางกายกับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุไม่มีความบกพร่องของร่างกาย, ไม่มีข้อจำกัดในกลุ่มกิจกรรมพื้นฐาน, ไม่มีข้อจำกัดในกลุ่มกิจกรรมทางกาย และไม่มีข้อจำกัดในกลุ่มกิจกรรมเชิงซ้อน และเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมทางสังคมในระดับมากหรือระดับปานกลาง ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ และเมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีหรือไม่มี ความบกพร่องของร่างกาย, มีหรือไม่มีข้อจำกัดในกลุ่มกิจกรรมพื้นฐาน, มีหรือไม่มีข้อจำกัดในกลุ่มกิจกรรมทางกาย และ มีหรือไม่มีข้อจำกัดในกลุ่มกิจกรรมเชิงซ้อน ที่แตกต่างกันจะมีส่วนร่วมทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สำหรับค่า Eta ของการมีส่วนร่วมทางสังคม ที่จะถูกพยากรณ์โดยความสามารถทางกายของผู้สูงอายุในแต่ละองค์ประกอบ ได้แก่ เมื่อทราบถึง การไม่มีข้อจำกัดในกลุ่มกิจกรรมเชิงซ้อน, การไม่มีข้อจำกัดในกลุ่มกิจกรรมทางกาย, การไม่มีความบกพร่องของร่างกาย และการไม่มีข้อจำกัดในกลุ่มกิจกรรมพื้นฐาน จะสามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุได้ถูกต้องที่ร้อยละ 25.8, 24.9, 14.2 และ 11.0 ตามลำดับของความผันแปรในการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ และเมื่อทราบดัชนีความสามารถทางกายรวมจะสามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุได้ถูกต้องที่ร้อยละ 30.8 ของความผันแปรในการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ

โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีดัชนีความสามารถทางกายรวมที่ระดับเสมือนบุคคลปกติหรือไม่มีข้อจำกัดทางกายหรือมีข้อจำกัดในระดับน้อย ตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมทางสังคมในระดับมาก เมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ และเมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีดัชนีความสามารถทางกายรวมที่แตกต่างกันจะมีส่วนร่วมทางสังคมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อทดสอบสหสัมพันธ์เชิงเส้น ก็พบว่า ความสามารถทางกายมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุในทิศทางเดียวกันที่ระดับน้อย (0.299) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมทางสังคมระหว่างกลุ่มระดับความสามารถทางกายที่ต่างกันเปรียบเทียบเรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ กลุ่มผู้ที่มีเสมือนบุคคลปกติหรือไม่มีข้อจำกัดความสามารถทางกาย, กลุ่มผู้ที่มีข้อจำกัดทางกายระดับน้อย, กลุ่มผู้ที่มีข้อจำกัดทาง

กายระดับปานกลาง และกลุ่มผู้ที่มีข้อจำกัดทางกายระดับมาก ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางกายที่มากกว่ามีโอกาสมากกว่ามีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางกายที่น้อยกว่า สำหรับในกรณีที่ยังไม่มีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต้นอื่นๆ (ตารางที่ 12 และแผนภาพที่ 4)

ตารางที่ 12 การมีส่วนร่วมทางสังคมจำแนกตามความสามารถทางกาย

ความสามารถทางกาย จากระดับข้อจำกัดทางกาย จาก 4 องค์ประกอบ (รวม 13,331 ราย)		ระดับการมีส่วนร่วมทางสังคม : ร้อยละ (จำนวน)			
		น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม
1) ไม่มีความบกพร่องของร่างกาย	ไม่มี	3.65	12.65	43.67	59.97 (7,995)
	มี	4.63	10.33	25.07	40.03 (5,336)
2) ไม่มีข้อจำกัดกลุ่มกิจกรรมพื้นฐาน (BADLs)	ไม่มี	7.85	22.83	68.40	99.09 (13,210)
	มี	0.42	0.15	0.34	0.91 (121)
3) ไม่มีข้อจำกัดกลุ่มกิจกรรมทางกาย (PADLs)	ไม่มี	3.51	14.29	51.80	69.60 (9,278)
	มี	4.76	8.69	16.95	30.40 (4,053)
4) ไม่มีข้อจำกัดกลุ่มกิจกรรมเชิงซ้อน (IADLs)	ไม่มี	4.08	16.36	56.84	77.28 (10,302)
	มี	4.19	6.62	11.90	22.72 (3,029)
ดัชนีข้อจำกัดความสามารถทางกายรวม		8.27	22.98	68.74	100.00 (13,331)
X ² 2,288.850** df 196 Correlation 0.299** Eta 0.308	- ไม่มีข้อจำกัด/ปกติ	1.98	8.72	34.00	44.70 (5,959)
	- ระดับน้อย	2.39	8.73	25.78	36.91 (4,920)
	- ระดับปานกลาง	3.49	5.40	8.69	17.58 (2,344)
	- ระดับมาก	0.41	0.13	0.27	0.81 (108)
ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมทางสังคมแตกต่างกันระหว่างกลุ่มระดับข้อจำกัดความสามารถทางกาย					
- มีข้อจำกัดระดับปานกลาง > มีข้อจำกัดระดับมาก		0.00009**	สรุป การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุจากกลุ่มข้อจำกัดความสามารถทางกาย		
- มีข้อจำกัดระดับน้อย > มีข้อจำกัดระดับมาก		0.00016**	กลุ่มไม่มีข้อจำกัด/ปกติ > กลุ่มมีข้อจำกัดระดับ		
- มีข้อจำกัดระดับน้อย > มีข้อจำกัดระดับปานกลาง		0.00007**	น้อย > กลุ่มมีข้อจำกัดระดับปานกลาง > กลุ่มมีข้อจำกัดระดับมาก		
- ไม่มีข้อจำกัด/เสมือนบุคคลปกติ > มีข้อจำกัดระดับมาก		0.00019**			
- ไม่มีข้อจำกัด/เสมือนบุคคลปกติ > มีข้อจำกัดระดับปานกลาง		0.00009**			
- ไม่มีข้อจำกัด/เสมือนบุคคลปกติ > มีข้อจำกัดระดับน้อย		0.00002**			

หมายเหตุ : ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.2.2 การมีส่วนร่วมทางสังคมที่สัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน

การทดสอบความสัมพันธ์ภายใต้องค์ประกอบของสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านกับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุมีห้องนอนอยู่ชั้นล่าง, ได้นอนบนเตียงนอน, มีห้องน้ำ/ส้วมอยู่ภายในบ้าน และมีราวจับในบันไดในบ้าน ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่ได้มีข้อจำกัดในความสามารถทางกายหรือมีข้อจำกัดในระดับน้อย ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ และเมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีหรือไม่มีห้องนอนอยู่ชั้นล่าง, ได้หรือไม่ได้นอนบนเตียง

นอน, มีหรือไม่มีห้องน้ำ/ส้วมอยู่ภายในบ้าน และมีหรือไม่มีราวบันไดในบ้าน ที่แตกต่างกันจะมีส่วนร่วมทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่มีส้วมแบบนั่งห้อยเท้า, ไม่มีราวจับในห้องนอน และไม่มีราวจับในห้องน้ำ ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่มีความสามารถทางกายหรือมีข้อจำกัดในระดับน้อย เมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ และเมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีหรือไม่มีส้วมแบบนั่งห้อยเท้า, มีหรือไม่มีราวจับในห้องนอน และมีหรือไม่มีราวจับในห้องน้ำ ที่แตกต่างกันจะมีส่วนร่วมทางสังคมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สำหรับค่า Eta ของการมีส่วนร่วมทางสังคม ที่จะถูกพยากรณ์โดยสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านในแต่ละองค์ประกอบ ได้แก่ เมื่อทราบถึงการมีส้วมแบบนั่งห้อยเท้า, การมีราวจับในห้องน้ำ, การมีห้องน้ำ/ส้วมอยู่ภายในบ้าน, การมีห้องนอนอยู่ชั้นล่าง, การได้นอนบนเตียง, การมีราวจับในห้องนอน และการมีราวบันไดในบ้าน จะสามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุได้ถูกต้องที่ร้อยละ 10.8, 4.2, 4.0, 4.0, 3.7, 3.6 และ 2.0 ตามลำดับ ของความผันแปรในการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ และเมื่อทราบดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านรวมจะสามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุได้ถูกต้องที่ร้อยละ 16.3 ของความผันแปรในการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ

โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านรวมระดับปานกลางหรือระดับน้อย ตามลำดับ เป็นผู้ที่ไม่มีความสามารถทางกาย เมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ และเมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านรวมที่แตกต่างกันจะมีส่วนร่วมทางสังคมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อทดสอบสหสัมพันธ์เชิงเส้น ก็พบว่า สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมทางสังคมในทิศทางตรงข้ามกันที่ระดับน้อย (-0.088) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมทางสังคมระหว่างกลุ่มผู้ที่มีดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านเปรียบเทียบเรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ กลุ่มผู้ที่มีดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านรวมที่ระดับน้อย, กลุ่มระดับปานกลาง และกลุ่มระดับมาก ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่น้อยกว่า สำหรับในกรณีที่ยังไม่มีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต้นอื่นๆ (ตารางที่ 13 และแผนภาพที่ 4)

ตารางที่ 13 การมีส่วนร่วมทางสังคมจำแนกตามสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน

สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน จาก 7 องค์ประกอบ (รวม 13,331 ราย)		ระดับการมีส่วนร่วมทางสังคม : ร้อยละ (จำนวน)			
		น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม
1) การมีห้องนอนอยู่ชั้นล่าง	มี	6.32	16.41	47.97	70.69 (9,424)
χ^2 89.259** df 14 Eta 0.040	ไม่มี	1.96	6.58	20.77	29.31 (3,907)
2) การได้นอนบนเตียงนอน	มี	4.96	13.82	39.08	57.86 (7,713)
χ^2 65.823** df 14 Eta 0.037	ไม่มี	3.32	9.17	29.66	42.14 (5,618)
3) การมีส้วมแบบนั่งห้อยเท้า	มี	3.64	9.65	22.63	35.92 (4,788)
χ^2 330.370** df 14 Eta 0.108	ไม่มี	4.64	13.34	46.11	64.08 (8,543)
4) การมีห้องน้ำ/ส้วมอยู่ภายในบ้าน	มี	6.77	18.99	54.80	80.56 (10,740)
χ^2 99.026** df 14 Eta 0.040	ไม่มี	1.50	4.00	13.94	19.44 (2,591)
5) การมีราวบันได	มี	4.35	12.84	39.16	56.36 (7,513)
χ^2 71.497** df 14 Eta 0.020	ไม่มี	3.92	10.14	29.58	43.64 (5,818)
6) การมีราวจับในห้องนอน	มี	0.53	0.94	2.45	3.92 (522)
χ^2 37.971* df 14 Eta 0.036	ไม่มี	7.74	22.05	66.30	96.08 (12,809)
7) การมีราวจับในห้องน้ำ	มี	0.90	1.76	4.55	7.20 (960)
χ^2 50.610** df 14 Eta 0.042	ไม่มี	7.37	21.23	64.20	92.80 (12,371)
ดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านรวม		8.27	22.98	68.74	100.00 (13,331)
χ^2 2,101.872* df 1,456	- ระดับมาก	1.55	3.47	7.78	12.80 (1,706)
Correlation -0.088*	- ระดับปานกลาง	4.38	12.77	38.14	55.29 (7,371)
Eta 0.163	- ระดับน้อย	2.35	6.74	22.82	31.91 (4,254)
ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมทางสังคมแตกต่างกันระหว่างกลุ่มสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน					
- ระดับน้อย > ระดับปานกลาง	0.00001**	สรุป การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุจากกลุ่มสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน			
- ระดับน้อย > ระดับมาก	0.00004**	กลุ่มระดับน้อย > กลุ่มระดับปานกลาง > กลุ่มระดับมาก			
- ระดับปานกลาง > ระดับมาก	0.00003**				

หมายเหตุ : ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5.2.3 การมีส่วนร่วมทางสังคมที่สัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว

การทดสอบความสัมพันธ์ภายใต้องค์ประกอบของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวกับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุจะมีบุคคลอื่นอยู่ด้วยในครัวเรือนเป็นบุตรอย่างน้อย 1 คน หรือมีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุตรอยู่ด้วย ตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมทางสังคมในระดับมาก เมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ เมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีบุคคลอื่นอยู่ด้วยในครัวเรือนที่แตกต่างกันจะมีส่วนร่วมทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบสหสัมพันธ์เชิงเส้น ก็พบว่า ผู้สูงอายุที่มีบุคคลอื่นอยู่ด้วยในครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมในทิศทางเดียวกันที่ระดับน้อย (0.301) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุเปรียบเทียบเรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ กลุ่มบุคคลอื่นที่อยู่ด้วยในครัวเรือน ก็พบว่า กลุ่มบุคคลที่อยู่ด้วยในครัวเรือนเป็นบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุตร, กลุ่มที่บุตรอยู่ด้วยอย่างน้อย 1 คน และกลุ่มที่

อยู่โดยลำพัง ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่าการที่ผู้สูงอายุมีบุคคลอื่นอยู่ด้วยในครัวเรือนทั้งผู้ที่อยู่ด้วยไม่ใช่บุตรหรือที่เป็นบุตรจะมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้ที่อยู่โดยลำพัง เนื่องจากการมีบุคคลอื่นอยู่ด้วยจะมีโอกาสสนับสนุนด้านต่างๆ ต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุได้

โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุมีการเยี่ยมเยียนกับบุตรทุกวันหรือบุตรอยู่ด้วย และเป็นผู้มีส่วนร่วมทางสังคมในระดับมากหรือในระดับปานกลาง ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ เมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ ก็พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความถี่ในการได้เยี่ยมเยียนกับบุตรที่แตกต่างกันจะมีส่วนร่วมทางสังคมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบสหสัมพันธ์เชิงเส้น ก็พบว่า ความถี่ในการเยี่ยมเยียนกับบุตรมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุในทิศทางเดียวกันที่ระดับน้อย (0.075) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มความถี่ในการเยี่ยมเยียนกับบุตร ก็พบว่า กลุ่มที่มีการเยี่ยมเยียนกับบุตรอย่างน้อยปีละครั้ง, กลุ่มที่เยี่ยมเยียนกับบุตรทุกเดือน, กลุ่มที่เยี่ยมเยียนกับบุตรทุกสัปดาห์ และกลุ่มที่เยี่ยมเยียนกับบุตรทุกวันหรือมีบุตรอยู่ด้วย จะมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยติดต่อหรือไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่ และค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุจากกลุ่มที่มีการเยี่ยมเยียนกับบุตรทุกวันหรือบุตรอยู่ด้วยมีค่ามากกว่ากลุ่มที่มีการเยี่ยมเยียนกับบุตรทุกสัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการเยี่ยมเยียนกับบุตรมีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยติดต่อกับบุตรเลยหรือไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่

โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุได้คุยโทรศัพท์กับบุตรทุกวันหรือบุตรอยู่ด้วย เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมทางสังคมในระดับมากหรือในระดับปานกลาง ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ เมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ ก็พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความถี่ในการได้คุยโทรศัพท์กับบุตรที่แตกต่างกันจะมีส่วนร่วมทางสังคมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบสหสัมพันธ์เชิงเส้น ก็พบว่า ความถี่ในการได้พูดคุยโทรศัพท์กับบุตรมีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุในทิศทางเดียวกันที่ระดับน้อย (0.177) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มความถี่ในการได้คุยโทรศัพท์กับบุตร ก็พบว่า กลุ่มที่ได้คุยโทรศัพท์กับบุตรอย่างน้อยปีละครั้ง, กลุ่มที่ได้คุยโทรศัพท์กับบุตรทุกเดือน, กลุ่มที่ได้คุยโทรศัพท์กับบุตรทุกสัปดาห์ และกลุ่มที่ได้คุยโทรศัพท์กับบุตรทุกวันหรือมีบุตรอยู่ด้วย จะมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยติดต่อทางโทรศัพท์กับบุตรเลยหรือไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่ และค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุจากกลุ่มที่ได้คุยโทรศัพท์กับบุตรทุกวันหรือบุตรอยู่ด้วยมีค่ามากกว่ากลุ่มที่ได้คุยโทรศัพท์กับบุตรทุกเดือน และกลุ่มที่ได้คุยโทรศัพท์กับบุตรทุก

สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่ได้คุยโทรศัพท์กับบุตรมีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยติดต่อทางโทรศัพท์กับบุตรเลยหรือไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่

โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุได้รับเงินจากบุตร และได้รับสิ่งของจากบุตร เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมทางสังคมในระดับมากหรือในระดับปานกลาง ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากรางไขว้ และเมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้หรือไม่ได้รับเงินจากบุตร และได้หรือไม่ได้รับสิ่งของจากบุตร ที่แตกต่างกันจะมีส่วนร่วมทางสังคมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สำหรับค่า Eta ของการมีส่วนร่วมทางสังคม ที่จะถูกพยากรณ์โดยสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวในแต่ละองค์ประกอบ ได้แก่ เมื่อทราบถึง การมีผู้อยู่ด้วยในครัวเรือน, ความถี่ในการได้คุยโทรศัพท์กับบุตร, ความถี่ในการได้เยี่ยมเยียนกับบุตร, การได้รับสิ่งของจากบุตร และการได้รับเงินจากบุตร จะสามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุได้ถูกต้องที่ร้อยละ 41.3, 18.6, 11.1, 6.8 และ 0.2 ตามลำดับ ของความผันแปรในการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ และเมื่อทราบดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวรวมจะสามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุได้ถูกต้องที่ร้อยละ 44.1 ของความผันแปรในการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ

โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวรวมที่ระดับมาก ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมทางสังคมในระดับมาก เมื่อพิจารณาข้อมูลจากรางไขว้ และเมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ ก็พบว่า ผู้สูงอายุที่มีดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวรวมที่แตกต่างกันจะมีส่วนร่วมทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับเมื่อทดสอบสหสัมพันธ์เชิงเส้น ก็พบว่า ดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวรวมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมทางสังคมในทิศทางเดียวกันในระดับน้อย (0.184) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมทางสังคมระหว่างกลุ่มผู้ที่มีดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวรวมเปรียบเทียบเรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ กลุ่มผู้ที่มีดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมรวมที่ระดับมาก, กลุ่มระดับปานกลาง และกลุ่มระดับน้อย ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่น้อยกว่า สำหรับในกรณีที่ยังไม่ได้มีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต้นอื่นๆ (ตารางที่ 14 และแผนภาพที่ 4)

ตารางที่ 14 การมีส่วนร่วมทางสังคมจำแนกตามสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว

สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว		ระดับการมีส่วนร่วมทางสังคม: ร้อยละ (จำนวน)			
จาก 5 องค์ประกอบ (รวม 13,331 ราย)		น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม
1) การมีผู้ช่วยด้วยในครัวเรือน	บุตรอย่างน้อย 1 คน	2.93	8.04	36.87	47.84 (6377)
χ^2 9,362.935** df 28	บุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุตร	1.40	4.78	26.54	32.71 (4,361)
Correlation 0.301** Eta 0.413	อยู่โดยลำพัง	3.95	10.16	5.33	19.45 (2,593)
ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมทางสังคมแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้ช่วยด้วยในครัวเรือน					
- กลุ่มที่อยู่กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุตร > กลุ่มที่อยู่โดยลำพัง	0.00014**	สรุป การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุจากกลุ่มผู้ช่วยด้วย			
- กลุ่มที่อยู่กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุตร > กลุ่มที่อยู่กับบุตร	0.00002**	ในครัวเรือน กลุ่มที่อยู่กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุตร > กลุ่มที่			
- กลุ่มที่อยู่กับบุตร > กลุ่มที่อยู่โดยลำพัง	0.00012**	อยู่กับบุตรอย่างน้อย 1 คน > กลุ่มที่อยู่โดยลำพัง			
2) การได้เยี่ยมเยียนกับบุตร	ทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย	4.70	12.15	44.39	61.24 (8,164)
χ^2 1,276.719** df 56	ทุกสัปดาห์	0.66	1.79	4.01	6.46 (861)
Correlation 0.075**	ทุกเดือน	0.73	3.01	6.62	10.35 (1,380)
Eta 0.111	อย่างน้อยปีละครั้ง	0.92	2.86	8.51	12.29 (1,638)
	ไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	1.28	3.18	5.21	9.66 (1,268)
ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมทางสังคมแตกต่างกันระหว่างกลุ่มความถี่ในการได้เยี่ยมเยียนกับบุตร					
- กลุ่มอย่างน้อยปีละครั้ง > กลุ่มไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	0.00004**	สรุป การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุจากกลุ่มความถี่			
- กลุ่มทุกเดือน > กลุ่มไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	0.00003**	ในการเยี่ยมเยียนกับบุตร			
- กลุ่มทุกสัปดาห์ > กลุ่มไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	0.00002*	- กลุ่มอย่างน้อยปีละครั้ง, กลุ่มทุกเดือน, กลุ่มทุกสัปดาห์			
- กลุ่มทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย > กลุ่มไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	0.00004**	และกลุ่มทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย > กลุ่มไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตร			
- กลุ่มทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย > กลุ่มทุกสัปดาห์	0.00002**	ที่มีชีวิตอยู่			
		- กลุ่มทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย > กลุ่มทุกสัปดาห์			
3) การได้คุยโทรศัพท์กับบุตร	ทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย	3.92	10.96	43.68	58.56 (7,807)
χ^2 1,892.645** df 56	ทุกสัปดาห์	0.90	3.23	8.63	12.77 (1,702)
Correlation 0.177**	ทุกเดือน	0.92	2.79	7.45	11.16 (1,488)
Eta 0.186	อย่างน้อยปีละครั้ง	0.09	0.59	1.25	1.94 (258)
	ไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	2.44	5.41	7.73	15.57 (2,076)
ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมทางสังคมแตกต่างกันระหว่างกลุ่มความถี่ในการได้พูดคุยโทรศัพท์กับบุตร					
- กลุ่มอย่างน้อยปีละครั้ง > กลุ่มไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	0.000051**	สรุป การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุจากกลุ่มความถี่			
- กลุ่มทุกเดือน > กลุ่มไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	0.000052**	ในการได้พูดคุยโทรศัพท์กับบุตร			
- กลุ่มทุกสัปดาห์ > กลุ่มไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	0.000054**	- กลุ่มอย่างน้อยปีละครั้ง, กลุ่มทุกเดือน, กลุ่มทุกสัปดาห์			
- กลุ่มทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย > กลุ่มไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	0.000066**	และกลุ่มทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย > กลุ่มไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตร			
- กลุ่มทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย > กลุ่มทุกเดือน	0.000013*	ที่มีชีวิตอยู่			
- กลุ่มทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย > กลุ่มทุกสัปดาห์	0.000011*	- กลุ่มทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย > กลุ่มทุกเดือน และกลุ่มทุก			
		สัปดาห์			
4) การได้รับเงินจากบุตร	ได้รับ	5.90	17.11	51.80	74.80 (9,972)
χ^2 743.510** df 14 Eta 0.002	ไม่ได้รับ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	2.38	5.87	16.95	25.20 (3,359)
5) การได้รับสิ่งของจากบุตร	ได้รับ	5.84	17.13	54.56	77.52 (10,334)
χ^2 353.032** df 14 Eta 0.068	ไม่ได้รับ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	2.44	5.86	14.18	22.48 (2,997)

(มีต่อ)

ตารางที่ 14 (ต่อ)

สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว จาก 5 องค์ประกอบ (รวม 13,331 ราย)	ระดับการมีส่วนร่วมทางสังคม: ร้อยละ (จำนวน)				
	น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม	
ดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวรวม	8.27	22.98	68.74	100.00 (13,331)	
X^2 14,868.676** df 2,408	- ระดับมาก	3.98	11.20	48.21	63.39 (8,451)
Correlation 0.184**	- ระดับปานกลาง	2.59	7.93	15.47	25.98 (3,464)
Eta 0.441	- ระดับน้อย	1.70	3.86	5.06	10.62 (1,416)
ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมทางสังคมแตกต่างกันระหว่างกลุ่มสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว					
- ระดับปานกลาง > ระดับน้อย	0.00004**	สรุป การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุจากกลุ่ม			
- ระดับมาก > ระดับน้อย	0.00007**	สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว			
- ระดับมาก > ระดับปานกลาง	0.00003**	กลุ่มระดับมาก > กลุ่มระดับปานกลาง > กลุ่มระดับน้อย			

หมายเหตุ : ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.2.4 การมีส่วนร่วมทางสังคมที่สัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม

การทดสอบความสัมพันธ์ภายใต้องค์ประกอบของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมกับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุที่ได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐหรือสังคม เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมทางสังคมในระดับมากหรือในระดับปานกลาง ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ เมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้หรือไม่ได้เงินช่วยเหลือจากรัฐหรือสังคมที่แตกต่างกันจะมีส่วนร่วมทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผู้สูงอายุที่ทั้งเคยหรือไม่เคยได้รับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลรัฐ และได้รับหรือไม่ได้รับบริการสุขภาพและความช่วยเหลือจากรัฐมีระดับใกล้เคียงกัน ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมทางสังคมในระดับมาก เมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ และเมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยหรือไม่เคยได้รับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลรัฐ และได้รับหรือไม่ได้รับบริการสุขภาพและความช่วยเหลือจากรัฐ ที่แตกต่างกันจะมีส่วนร่วมทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุได้รับแหล่งข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุจำนวน 2 แหล่ง เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมทางสังคมในระดับมาก เมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ และเมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุที่แตกต่างกันจะมีส่วนร่วมทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบสหสัมพันธ์เชิงเส้น พบว่า จำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ผู้สูงอายุได้รับก็มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุในทิศทางเดียวกันที่ระดับน้อย (0.145) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบความแตกต่าง

ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุระหว่างระดับจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุที่ได้รับ เปรียบเทียบเรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุจาก 3 แหล่ง, จาก 1 แหล่ง และกลุ่มไม่ได้รับเลย ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุจากตั้งแต่ 4 แหล่งขึ้นไป, จาก 2 แหล่ง, จาก 1 แหล่ง และกลุ่มไม่ได้รับเลย ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุ ด้วยจำนวนแหล่งสื่อที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุด้วยจำนวนแหล่งสื่อที่น้อยกว่า

สำหรับค่า Eta ของการมีส่วนร่วมทางสังคม ที่จะถูกพยากรณ์โดยสภาพแวดล้อมทางสังคม จากรัฐ/ชุมชน/สังคมในแต่ละองค์ประกอบ ได้แก่ เมื่อทราบถึงจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุที่ได้รับ, การได้รับบริการสุขภาพและความช่วยเหลือจากรัฐ, การที่เคยได้รับบริการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลรัฐ และการได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐหรือสังคม จะสามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุได้ถูกต้องที่ร้อยละ 15.6, 9.3, 8.9 และ 2.8 ตามลำดับ ของความผันแปรในการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ และเมื่อทราบดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมรวม จะสามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุได้ถูกต้องที่ร้อยละ 21.0 ของความผันแปรในการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ

โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมรวมที่ระดับปานกลางหรือระดับน้อย ตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมทางสังคมในระดับมาก ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ เมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ ก็พบว่า ผู้สูงอายุที่มีดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่แตกต่างกันจะมีส่วนร่วมทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบสหสัมพันธ์เชิงเส้น ก็พบว่า ดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมรวมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุในทิศทางเดียวกันที่ระดับน้อย (0.113) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมทางสังคมระหว่างกลุ่มผู้ที่มีดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมต่างกัน ก็พบว่า กลุ่มผู้ที่มีดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมรวมที่ระดับมาก และกลุ่มระดับปานกลาง จะมีส่วนร่วมทางสังคมเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมรวมในระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่น้อยกว่า สำหรับในกรณีที่ยังไม่ได้มีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต้นอื่นๆ (ตารางที่ 15 และแผนภาพที่ 4)

ตารางที่ 15 การมีส่วนร่วมทางสังคมจำแนกตามสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม

สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม จาก 4 องค์ประกอบ (รวม 13,331 ราย)		การมีส่วนร่วมทางสังคม: ร้อยละ (จำนวน)			
		น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม
1) การได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐ/สังคม	ได้รับ	7.25	20.24	60.04	87.53 (11,668)
	ไม่ได้รับ	1.03	2.75	8.70	12.47 (1,663)
2) เคยรับบริการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลรัฐ	ได้รับ	5.53	14.08	38.31	57.92 (7,721)
	ไม่ได้รับ	2.75	8.90	30.43	42.08 (5,610)
3) ได้รับบริการสุขภาพและความช่วยเหลือจากรัฐ	ได้รับ	2.94	10.21	34.79	47.94 (6,391)
	ไม่ได้รับ	5.33	12.77	33.95	52.06 (6,940)
4) จำนวนแหล่งข่าวสารผู้สูงอายุที่ได้รับ	4 แหล่งขึ้นไป	0.92	3.61	13.88	18.42 (2,455)
	3 แหล่ง	1.13	3.65	13.16	17.94 (2,391)
	2 แหล่ง	1.61	5.50	17.99	25.09 (3,345)
	1 แหล่ง	2.27	5.66	14.51	22.44 (2,991)
	ไม่ได้รับเลย	2.35	4.58	9.20	16.12 (2,149)
ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมทางสังคมแตกต่างกันระหว่างกลุ่มจำนวนแหล่งข่าวสารผู้สูงอายุที่ได้รับ					
- กลุ่มจำนวน 1 แหล่ง > กลุ่มไม่ได้รับ	0.000026**	สรุป การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุจากกลุ่มจำนวนแหล่งข่าวสารผู้สูงอายุที่ได้รับ - กลุ่มจำนวน 3 แหล่ง > กลุ่มจำนวน 1 แหล่ง > กลุ่มไม่ได้รับเลย - กลุ่มจำนวนตั้งแต่ 4 แหล่งขึ้นไป > กลุ่มจำนวน 2 แหล่ง > กลุ่มจำนวน 1 แหล่ง > กลุ่มไม่ได้รับเลย			
- กลุ่มจำนวน 2 แหล่ง > กลุ่มไม่ได้รับ	0.000046**				
- กลุ่มจำนวน 2 แหล่ง > กลุ่มจำนวน 1 แหล่ง	0.000021**				
- กลุ่มจำนวน 3 แหล่ง > กลุ่มไม่ได้รับ	0.000049**				
- กลุ่มจำนวน 3 แหล่ง > กลุ่มจำนวน 1 แหล่ง	0.000023**				
- กลุ่มจำนวนตั้งแต่ 4 แหล่งขึ้นไป > กลุ่มไม่ได้รับ	0.000057**				
- กลุ่มจำนวนตั้งแต่ 4 แหล่งขึ้นไป > กลุ่มจำนวน 1 แหล่ง	0.000031**				
- กลุ่มจำนวนตั้งแต่ 4 แหล่งขึ้นไป > กลุ่มจำนวน 2 แหล่ง	0.000010*				
ดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมรวม		8.27	22.98	68.74	100.00 (13,331)
X^2 2,515.100** df 994	- ระดับมาก	0.20	0.74	2.76	3.69 (492)
Correlation 0.113*	- ระดับปานกลาง	3.53	12.10	40.75	56.37 (7,515)
Eta 0.210	- ระดับน้อย	4.55	10.15	25.23	39.94 (5,324)
ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมทางสังคมแตกต่างกันระหว่างกลุ่มสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม					
- ระดับปานกลาง > ระดับน้อย	0.00002**	สรุป การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุจากกลุ่มสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม กลุ่มระดับมาก และกลุ่มระดับปานกลาง > กลุ่มระดับน้อย			
- ระดับมาก > ระดับน้อย	0.00003**				

หมายเหตุ : ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

จากการศึกษานี้จะทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุกับความสามารถทางกาย, สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน, สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว, สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม และการมีส่วนร่วมทางสังคม มีรายละเอียดดังนี้

5.3.1 สุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับความสามารถทางกาย

การทดสอบความสัมพันธ์ภายใต้องค์ประกอบของความสามารถทางกายกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุไม่มีความบกพร่องของร่างกาย, ไม่มีข้อจำกัดในกลุ่มกิจกรรมพื้นฐาน, ไม่มีข้อจำกัดในกลุ่มกิจกรรมทางกาย และไม่มีข้อจำกัดในกลุ่มกิจกรรมเชิงซ้อน ซึ่งเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีในระดับมากหรือในระดับปานกลาง ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ และเมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีหรือไม่มีมีความบกพร่องของร่างกาย, มีหรือไม่มีข้อจำกัดในกลุ่มกิจกรรมพื้นฐาน, มีหรือไม่มีข้อจำกัดในกลุ่มกิจกรรมทางกาย และมีหรือไม่มีข้อจำกัดในกลุ่มกิจกรรมเชิงซ้อน ที่แตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตที่ดีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สำหรับค่า Eta ของสุขภาพจิต ที่จะถูกพยากรณ์โดยความสามารถทางกายของผู้สูงอายุในแต่ละองค์ประกอบ ได้แก่ เมื่อทราบถึง การไม่มีความบกพร่องของร่างกาย, การไม่มีข้อจำกัดในกลุ่มกิจกรรมเชิงซ้อน, การไม่มีข้อจำกัดในกลุ่มกิจกรรมทางกาย และการไม่มีข้อจำกัดในกลุ่มกิจกรรมพื้นฐาน จะสามารถพยากรณ์สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุได้ถูกต้องที่ร้อยละ 13.3, 12.6, 10.8 และ 6.6 ตามลำดับของความผันแปรในสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และเมื่อทราบดัชนีความสามารถทางกายรวมจะสามารถพยากรณ์สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุได้ถูกต้องที่ร้อยละ 17.9 ของความผันแปรในสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีดัชนีความสามารถทางกายรวมที่ระดับเสมือนบุคคลปกติหรือไม่มีข้อจำกัดทางกายหรือมีข้อจำกัดในระดับน้อยตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีในระดับมาก เมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ และเมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีดัชนีความสามารถทางกายรวมที่แตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตที่ดีแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อทดสอบสหสัมพันธ์เชิงเส้น ก็พบว่า ความสามารถทางกายมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุในทิศทางเดียวกันที่ระดับน้อย (0.161) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตที่ดีระหว่างกลุ่มระดับความสามารถทางกายเปรียบเทียบเรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ กลุ่มผู้ที่มีเสมือนบุคคลปกติหรือไม่มีข้อจำกัดความสามารถทางกาย, กลุ่มผู้ที่มีข้อจำกัดทางกายระดับน้อย, กลุ่มผู้ที่มีข้อจำกัดทางกายระดับปานกลาง และกลุ่มผู้ที่มีข้อจำกัดทางกายระดับมาก ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางกายมากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางกายน้อยกว่า สำหรับในกรณีที่ยังไม่มีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต้นอื่นๆ (ตารางที่ 16 และแผนภาพที่ 4)

ตารางที่ 16 สุขภาพจิตจำแนกตามความสามารถทางกาย

ความสามารถทางกาย จากระดับข้อจำกัดทางกาย		ระดับสุขภาพจิตที่ดี: ร้อยละ (จำนวน)				
จาก 4 องค์ประกอบ (รวม 13,331 ราย)		น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม	
1) ไม่มีความบกพร่องของร่างกาย	ไม่มี	0.17	22.65	37.15	59.97 (7,995)	
	มี	0.49	19.32	20.22	40.03 (5,336)	
X^2 307.176** df 38 Eta 0.133						
2) ไม่มีข้อจำกัดกลุ่มกิจกรรมพื้นฐาน (BADLs)	ไม่มี	0.62	41.43	57.05	99.09 (13,210)	
	มี	0.05	0.55	0.32	0.91 (121)	
X^2 231.498** df 38 Eta 0.066						
3) ไม่มีข้อจำกัดกลุ่มกิจกรรมทางกาย (PADLs)	ไม่มี	0.26	27.27	42.06	69.60 (9,278)	
	มี	0.40	14.70	15.30	30.40 (4,053)	
X^2 252.943** df 38 Eta 0.108						
4) ไม่มีข้อจำกัดกลุ่มกิจกรรมเชิงซ้อน (IADLs)	ไม่มี	0.29	30.55	46.43	77.28 (10,302)	
	มี	0.37	11.42	10.93	22.72 (3,029)	
X^2 318.194** df 38 Eta 0.126						
ดัชนีข้อจำกัดความสามารถทางกายรวม		0.66	41.98	57.36	100.00 (13,331)	
X^2 1,269.930* df 532						
Correlation 0.161**		- ไม่มีข้อจำกัด/ปกติ	0.11	16.13	28.46	44.70 (5,959)
Eta 0.179		- ระดับน้อย	0.20	16.53	20.17	36.91 (4,920)
		- ระดับปานกลาง	0.30	8.84	8.44	17.58 (2,344)
		- ระดับมาก	0.05	0.47	0.29	0.81 (108)
ค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตแตกต่างกันระหว่างกลุ่มระดับข้อจำกัดความสามารถทางกาย						
- มีข้อจำกัดระดับปานกลาง > มีข้อจำกัดระดับมาก		0.00120*	สรุป สุขภาพจิตของผู้สูงอายุจากกลุ่มข้อจำกัด			
- มีข้อจำกัดระดับน้อย > มีข้อจำกัดระดับมาก		0.00174**	ความสามารถทางกาย			
- มีข้อจำกัดระดับน้อย > มีข้อจำกัดระดับปานกลาง		0.00054**	กลุ่มไม่มีข้อจำกัด/ปกติ > กลุ่มมีข้อจำกัดระดับ			
- ไม่มีข้อจำกัด/เสมือนบุคคลปกติ > มีข้อจำกัดระดับมาก		0.00229**	น้อย > กลุ่มมีข้อจำกัดระดับปานกลาง > กลุ่มมี			
- ไม่มีข้อจำกัด/เสมือนบุคคลปกติ > มีข้อจำกัดระดับปานกลาง		0.00108**	ข้อจำกัดระดับมาก			
- ไม่มีข้อจำกัด/เสมือนบุคคลปกติ > มีข้อจำกัดระดับน้อย		0.00054**				

หมายเหตุ: ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5.3.2 สุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน

การทดสอบความสัมพันธ์ภายใต้องค์ประกอบของสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุมีห้องนอนอยู่ชั้นล่าง, ใต้ถนนบนเตียงนอน, มีห้องน้ำ/ส้วมอยู่ภายในบ้าน และมีราวบันไดในบ้าน เป็นผู้ที่สุขภาพจิตที่ดีในระดับมากหรือในระดับปานกลาง ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ และเมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีหรือไม่มีห้องนอนอยู่ชั้นล่าง, ใต้หรือไม่ได้บนเตียง, มีหรือไม่มีห้องน้ำ/ส้วมอยู่ภายในบ้าน และมีหรือไม่มีราวบันไดในบ้าน ที่แตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตที่ดีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่มีส้วมแบบนั่งห้อยเท้า ซึ่งเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดีในระดับมากหรือในระดับปานกลาง ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ และเมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่าผู้สูงอายุที่มีหรือไม่มีส้วมแบบนั่งห้อยเท้า ที่แตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตที่ดีแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่มีราวจับในห้องนอน และไม่มีราวจับในห้องน้ำ ซึ่งเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีในระดับมากและระดับปานกลาง ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ ซึ่งเมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีหรือไม่มีส้วมแบบนั่งห้อยเท้า, มีหรือไม่มีราวจับในห้องนอน และมีหรือไม่มีราวจับในห้องน้ำ ที่แตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตที่ดีไม่แตกต่างกัน

สำหรับค่า Eta ของสุขภาพจิต ที่จะถูกพยากรณ์โดยสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน แต่ละองค์ประกอบ ได้แก่ เมื่อทราบถึงการมีส้วมแบบนั่งห้อยเท้า, การได้นอนบนเตียงนอน, การมีห้องน้ำ/ส้วมอยู่ภายในบ้าน, การมีห้องนอนอยู่ชั้นล่าง, การมีราวบันไดในบ้าน, การมีราวจับในห้องน้ำ และการมีราวจับในห้องนอน จะสามารถพยากรณ์สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุได้ถูกต้องที่ร้อยละ 12.2, 11.4, 10.5, 5.7, 5.5, 2.4 และ 0.0 ตามลำดับ ของความผันแปรในสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และเมื่อทราบดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านรวมจะสามารถพยากรณ์สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุได้ถูกต้องที่ร้อยละ 18.6 ของความผันแปรในสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านรวมที่ระดับปานกลาง และระดับน้อยตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีในระดับมากหรือในระดับปานกลาง ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ และเมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านรวมที่แตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตที่ดีแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อทดสอบสหสัมพันธ์เชิงเส้น ก็พบว่า ดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านรวมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่ดีในทิศทางเดียวกันที่ระดับน้อย (0.123) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตที่ดีระหว่างกลุ่มผู้ที่มีดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านรวมเปรียบเทียบเรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ กลุ่มผู้ที่มีดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านรวมระดับมาก, กลุ่มระดับปานกลาง และกลุ่มระดับน้อย ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่น้อยกว่า สำหรับในกรณีที่ยังไม่มีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต้นอื่นๆ (ตารางที่ 17 และแผนภาพที่ 4)

ตารางที่ 17 สุขภาพจิตจำแนกตามสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน

สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน จาก 7 องค์ประกอบ (รวม 13,331 ราย)		ระดับสุขภาพจิตที่ดี: ร้อยละ (จำนวน)			
		น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม
1) การมีห้องนอนอยู่ชั้นล่าง	มี	0.58	30.46	39.65	70.69 (9,424)
χ^2 71.446* df 38 Eta 0.057	ไม่มี	0.08	11.51	17.71	29.31 (3,907)
2) การได้นอนบนเตียงนอน	มี	0.28	22.02	35.56	57.86 (7,713)
χ^2 208.931** df 38 Eta 0.114	ไม่มี	0.38	19.95	21.81	42.14 (5,618)
3) การมีส้วมแบบนั่งห้อยเท้า	มี	0.17	12.96	22.79	35.92 (4,788)
χ^2 236.297** df 38 Eta 0.122	ไม่มี	0.50	29.02	34.57	64.08 (8,543)
4) การมีห้องน้ำ/ส้วมอยู่ภายในบ้าน	มี	0.44	32.10	48.03	80.56 (10,740)
χ^2 200.182** df 38 Eta 0.105	ไม่มี	0.23	9.88	9.33	19.44 (2,591)
5) การมีราวบันได	มี	0.26	22.67	33.43	56.36 (7,513)
χ^2 72.508* df 38 Eta 0.055	ไม่มี	0.40	19.31	23.94	43.64 (5,818)
6) การมีราวจับในห้องนอน	มี	0.06	1.67	2.18	3.92 (522)
χ^2 62.518 df 14 Eta 0.000	ไม่มี	0.60	40.30	55.18	96.08 (12,809)
7) การมีราวจับในห้องน้ำ	มี	0.06	3.02	4.12	7.20 (960)
χ^2 54.568 df 38 Eta 0.024	ไม่มี	0.60	38.95	53.24	92.80 (12,371)
ดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านรวม		0.66	41.98	57.36	100.00 (13,331)
χ^2 5,807.460* df 3,952	- ระดับมาก	0.06	4.71	8.03	12.80 (1,706)
Correlation 0.123*	- ระดับปานกลาง	0.31	21.66	33.33	55.29 (7,371)
Eta 0.186	- ระดับน้อย	0.29	15.61	16.01	31.91 (4,254)
ค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน					
- ระดับปานกลาง > ระดับน้อย	0.00070**	สรุป สุขภาพจิตของผู้สูงอายุจากกลุ่มสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน			
- ระดับมาก > ระดับน้อย	0.00088**				
- ระดับมาก > ระดับปานกลาง	0.00018*	กลุ่มระดับมาก > กลุ่มระดับปานกลาง > กลุ่มระดับน้อย			

หมายเหตุ : ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.3.3 สุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว

การทดสอบความสัมพันธ์ภายใต้องค์ประกอบของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุมีบุคคลอื่นอยู่ด้วยในครัวเรือนเป็นบุตรอย่างน้อย 1 คน หรือมีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุตรอยู่ด้วย ตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีในระดับมากหรือระดับปานกลาง ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ และเมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่าผู้สูงอายุที่มีบุคคลอื่นอยู่ด้วยในครัวเรือนที่แตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตที่ดีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบสหสัมพันธ์เชิงเส้น ก็พบว่า ผู้สูงอายุที่มีบุคคลอื่นอยู่ด้วยในครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับระดับสุขภาพจิตที่ดีในทิศทางเดียวกันที่ระดับน้อย (0.088) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มบุคคลอื่นที่อยู่ด้วยในครัวเรือน พบว่า กลุ่มบุคคลที่อยู่ด้วยในครัวเรือนเป็นบุคคลอื่นที่

ไม่ใช่บุตร และกลุ่มที่บุตรอยู่ด้วยอย่างน้อย 1 คน จะมีค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตที่ดีมากกว่ากลุ่มที่อยู่โดยลำพัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่าการที่ผู้สูงอายุมีบุคคลอื่นอยู่ด้วยในครัวเรือนที่เป็นบุตรหรือไม่ใช่บุตรก็ตามมีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้ที่อยู่โดยลำพัง อาจเนื่องมาจากการมีผู้อยู่ด้วยในครัวเรือนจะสามารถสนับสนุนด้านต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ

โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุมีการเยี่ยมเยียนกับบุตรทุกวันหรือบุตรอยู่ด้วย ซึ่งเป็นผู้มีสุขภาพจิตที่ดีในระดับมากหรือในระดับปานกลาง ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ เมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ ก็พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความถี่ในการได้เยี่ยมเยียนกับบุตรที่แตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตที่ดีแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบสหสัมพันธ์เชิงเส้นก็พบว่า ความถี่ในการเยี่ยมเยียนกับบุตรมีความสัมพันธ์กับระดับสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุในทิศทางเดียวกันที่ระดับน้อย (0.072) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุระหว่างความถี่ในการเยี่ยมเยียนกับบุตร ก็พบว่า กลุ่มที่มีการเยี่ยมเยียนกับบุตรทุกวันหรือบุตรอยู่ด้วย, กลุ่มที่มีการเยี่ยมเยียนกับบุตรทุกสัปดาห์, กลุ่มที่มีการเยี่ยมเยียนกับบุตรทุกเดือน และกลุ่มที่มีการเยี่ยมเยียนกับบุตรอย่างน้อยปีละครั้ง ต่างมีค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตที่ดีมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยติดต่อกับบุตรเลยหรือไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่ และกลุ่มที่มีการเยี่ยมเยียนกับบุตรทุกวันหรือบุตรอยู่ด้วย และกลุ่มที่เยี่ยมเยียนกับบุตรทุกเดือน ต่างมีค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตที่ดีมากกว่ากลุ่มที่มีการเยี่ยมเยียนกับบุตรอย่างน้อยปีละครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีความถี่ในการได้เยี่ยมเยียนกับบุตรมากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความถี่ในการได้เยี่ยมเยียนกับบุตรน้อยกว่า

โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุได้คุยโทรศัพท์กับบุตรทุกวันหรือบุตรอยู่ด้วย เป็นผู้มีสุขภาพจิตที่ดีในระดับมากหรือในระดับปานกลาง ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ เมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ ก็พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความถี่ในการได้คุยโทรศัพท์กับบุตรที่แตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตที่ดีแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบสหสัมพันธ์เชิงเส้น ก็พบว่า ความถี่ในการได้พูดคุยโทรศัพท์กับบุตรมีความสัมพันธ์กับระดับสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุในทิศทางเดียวกันที่ระดับน้อย (0.124) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มความถี่ในการได้คุยโทรศัพท์กับบุตร ก็พบว่า กลุ่มที่ได้คุยโทรศัพท์กับบุตรทุกวันหรือบุตรอยู่ด้วย และกลุ่มที่ได้พูดคุยโทรศัพท์กับบุตรทุกสัปดาห์ จะมีค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตที่ดีมากกว่ากลุ่มที่ได้คุยโทรศัพท์กับบุตรทุกเดือน และกลุ่มที่ได้คุยโทรศัพท์กับบุตรอย่างน้อยปีละครั้ง นอกจากนั้นกลุ่มที่ได้คุยโทรศัพท์กับบุตรทุกวันหรือบุตรอยู่ด้วย, กลุ่มที่ได้คุยโทรศัพท์กับบุตรทุกสัปดาห์ และกลุ่มที่ได้คุยโทรศัพท์กับบุตรทุกเดือน จะมีค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตที่ดีมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยติดต่อกับบุตรเลยหรือไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความถี่ในการได้คุยโทรศัพท์กับบุตรที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความถี่ในการได้คุยโทรศัพท์กับบุตรน้อยกว่า

โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุได้รับเงินจากบุตร และได้รับสิ่งของจากบุตร เป็นผู้มีสุขภาพจิตที่ดีในระดับมากหรือในระดับปานกลาง ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ และเมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้หรือไม่ได้รับเงินจากบุตร และได้หรือไม่ได้รับสิ่งของจากบุตร ที่แตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตที่ดีแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สำหรับค่า Eta ของสุขภาพจิต ที่จะถูกพยากรณ์โดยสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวในแต่ละองค์ประกอบ ได้แก่ เมื่อทราบถึงความถี่ในการได้คุยทางโทรศัพท์กับบุตร, การมีผู้อยู่ด้วยในครัวเรือน, ความถี่ในการได้เยี่ยมเยียนกับบุตร, การได้รับสิ่งของจากบุตร และการได้รับเงินจากบุตร จะสามารถพยากรณ์สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุได้ถูกต้องที่ร้อยละ 12.6, 11.1, 8.4, 5.7 และ 0.1 ตามลำดับ ของความผันแปรในสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และเมื่อทราบดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวรวมจะสามารถพยากรณ์สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุได้ถูกต้องที่ร้อยละ 21.9 ของความผันแปรในสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวรวมที่ระดับมาก ซึ่งเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีในระดับมากหรือในระดับปานกลาง ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้เมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวรวมที่แตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตที่ดีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบสหสัมพันธ์เชิงเส้น ก็พบว่า ดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวรวมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่ดีในทิศทางเดียวกันที่ระดับน้อย (0.109) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตที่ระหว่างกลุ่มผู้ที่มีดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวรวมเปรียบเทียบเรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ กลุ่มผู้ที่มีดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวรวมในระดับมาก, กลุ่มระดับปานกลาง และกลุ่มระดับน้อย ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่น้อยกว่า สำหรับในกรณีที่ยังไม่ได้มีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต้นอื่นๆ (ตารางที่ 18 และแผนภาพที่ 4)

ตารางที่ 18 สุขภาพจิตจำแนกตามสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว

สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว		ระดับสุขภาพจิตที่ตี: ร้อยละ (จำนวน)			
จาก 5 องค์ประกอบ (รวม 13,331 ราย)		น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม
1) การมีผู้ช่วยด้วยในครัวเรือน	บุตรอย่างน้อย 1 คน	0.23	19.32	28.29	47.84 (6377)
χ^2 325.541** df 76	บุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุตร	0.14	12.84	19.73	32.71 (4,361)
Correlation 0.088** Eta 0.111	อยู่โดยลำพัง	0.29	9.81	9.35	19.45 (2,593)
ค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้ช่วยด้วยในครัวเรือน					
- กลุ่มที่อยู่กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุตร > กลุ่มที่อยู่โดยลำพัง	0.00081**	สรุป สุขภาพจิตของผู้สูงอายุจากกลุ่มผู้ช่วยด้วยในครัวเรือน			
- กลุ่มที่อยู่กับบุตร > กลุ่มที่อยู่โดยลำพัง	0.00077**	กลุ่มที่อยู่กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุตร และกลุ่มที่อยู่กับบุตรอย่างน้อย 1 คน > กลุ่มที่อยู่โดยลำพัง			
2) การได้เยี่ยมเยียนกับบุตร	ทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย	0.32	24.95	35.98	61.24 (8,164)
χ^2 316.484** df 152	ทุกสัปดาห์	0.04	2.69	3.73	6.46 (861)
Correlation 0.072**	ทุกเดือน	0.05	4.00	6.31	10.35 (1,380)
Eta 0.084	อย่างน้อยปีละครั้ง	0.10	5.59	6.60	12.29 (1,638)
	ไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	0.17	4.75	4.75	9.66 (1,268)
ค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตแตกต่างกันระหว่างกลุ่มความถี่ในการได้เยี่ยมเยียนกับบุตร					
- กลุ่มอย่างน้อยปีละครั้ง > กลุ่มไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	0.00036**	สรุป สุขภาพจิตของผู้สูงอายุจากกลุ่มความถี่ในการเยี่ยมเยียนกับบุตร			
- กลุ่มทุกเดือน > กลุ่มไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	0.00080**	- กลุ่มทุกเดือน และกลุ่มทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย > กลุ่มอย่างน้อยปีละครั้ง			
- กลุ่มทุกเดือน > กลุ่มอย่างน้อยปีละครั้ง	0.00044**	- กลุ่มไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่			
- กลุ่มทุกสัปดาห์ > กลุ่มไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	0.00067**	- กลุ่มทุกสัปดาห์ > กลุ่มไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่			
- กลุ่มทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย > กลุ่มไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	0.00073**				
- กลุ่มทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย > กลุ่มอย่างน้อยปีละครั้ง	0.00037**				
3) การได้คุยโทรศัพท์กับบุตร	ทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย	0.28	22.87	35.41	58.56 (7,807)
χ^2 455.387** df 152	ทุกสัปดาห์	0.04	5.01	7.72	12.77 (1,702)
Correlation 0.124**	ทุกเดือน	0.05	5.17	5.94	11.16 (1,488)
Eta 0.126	อย่างน้อยปีละครั้ง	0.02	1.01	0.91	1.94 (258)
	ไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	0.28	7.91	7.38	15.57 (2,076)
ค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตแตกต่างกันระหว่างกลุ่มความถี่ในการได้พูดคุยโทรศัพท์กับบุตร					
- กลุ่มทุกเดือน > กลุ่มไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	0.00042**	สรุป สุขภาพจิตของผู้สูงอายุจากกลุ่มความถี่ในการได้พูดคุยโทรศัพท์กับบุตร			
- กลุ่มทุกสัปดาห์ > กลุ่มไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	0.00082**	- กลุ่มทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย และกลุ่มทุกสัปดาห์ > กลุ่มทุกเดือน			
- กลุ่มทุกสัปดาห์ > กลุ่มอย่างน้อยปีละครั้ง	0.00085*	> กลุ่มไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่			
- กลุ่มทุกสัปดาห์ > กลุ่มทุกเดือน	0.00041**	- กลุ่มทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย และกลุ่มทุกสัปดาห์ > กลุ่มอย่างน้อยปีละครั้ง			
- กลุ่มทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย > กลุ่มไม่เคยติดต่อ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	0.00092**				
- กลุ่มทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย > กลุ่มอย่างน้อยปีละครั้ง	0.00095**				
- กลุ่มทุกวัน/บุตรอยู่ด้วย > กลุ่มทุกเดือน	0.00050**				

(มีต่อ)

ตารางที่ 18 (ต่อ)

สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว		ระดับสุขภาพจิตที่ดี: ร้อยละ (จำนวน)			
จาก 5 องค์ประกอบ (รวม 13,331 ราย)		น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม
4) การได้รับเงินจากบุตร	ได้รับ	0.37	31.54	42.89	74.80 (9,972)
X^2 74.355** df 38 Eta 0.001	ไม่ได้รับ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	0.29	10.43	14.47	25.20 (3,359)
5) การได้รับสิ่งของจากบุตร	ได้รับ	0.35	31.81	45.35	77.52 (10,334)
X^2 95.704** df 38 Eta 0.057	ไม่ได้รับ/ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	0.31	10.16	12.01	22.48 (2,997)
ดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวรวม		0.66	41.98	57.36	100.00 (13,331)
X^2 8,762.153* df 6,536	- ระดับมาก	0.28	24.83	38.29	63.39 (8,451)
Correlation 0.109**	- ระดับปานกลาง	0.15	11.60	14.23	25.98 (3,464)
Eta 0.219	- ระดับน้อย	0.23	5.54	4.85	10.62 (1,416)
ค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตแตกต่างกันระหว่างกลุ่มสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว					
- ระดับปานกลาง > ระดับน้อย	0.00072**	สรุป สุขภาพจิตของผู้สูงอายุจากกลุ่มสภาพแวดล้อมทางสังคม			
- ระดับมาก > ระดับน้อย	0.00111**	จากครอบครัว			
- ระดับมาก > ระดับปานกลาง	0.00038**	กลุ่มระดับมาก > กลุ่มระดับปานกลาง > กลุ่มระดับน้อย			

หมายเหตุ : ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.3.4 สุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม

การทดสอบความสัมพันธ์ภายใต้องค์ประกอบของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมกับการสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุที่ได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐหรือสังคม และเคยได้รับบริการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลรัฐ จะเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีในระดับมากหรือในระดับปานกลาง ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ เมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่าผู้สูงอายุที่ได้หรือไม่ได้เงินช่วยเหลือจากรัฐหรือสังคม และเคยหรือไม่เคยได้รับบริการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลรัฐ ที่แตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตที่ดีแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผู้สูงอายุที่ทั้งได้รับหรือไม่ได้รับบริการสุขภาพและความช่วยเหลือจากรัฐมีระดับใกล้เคียงกันเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีในระดับมากหรือในระดับปานกลาง ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ และเมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับหรือไม่ได้รับบริการสุขภาพและความช่วยเหลือจากรัฐ ที่แตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตที่ดีไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อทดสอบสหสัมพันธ์เชิงเส้นกลับพบว่า การได้รับบริการสุขภาพและความช่วยเหลือจากรัฐมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุในทิศทางเดียวกันที่ระดับน้อย (0.024) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุได้รับแหล่งข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุจำนวน 2 แหล่ง เป็นผู้สุขภาพจิตที่ดีในระดับมากหรือในระดับปานกลาง ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ และเมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุที่แตกต่างกันจะมีสุขภาพจิต

ที่ดีแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบสหสัมพันธ์เชิงเส้น ก็พบว่า จำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ผู้สูงอายุได้รับมีความสัมพันธ์กับระดับสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุในทิศทางเดียวกันที่ระดับน้อย (0.094) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุระหว่างจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุที่ได้รับ เปรียบเทียบเรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุตั้งแต่ 4 แหล่งขึ้นไป, กลุ่ม 2 แหล่ง และกลุ่ม 1 แหล่ง และกลุ่มที่ไม่ได้รับจากแหล่งใดเลย ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุจาก 3 แหล่งจะมีค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตที่ดีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุเพียง 1 แหล่ง และกลุ่มที่ไม่ได้รับจากแหล่งใดเลย ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุด้วยจำนวนแหล่งข่าวสารที่มากกว่ามีโอกาสจะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุด้วยจำนวนแหล่งข่าวสารที่น้อยกว่า

สำหรับค่า Eta ของสุขภาพจิต ที่จะถูกพยากรณ์โดยสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมในแต่ละองค์ประกอบ ได้แก่ เมื่อทราบถึงจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุที่ได้รับ, การที่เคยได้รับบริการรักษาพยาบาลจากจากโรงพยาบาลรัฐ, การได้รับบริการสุขภาพและความช่วยเหลือจากรัฐ และการได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐหรือสังคม จะสามารถพยากรณ์สุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ถูกต้องที่ร้อยละ 9.5, 4.4, 2.4 และ 0.0 ตามลำดับ ของความผันแปรในสุขภาพจิตดีของผู้สูงอายุ และเมื่อทราบดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมนรวมจะสามารถพยากรณ์สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุได้ถูกต้องที่ร้อยละ 13.2 ของความผันแปรในสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมนรวมที่ระดับปานกลางซึ่งเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีในระดับมากหรือในระดับปานกลาง ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ เมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ ก็พบว่า ผู้สูงอายุที่มีดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่แตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตที่ดีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบสหสัมพันธ์เชิงเส้น ก็พบว่า ดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมนรวมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุในทิศทางเดียวกันที่ระดับน้อย (0.082) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตที่ดีระหว่างกลุ่มผู้ที่มีดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมนรวมที่ระดับมาก, กลุ่มระดับปานกลาง และกลุ่มระดับน้อย ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมนที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมนที่น้อยกว่า สำหรับในกรณีที่ยังไม่มีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต้นอื่นๆ (ตารางที่ 19 และแผนภาพที่ 4)

ตารางที่ 19 สุขภาพจิตจำแนกตามสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม

สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม จาก 4 องค์ประกอบ (รวม 13,331 ราย)		ระดับสุขภาพจิตที่ดี: ร้อยละ (จำนวน)			
		น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม
1) การได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐ/สังคม	ได้รับ	0.59	36.90	50.03	87.53 (11,668)
	ไม่ได้รับ	0.07	5.08	7.33	12.47 (1,663)
2) เคยรับบริการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลรัฐ	ได้รับ	0.47	25.43	32.02	57.92 (7,721)
	ไม่ได้รับ	0.19	16.55	25.35	42.08 (5,610)
3) ได้รับการดูแลสุขภาพและความช่วยเหลือจากรัฐ	ได้รับ	0.27	19.79	27.88	47.94 (6,391)
	ไม่ได้รับ	0.39	22.19	29.48	52.06 (6,940)
4) จำนวนแหล่งข่าวสารผู้สูงอายุที่ได้รับ	4 แหล่งขึ้นไป	0.08	6.83	11.51	18.42 (2,455)
	3 แหล่ง	0.11	7.31	10.52	17.94 (2,391)
	2 แหล่ง	0.08	10.61	14.40	25.09 (3,345)
	1 แหล่ง	0.24	9.72	12.47	22.44 (2,991)
	ไม่ได้รับเลย	0.16	7.50	8.46	16.12 (2,149)
ค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตแตกต่างกันระหว่างกลุ่มจำนวนแหล่งข่าวสารผู้สูงอายุที่ได้รับ					
- กลุ่มจำนวน 2 แหล่ง > กลุ่มไม่ได้รับ	0.00036**	สรุป สุขภาพจิตของผู้สูงอายุจากกลุ่มจำนวนแหล่งข่าวสาร			
- กลุ่มจำนวน 2 แหล่ง > กลุ่มจำนวน 1 แหล่ง	0.00029**	ผู้สูงอายุที่ได้รับ			
- กลุ่มจำนวน 3 แหล่ง > กลุ่มไม่ได้รับ	0.00053**	- กลุ่มจำนวนตั้งแต่ 4 แหล่งขึ้นไป > กลุ่มจำนวน 2 แหล่ง >			
- กลุ่มจำนวน 3 แหล่ง > กลุ่มจำนวน 1 แหล่ง	0.00046**	กลุ่มจำนวน 1 แหล่ง และกลุ่มไม่ได้รับเลย			
- กลุ่มจำนวนตั้งแต่ 4 แหล่งขึ้นไป > กลุ่มไม่ได้รับ	0.00075**	- กลุ่มจำนวน 3 แหล่ง > กลุ่มจำนวน 1 แหล่ง และกลุ่มไม่ได้			
- กลุ่มจำนวนตั้งแต่ 4 แหล่งขึ้นไป > กลุ่มจำนวน 1 แหล่ง	0.00068**	รับเลย			
- กลุ่มจำนวนตั้งแต่ 4 แหล่งขึ้นไป > กลุ่มจำนวน 2 แหล่ง	0.00039**				
ดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมรวม		0.66	41.98	57.36	100.00 (13,331)
X^2 3,351.011** df 2,698	- ระดับมาก	0.02	1.19	2.48	3.69 (492)
Correlation 0.082**	- ระดับปานกลาง	0.29	23.45	32.63	56.37 (7,515)
Eta 0.132	- ระดับน้อย	0.35	17.34	22.26	39.94 (5,324)
ค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตแตกต่างกันระหว่างกลุ่มสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม					
- ระดับปานกลาง > ระดับน้อย	0.00028**	สรุป สุขภาพจิตของผู้สูงอายุจากกลุ่มสภาพแวดล้อมทางสังคม			
- ระดับมาก > ระดับน้อย	0.00099**	จากรัฐ/ชุมชน/สังคม			
- ระดับมาก > ระดับปานกลาง	0.00072**	กลุ่มระดับมาก > กลุ่มระดับปานกลาง > กลุ่มระดับน้อย			

หมายเหตุ : ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.3.5 สุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมทางสังคม

การทดสอบความสัมพันธ์ภายใต้องค์ประกอบของการมีส่วนร่วมทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุไม่ได้ทำงานแล้ว ซึ่งเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีในระดับมากหรือในระดับปานกลาง ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ และเมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่าผู้สูงอายุที่ยังทำงานหรือไม่ได้ทำงานแล้ว ที่แตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมครอบครัว, ได้ร่วมกิจกรรมกลุ่มหรือชมรม และได้ร่วมกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีในระดับมากหรือในระดับปานกลาง ตามลำดับเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ และเมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้หรือไม่ได้ร่วมกิจกรรมครอบครัว, ได้หรือไม่ได้ร่วมกิจกรรมกลุ่มหรือชมรม และได้หรือไม่ได้ร่วมกิจกรรมทางศาสนา ที่แตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สำหรับค่า Eta ของสุขภาพจิต ที่จะถูกพยากรณ์โดยการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุในแต่ละองค์ประกอบ ได้แก่ เมื่อทราบถึงการร่วมกิจกรรมทางศาสนา, การร่วมกิจกรรมครอบครัว, การร่วมกิจกรรมกลุ่มหรือชมรม และการที่ยังได้ทำงานอยู่ จะสามารถพยากรณ์สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุได้ถูกต้องที่ร้อยละ 13.5, 11.3, 9.4 และ 6.4 ตามลำดับของความผันแปรในสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และเมื่อทราบดัชนีการมีส่วนร่วมทางสังคมรวมจะสามารถพยากรณ์สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุได้ถูกต้องที่ร้อยละ 18.4 ของความผันแปรในสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีดัชนีการมีส่วนร่วมทางสังคมรวมที่ระดับน้อยหรือระดับปานกลางตามลำดับ เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีในระดับมาก เมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางไขว้ และเมื่อทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีดัชนีการมีส่วนร่วมทางสังคมรวมที่แตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตที่ดีแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อทดสอบสหสัมพันธ์เชิงเส้น ก็พบว่า ดัชนีการมีส่วนร่วมทางสังคมรวมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุในทิศทางเดียวกันที่ระดับน้อย (0.168) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตที่ดีระหว่างกลุ่มระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมเปรียบเทียบเรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนร่วมทางสังคมที่ระดับมาก, กลุ่มระดับปานกลาง และกลุ่มระดับน้อย ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

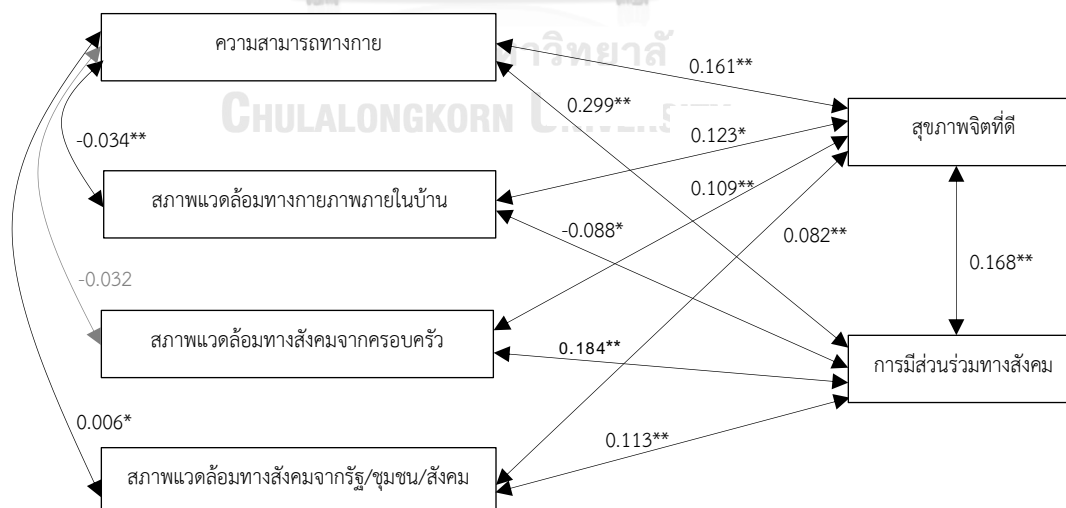
สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมทางสังคมที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมทางสังคมที่น้อยกว่า สำหรับในกรณีที่ยังไม่มีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต้นอื่นๆ (ตารางที่ 20 และแผนภาพที่ 4)

ตารางที่ 20 สุขภาพจิตจำแนกตามการมีส่วนร่วมทางสังคม

การมีส่วนร่วมทางสังคม		ระดับสุขภาพจิตที่ดี: ร้อยละ (จำนวน)				
จาก 4 องค์ประกอบ (รวม 13,331 ราย)		น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม	
1) การยังได้ทำงาน	ได้ทำ	0.09	15.69	24.16	39.94 (5,325)	
	ไม่ได้ทำ	0.57	26.28	33.20	60.05 (8,006)	
χ^2 105.271** df 38 Eta 0.064						
2) การร่วมกิจกรรมครอบครัว	ได้ร่วม	0.33	31.23	46.91	78.49 (10,463)	
	ไม่ได้ร่วม	0.32	10.74	10.45	21.51 (2,868)	
χ^2 248.708** df 38 Eta 0.113						
3) การร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม	ได้ร่วม	0.26	30.08	43.94	74.87 (9,901)	
	ไม่ได้ร่วม	0.41	11.90	13.43	25.73 (3,430)	
χ^2 182.196** df 38 Eta 0.094						
4) การร่วมกิจกรรมทางศาสนา	ได้ร่วม	0.37	37.29	53.73	91.39 (12,183)	
	ไม่ได้ร่วม	0.29	4.69	3.63	8.61 (1,148)	
χ^2 373.978** df 38 Eta 0.135						
ดัชนีการมีส่วนร่วมทางสังคมรวม		8.27	22.98	68.74	100.00 (13,331)	
χ^2 1,404.829** df 532		- ระดับมาก	0.32	0.18	0.16	0.60 (80)
Correlation 0.168**		- ระดับปานกลาง	4.61	10.58	26.79	41.98 (5,596)
Eta 0.184		- ระดับน้อย	3.35	12.22	41.80	57.36 (7,647)
ค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตแตกต่างกันระหว่างกลุ่มการมีส่วนร่วมทางสังคม						
- ระดับปานกลาง > ระดับน้อย	0.00097**	สรุป สุขภาพจิตของผู้สูงอายุจากกลุ่มการมีส่วนร่วมทางสังคม				
- ระดับมาก > ระดับน้อย	0.00157**	กลุ่มระดับมาก > กลุ่มระดับปานกลาง > กลุ่มระดับน้อย				
- ระดับมาก > ระดับปานกลาง	0.00060**					

หมายเหตุ : ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

แผนภาพที่ 4 สรุปความสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงเส้น



ที่มา : จัดทำโดยผู้วิจัย

หมายเหตุ : ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 6

การศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิต

บทนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยกำหนดที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ (1) การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรต้น (2) การทดสอบปัจจัยกำหนดการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ (3) การทดสอบปัจจัยกำหนดสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ และการทดสอบความเป็นตัวแปรแทรกกลางของการมีส่วนร่วมทางสังคมที่ส่งอิทธิพลไปสู่สุขภาพจิตที่ดี โดยมีรายละเอียดดังนี้

6.1 การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น

ในการวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดการมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้วยการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงซ้อน (Multiple Linear Regression Analysis) ควรทำการทดสอบสหสัมพันธ์เชิงเส้นของตัวแปรต้นก่อน เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรต้นว่ามีค่ามากน้อยเพียงไร เนื่องจากถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงเส้น (Pearson Correlation) มีค่ามากเกินไป อาจส่งผลให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์พหุรวมเชิงเส้นระหว่างคู่ตัวแปรนั้นๆ ได้ (Multicollinearity) ซึ่งอาจไม่ควรรวมใช้ตัวแปรคู่ๆ ในการวิเคราะห์ภายใต้แบบจำลองเดียวกัน โดย บุญธรรม กิจปรีดา บริสุทธิ์ (2549: 346) เสนอว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแต่ละคู่ตัวแปรไม่ควรสูงเกิน 0.70 หรือไม่ควรต่ำกว่า -0.70 ซึ่งอาจจำเป็นต้องพิจารณาเลือกตัดตัวแปรตัวใดตัวหนึ่งออกเพื่อความเหมาะสม

จากผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงเส้นของตัวแปรต้นทุกตัวรวมทั้งตัวแปรแทรกกลางที่ใช้ในการศึกษานี้ พบว่า โดยส่วนมากตัวแปรแต่ละคู่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงเส้นไม่สูงเกิน 0.70 หรือไม่ต่ำกว่า -0.70 ซึ่งหมายความว่า ตัวแปรแต่ละคู่มีความสัมพันธ์กันไม่สูงหรือต่ำเกินไปจากเกณฑ์ มีแต่เพียงตัวแปรบางคู่เท่านั้นซึ่งเป็นตัวแปรเทอมปฏิสัมพันธ์ที่สร้างขึ้นจากผลคูณระหว่างตัวแปรต้น 2 ตัวที่ประกอบอยู่ในการศึกษานี้แล้วจึงทำให้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าสูงเกิน 0.70 หรือต่ำกว่า -0.70 ซึ่งตัวแปรเทอมปฏิสัมพันธ์เหล่านี้จำเป็นสำหรับการศึกษาเพื่อทดสอบแนวคิดของการวิจัยจึงไม่สามารถตัดออกได้ (พิจารณาผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงเส้นจากตารางที่ 21)

ตารางที่ 21 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรต้นทั้งหมดของการศึกษา

ที่	รายการตัวแปรต้น (รวม 13,331 ราย) (หญิง)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1	เพศ: ชาย																					
2	อายุ	-0.040																				
3	สุขภาพจากประเมินตนเอง	.090	-0.172																			
4	ระดับการศึกษาสูงสุด: อุดมศึกษา (ไม่เคยเรียน)	.061	-0.086	.109																		
5	มัธยมศึกษา	.119	-0.067	.073	-0.074																	
6	ประถมศึกษา	-0.024	.002	-0.048	-.441	-0.529																
7	สถานภาพสมรส: โสด (สมรส)	-.150	-0.066	.003	.074	.005	-0.024															
8	หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	-.518	.186	-.092	-.091	-.104	.026	-.192														
9	ที่อยู่อาศัย: ในเขตเทศบาล (นอกเขตเทศบาล)	-.054	-0.008	.028	.154	.144	-.131	.067	.008													
10	รายได้ต่อปี: ตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป (ต่ำกว่า 10,000 บาท)	.101	-.127	.144	.344	.181	-.237	.007	-.122	.116												
11	30,000-99,999 บาท	.025	-.104	.060	-.124	-.024	.123	-.020	-.044	-.005	-.368											
12	10,000-29,999 บาท	-.054	.096	-.079	-.061	-.052	.026	-.001	.072	-.042	-.234	-.526										
13	ความเพียงพอของรายได้ (ไม่พอ/พอบางครั้ง)	.042	.009	.201	.136	.086	-.084	.011	-.049	.063	.194	.083	-.095									
14	ความสามารถทางการเงิน	.173	-.411	.311	.089	.092	-.013	.017	-.178	.022	.132	.101	-.091	.075								
15	สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน	-.022	.046	.033	.179	.154	-.118	.019	-.026	.243	.179	.013	-.080	.207	-.034							
16	ความสามารถทางการเงิน x สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน	.156	-.382	.285	.101	.090	-.033	.022	-.165	.010	.131	.069	-.081	.060	.923	-.075						
17	สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว	.089	.062	.010	-.073	.005	.032	-.509	.048	-.041	.031	.032	-.015	.042	-.032	.037	-.041					
18	ความสามารถทางการเงิน x สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว	.164	-.383	.276	.068	.080	-.005	.005	-.168	.014	.120	.090	-.086	.058	.929	-.044	.868	-.039				
19	สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม	.015	-.001	.015	.085	.037	-.014	-.016	-.022	.013	.054	-.019	-.009	.062	.006	.101	.000	.028	-.004			.19
20	ความสามารถทางการเงิน x สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม	.154	-.353	.272	.092	.087	-.031	.009	-.156	.025	.127	.078	-.076	.064	.905	-.024	.849	-.027	.847			.034
21	การมีส่วนร่วมทางสังคม	.164	-.274	.196	-.060	-.010	.104	-.090	-.234	-.140	.063	.152	-.091	.015	.299	-.088	.277	.184	-.276	.113		.261

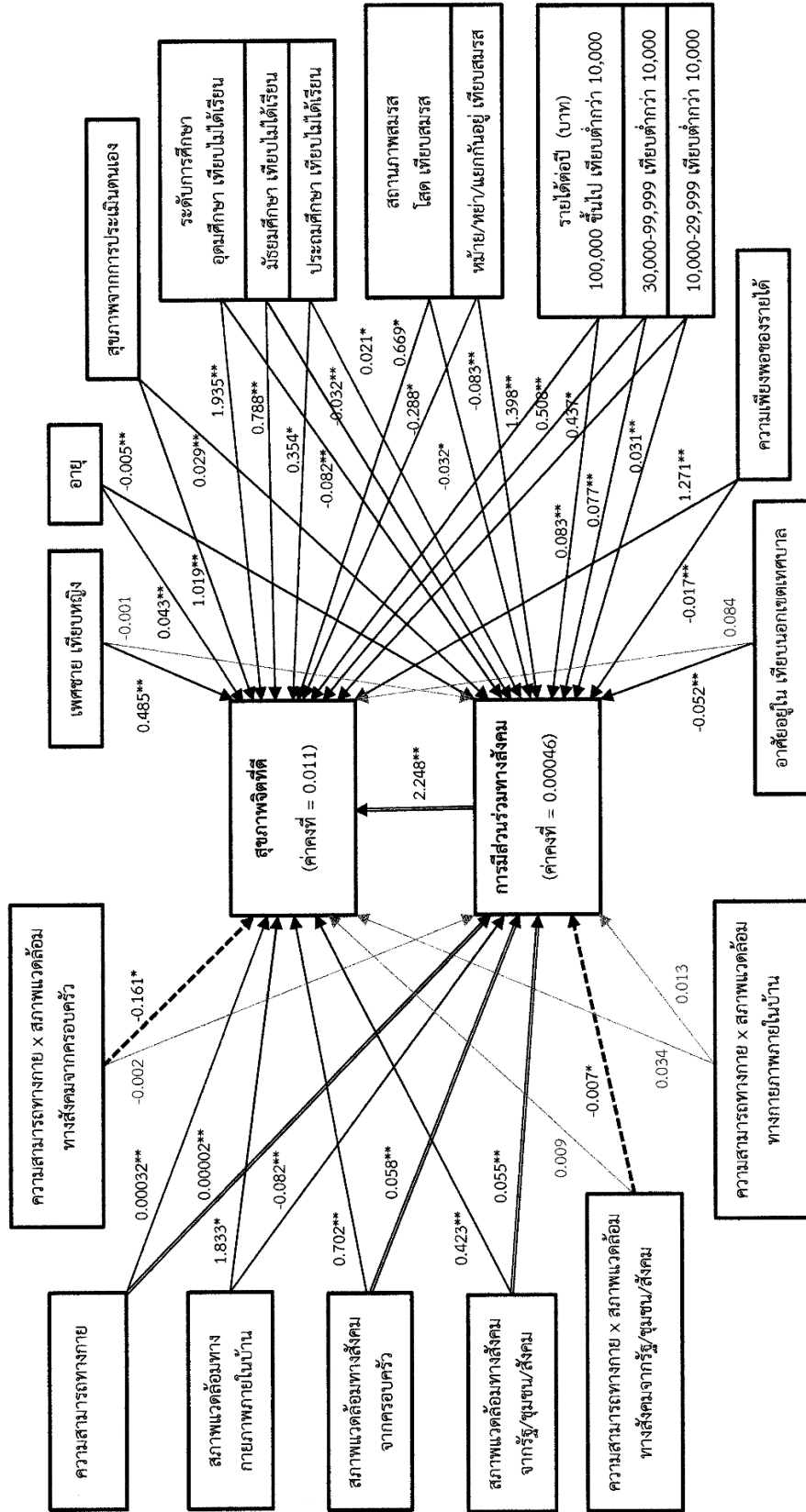
ที่มา : จัดทำโดยผู้วิจัย

ตารางที่ 22 ผลการทดสอบความแตกต่างเชิงซ้อนระหว่างตัวแปรต้นกับการมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ใน 3 แบบจำลอง

	แบบจำลองที่ 1 ตัวแปรตาม: สุขภาพจิตที่ดี (ตัวแปรต้นไม่รวม: การมีส่วนร่วมทางสังคม)		แบบจำลองที่ 2 (ตัวแปรตาม: การมีส่วนร่วมทางสังคม)		แบบจำลองที่ 3 ตัวแปรตาม: สุขภาพจิตที่ดี (ตัวแปรต้นรวม: การมีส่วนร่วมทางสังคม)	
	ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ		ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ		ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ	
	เงินส่วน (B)	มาตรฐาน (S)	เงินส่วน (B)	มาตรฐาน (S)	เงินส่วน (B)	มาตรฐาน (S)
(ค่าคงที่)	0.012	0.00030	0.00046	0.00001	0.011	0.00030
เพศ: ชาย	0.484**	0.107	-0.001	0.004	0.485**	0.106
อายุ	0.032**	0.007	-0.005**	0.000	0.043**	0.007
สุขภาพจากประเมินตนเอง	1.085**	0.058	0.029**	0.002	1.019**	0.058
ระดับการศึกษาสูงสุด: อุดมศึกษา	1.751**	0.247	-0.082**	0.010	1.935**	0.247
มัธยมศึกษา	0.715*	0.216	-0.032**	0.009	0.788**	0.215
ประถมศึกษา	0.400*	0.147	0.021*	0.006	0.354*	0.146
สถานภาพสมรส: โสด	0.597*	0.250	-0.032**	0.010	0.669*	0.249
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	-0.474**	0.109	-0.083**	0.004	-0.288*	0.110
ที่อยู่อาศัย: ในเขตเทศบาล	-0.033	0.091	-0.052**	0.004	0.084	0.092
รายได้ต่อปี: ตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป	1.585**	0.177	0.083**	0.007	1.398**	0.177
30,000-99,999 บาท	0.681**	0.131	0.077**	0.005	0.508**	0.132
10,000-29,999 บาท	0.506**	0.139	0.031**	0.006	0.437*	0.139
ความเพียงพอของรายได้	1.233**	0.096	-0.017**	0.004	1.271**	0.096
ความสามารถทางกาย	0.00038**	0.00009	0.00002**	0.00004	0.00032**	0.00009
สภาพแวดล้อมทางกายภายในบ้าน	1.648**	0.270	-0.082**	0.011	1.833**	0.269
ความสัมพันธ์ทางกาย x สภาพแวดล้อมทางกายภายในบ้าน	0.063	0.236	0.013	0.010	0.034	0.235
สภาพแวดล้อมทางสังคมครอบครัว	0.832**	0.072	0.058**	0.003	0.702**	0.073
ความสัมพันธ์ทางกาย x สภาพแวดล้อมทางสังคมครอบครัว	-0.166*	0.062	-0.002	0.003	-0.161*	0.061
สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม	0.547**	0.086	0.055**	0.003	0.423**	0.086
ความสัมพันธ์ทางกาย x สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม	-0.007	0.089	-0.007*	0.004	0.009	0.088
การมีส่วนร่วมทางสังคม					2.248**	0.212

หมายเหตุ: ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

แผนภาพที่ 5 สรุปปัจจัยกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพจิตที่ดีด้วยค่าสัมประสิทธิ์ความถ่วงถอย



ที่มา : จัดทำโดยผู้วิจัย
 หมายเหตุ : ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
 เครื่องหมายลบตรง ↑ หมายถึง มีอิทธิพลทางตรง ↓ หมายถึง มีอิทธิพลทางอ้อม ⇄ หมายถึง มีอิทธิพลส่วนหนึ่งของแบบปฏิสัมพันธ์ ↑ หมายถึง ไม่มีอิทธิพล จะมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการวิเคราะห์เชิงสาเหตุของปัจจัยกำหนดการมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และการวิเคราะห์ความเป็นปัจจัยแทรกกลางของการมีส่วนร่วมทางสังคมต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จะใช้การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงซ้อนใน 3 แบบจำลอง (ตารางที่ 22 และสรุปเป็นแผนภาพที่ 5) โดยผลของการศึกษามีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

6.2 การทดสอบปัจจัยกำหนดการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงซ้อนของปัจจัยกำหนดการมีส่วนร่วมทางสังคม (จากแบบจำลองที่ 2 ตารางที่ 22) ซึ่งเมื่อได้ควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต้นอื่นๆ แล้วพิจารณาที่ละตัวแปรพบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความสามารถทางกาย, สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน, สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว, สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม, ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม, อายุ, สุขภาพจากการประเมินตนเอง, ระดับการศึกษาสูงสุด, สถานภาพสมรส, เขตที่อยู่อาศัย, รายได้ต่อปี และความเพียงพอของรายได้ของผู้สูงอายุ ส่วนตัวแปรที่ไม่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน, ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว และตัวแปรเพศ มีรายละเอียดดังนี้

6.2.1 การทดสอบกลุ่มตัวแปรที่สนใจศึกษาซึ่งส่งผลต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม (จากแบบจำลองที่ 2 ตารางที่ 22 หรือแผนภาพที่ 5) สามารถพยากรณ์ได้ว่า

- ผู้ที่มีความสามารถทางกายที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีส่วนร่วมทางสังคมเพิ่มขึ้น 0.00002 หน่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้ที่มีความสามารถทางกายที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้ที่มีความสามารถทางกายที่น้อยกว่า
- ผู้ที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง 0.082 หน่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้ที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่มากกว่ามีโอกาสน้อยกว่าผู้ที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่น้อยกว่า
- ผู้ที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีส่วนร่วมทางสังคมเพิ่มขึ้น 0.058 หน่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้ที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่มากกว่ามีโอกาสน้อยกว่าผู้ที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่น้อยกว่า

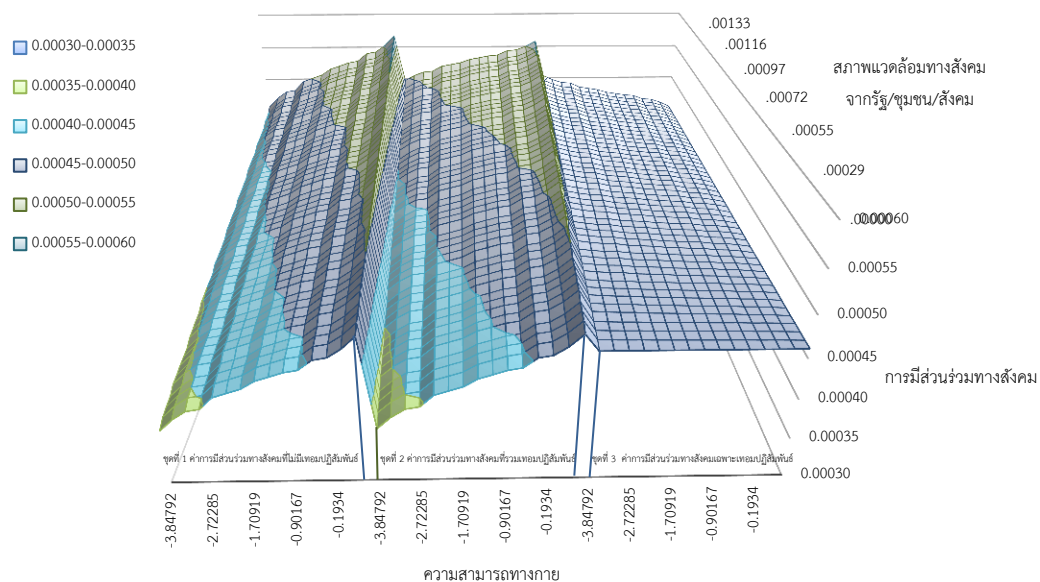
- ผู้ที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีส่วนร่วมทางสังคมเพิ่มขึ้น 0.055 หน่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้ที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่มากกว่ามีโอกาสมากกว่าที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้ที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่น้อยกว่า

6.2.2 การทดสอบกลุ่มตัวแปรปฏิสัมพันธ์ที่สนใจศึกษาซึ่งส่งผลต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม

- จากปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม พบว่า ค่าความสามารถทางกายของผู้สูงอายุที่ถูกวัดจากข้อจำกัดในความสามารถทางกายมีช่วงระหว่างค่าสูงสุดที่ 0.82027 ซึ่งถือเป็นระดับที่ไม่มีข้อจำกัดในความสามารถทางกายหรือเสมือนบุคคลปกติ และเมื่อเริ่มมีข้อจำกัดในความสามารถทางกายค่าจะลดลงเรื่อยๆ ไปจนต่ำสุดที่ -3.84792 ซึ่งถือว่ามีข้อจำกัดความสามารถทางกายมากที่สุด ส่วนสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมมีค่าระหว่างต่ำสุดที่ 0 ถึงสูงสุดที่ 0.00156 ดังนั้น เทอมปฏิสัมพันธ์หรือผลคูณระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมของผู้สูงอายุที่ลดลง 1 หน่วย จะทำให้การมีส่วนร่วมทางสังคมเพิ่มขึ้น 0.007 หน่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลของอิทธิพลส่วนเพิ่มของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่มีเพิ่มขึ้นภายใต้เทอมปฏิสัมพันธ์ สามารถอธิบายหรือแสดงให้เห็นได้จากการวิเคราะห์แนวโน้มของสมการถดถอยเชิงส่วน (จากแบบจำลองที่ 2 ตารางที่ 22 หรือแผนภาพที่ 5) คือ “ค่าการมีส่วนร่วมทางสังคม = $0.00046 + 0.00002$ (ความสามารถทางกาย) + 0.055 (สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม) + (-0.007) (ความสามารถทางกาย \times สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม)” ซึ่งทราบช่วงของค่าความสามารถทางกายและสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมเพื่อใช้พยากรณ์ค่าการมีส่วนร่วมทางสังคม และเมื่อทำการสร้างแผนภูมิของชุดข้อมูลในการวิเคราะห์จะเห็นแนวโน้มจากแผนภาพที่ 6 ซึ่งแสดง 3 ชุดข้อมูล จากข้อมูลชุดที่ 3 ค่าการมีส่วนร่วมทางสังคมจากอิทธิพลเพียงเทอมปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม พบว่า แม้ความสามารถทางกายจะลดลง ถ้าสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมเพิ่มขึ้น เทอมปฏิสัมพันธ์ที่มีอิทธิพลต่อค่าการมีส่วนร่วมทางสังคมจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เมื่อเปรียบเทียบแผนภูมิจากข้อมูลชุดที่ 1 (ค่าการมีส่วนร่วมทางสังคมที่เกิดจากอิทธิพลของความสามารถทางกายและสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมเท่านั้น) กับแผนภูมิจากข้อมูลชุดที่ 2 (ค่าการมีส่วนร่วมทางสังคมที่เกิดจากอิทธิพลของความสามารถทางกายและสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม รวมเทอมปฏิสัมพันธ์ด้วย) พบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมมีแนวโน้มลดลงทั้ง 2 ชุดข้อมูล แต่ข้อมูลชุดที่ 1 ค่าการมีส่วนร่วมทางสังคมมีแนวโน้มลดลงมากและเร็วกว่าข้อมูลชุดที่ 2 ซึ่งรวมเทอม

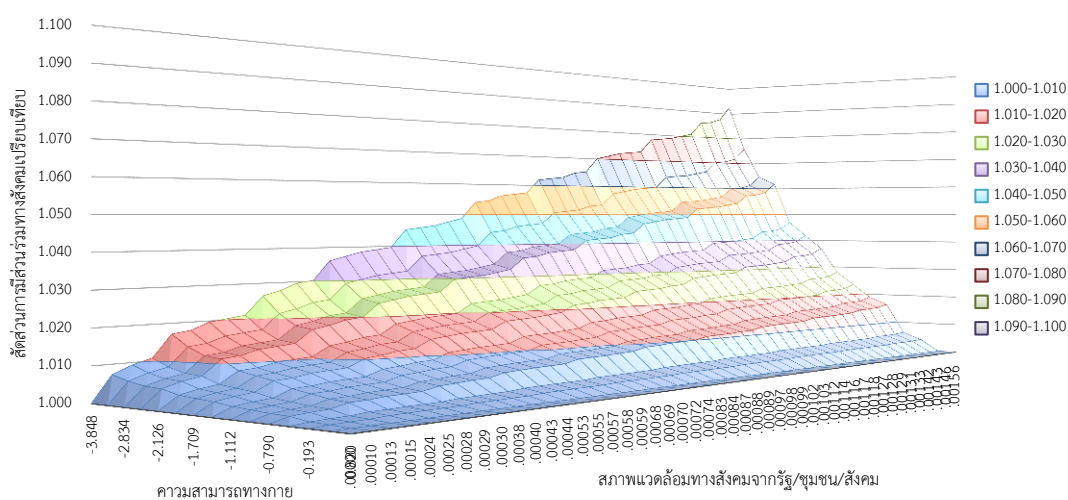
ปฏิสัมพันธ์ด้วย และจากแผนภาพที่ 7 แสดงแผนภูมิสัดส่วนการมีส่วนร่วมทางสังคมเปรียบเทียบ¹⁴ (ระหว่างค่าการมีส่วนร่วมทางสังคมเมื่อมีเทอมปฏิสัมพันธ์ต่อค่าการมีส่วนร่วมทางสังคมเมื่อไม่มีเทอมปฏิสัมพันธ์ จากสมการถดถอยเชิงส่วน) พบว่า เทอมปฏิสัมพันธ์มีอิทธิพลต่อแนวโน้มของระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมที่เพิ่มขึ้น แม้ความสามารถทางกายจะลดลง แต่เมื่อสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมเพิ่มขึ้น สามารถอนุมานได้ว่า แม้จากความจริงที่ว่า ความสามารถทางกายจะมีแนวโน้มลดลงตามอายุของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมจากเทอมปฏิสัมพันธ์จะเพิ่มความสำคัญมากขึ้นหรือชะลอให้ระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมไม่ลดลงเร็วเกินไป สรุปว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมจึงร่วมกันมีอิทธิพลในการคงระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยในกรณีที่เมื่อระดับความสามารถทางกายของผู้สูงอายุเริ่มลดลง ระดับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่มากกว่าจะมีอิทธิพลต่อการคงสถานะหรือชะลอระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมที่จะลดลงไว้นานกว่า

แผนภาพที่ 6 แสดงแนวโน้มระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุเปรียบเทียบ จากอิทธิพลของความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม จากข้อมูล 3 ชุด



¹⁴ จากสมการถดถอยเชิงส่วนของการมีส่วนร่วมทางสังคมระหว่างตัวแปรความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม ได้ค่าสัดส่วนการมีส่วนร่วมทางสังคมเปรียบเทียบ = $[0.00046 + 0.00002 (\text{ความสามารถทางกาย}) + 0.055 (\text{สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม}) + (-0.007) (\text{ความสามารถทางกาย} \times \text{สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม})] / [0.00046 + 0.00002 (\text{ความสามารถทางกาย}) + 0.055 (\text{สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม})]$

แผนภาพที่ 7 แสดงแนวโน้มสัดส่วนระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมเปรียบเทียบระหว่างกรณีที่มีเทอมปฏิสัมพันธ์ต่อกรณีที่ไม่มีเทอมปฏิสัมพันธ์ จากอิทธิพลของความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม



- จากปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน ทดสอบแล้วพบว่า ต่างไม่ได้ร่วมกันมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ จนมีนัยสำคัญทางสถิติ

- จากปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว ทดสอบแล้วพบว่า ต่างไม่ได้ร่วมกันมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ จนมีนัยสำคัญทางสถิติ

6.2.3 การทดสอบตัวแปรอื่นๆ (กลุ่มตัวแปรคุม) ที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม จากปัจจัยทางประชากร, ทางการรับรู้สุขภาพตนและทางเศรษฐกิจสังคม (จากแบบจำลองที่ 2 ตารางที่ 22 หรือแผนภาพที่ 5) พยากรณ์ได้ว่า

- เพศที่ต่างกันไม่ได้มีอิทธิพลต่อระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ จนมีนัยสำคัญทางสถิติ

- ผู้ที่มีอายุเพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง 0.005 หน่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุมากกว่ามีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า

- ผู้ที่ประเมินสุขภาพตนเองที่ดีเพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีส่วนร่วมทางสังคมเพิ่มขึ้น 0.029 หน่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้ที่ประเมินสุขภาพตนเองที่ระดับดีมากกว่ามีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้ที่ประเมินสุขภาพตนเองที่ระดับดีน้อยกว่า
- ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงสุดที่ระดับอุดมศึกษา หรือมัธยมศึกษาเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยเรียนเลย จะมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง 0.082 และ 0.032 หน่วย ตามลำดับ แต่ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงสุดที่ระดับประถมศึกษาเทียบกับผู้ที่ไม่เคยเรียนเลย จะมีส่วนร่วมทางสังคมเพิ่มขึ้น 0.021 หน่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงสุดต่างกันมีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมแตกต่างกัน โดยเมื่อเปรียบเทียบเรียงระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมจากมากไปน้อย ได้แก่ กลุ่มผู้มีการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา, กลุ่มผู้ที่ไม่เคยเรียนเลย, กลุ่มมัธยมศึกษา และกลุ่มอุดมศึกษา ตามลำดับ
- ผู้ที่มีสถานภาพโสด หรือหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่เมื่อเทียบกับผู้ที่มีสถานภาพกำลังสมรส จะมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง 0.032 และ 0.083 หน่วย ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้ที่มีสถานภาพกำลังสมรสมีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด และหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ตามลำดับ
- ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมื่อเทียบกับผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล จะมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง 0.052 หน่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล
- ผู้ที่มีรายได้รวมต่อปีที่ระดับตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป, 30,000-99,999 บาท หรือ 10,000-29,999 บาท เมื่อเทียบกับผู้ที่มีรายได้รวมต่อปีที่ระดับต่ำกว่า 10,000 บาท จะมีส่วนร่วมทางสังคมเพิ่มขึ้น 0.083, 0.077 และ 0.031 หน่วย ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้ที่มีรายได้รวมต่อปีที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้ที่มีรายได้รวมต่อปีที่น้อยกว่า
- ผู้ที่มีรายได้เพียงพอเมื่อเทียบกับผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอหรือเพียงพอเป็นบางครั้ง จะมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง 0.017 หน่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้ที่มีรายได้เพียงพอมีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอหรือเพียงพอเป็นบางครั้ง

6.3 การทดสอบปัจจัยกำหนดสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงซ้อนของปัจจัยกำหนดสุขภาพจิตที่ดี (จากแบบจำลองที่ 3 ตารางที่ 22 หรือแผนภาพที่ 5) ซึ่งเมื่อได้ควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต้นอื่นๆ แล้วพิจารณาทีละตัวแปรพบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความสามารถทางกาย, สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน, สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว, สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม, ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว, การมีส่วนร่วมทางสังคม, เพศ, อายุ, สุขภาพจากการประเมินตนเอง, ระดับการศึกษาสูงสุด, สถานภาพสมรส, รายได้ต่อปี และความเพียงพอของรายได้ของผู้สูงอายุ ส่วนตัวแปรที่ไม่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน, ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม และตัวแปรเขตที่อยู่อาศัย มีรายละเอียดดังนี้

6.3.1 การทดสอบและประมาณค่าอิทธิพลทั้งหมดของกลุ่มตัวแปรต้นที่สนใจศึกษาซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดี และผ่านความเป็นตัวแปรแทรกกลางการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ

การทดสอบความเป็นตัวแปรแทรกกลางของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมตามฐานคติของแนวคิดสมมติฐานการคล้อยตามสภาพแวดล้อม (The Environmental Docility Hypothesis) ที่มีเงื่อนไขเบื้องต้นผ่านผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงซ้อน (จากตารางที่ 22) พบว่า ตัวแปรต้นที่สนใจศึกษา ทั้งตัวแปรความสามารถทางกาย, สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน, สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว และสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม ต่างมีอิทธิพลทางตรงต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม (จากแบบจำลองที่ 2) และสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ (จากแบบจำลองที่ 1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงมีความเป็นไปได้ที่การมีส่วนร่วมทางสังคมจะเป็นตัวแปรแทรกกลาง ระหว่างตัวแปรความสามารถทางกาย, สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน, สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว และสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม ต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ และสมการถดถอยเชิงซ้อนที่รวมตัวแปรต้นทั้งหมดเพื่อพยากรณ์สุขภาพจิตที่ดีก็แสดงให้เห็นว่าตัวแปรทุกตัวที่สนใจรวมถึงตัวแปรการมีส่วนร่วมทางสังคมก็มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้วย (จากแบบจำลองที่ 3) ดังนั้น จึงทำการทดสอบทางสถิติด้วยวิธี Product of Coefficients เพื่อทดสอบความเป็นตัวแปรแทรกกลางของการมีส่วนร่วมทางสังคมจากตัวแปรต้นที่สนใจแต่ละตัวและเมื่อพบจะสามารถประมาณค่าอิทธิพลทางอ้อมจากผลต่างระหว่างอิทธิพลทั้งหมดกับอิทธิพลทางตรงของแต่ละตัวแปรจากสมการถดถอยเชิงซ้อน ตามแนวคิดการวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) (จากตารางที่ 23) ได้ผลการทดสอบ ดังนี้

ตารางที่ 23 ผลการทดสอบความเป็นตัวแปรแทรกกลางของการมีส่วนร่วมทางสังคม และแผนภาพการวิเคราะห์เส้นทางระหว่างกลุ่มตัวแปรต้นที่ศึกษาไปสู่สุขภาพจิตที่ดี

ตัวแปรต้นที่ทดสอบ	อิทธิพลของตัวแปรต้นต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม (ตารางที่ 2) แบบจำลองที่ 2)		อิทธิพลของการมีส่วนร่วมทางสังคมต่อสุขภาพจิตที่ดี (ตารางที่ 3) แบบจำลองที่ 3)		ค่า P	อิทธิพลร่วม			อิทธิพลของตัวแปรต้นต่อสุขภาพจิตที่ดี (ตารางที่ 22 แบบจำลองที่ 3)		แผนภาพการวิเคราะห์เส้นทางสำหรับการประมาณค่าอิทธิพลเชิงส่วนประสมระหว่างตัวแปรต้นแต่ละตัวต่อสุขภาพจิตที่ดี
	ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจส่วน (a)	ค่าคาดเคลื่อนมาตรฐาน (Sa)	ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจส่วนรวม (ab = cr)	ค่าคาดเคลื่อนมาตรฐานร่วม (Sab)		ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจส่วน (c)	ค่าคาดเคลื่อนมาตรฐาน (Sc)	การตัดสินใจส่วน (c)	ค่าคาดเคลื่อนมาตรฐาน (Sc)		
ความสามารถทางกาย	0.00002	0.000004	0.0005	0.00001	0.000**	0.00032	0.00009	0.00032	0.00009	0.00032	
สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน	-0.082	0.011	-0.18434	0.03023	2.000	1.833	0.269	1.833	0.269	1.833	
สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว	0.058	0.003	0.13038	0.01402	0.000**	0.702	0.073	0.702	0.073	0.702	
สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม	0.055	0.003	0.12364	0.01347	0.000**	0.473	0.086	0.473	0.086	0.473	

หมายเหตุ: ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ↑ หมายถึง อิทธิพลทางตรง ↑ หมายถึง อิทธิพลทางอ้อม

6.3.1.1 การทดสอบอิทธิพลของความสามารถทางกายทางตรงไปสู่สุขภาพจิตที่ดี และทางอ้อมผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคมไปสู่สุขภาพจิตที่ดี

จากการทดสอบ (ตารางที่ 23) พบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นตัวแปรแทรกกลางที่รับและส่งผ่านอิทธิพลจากความสามารถทางกายไปสู่สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้วยค่าสถิติทดสอบ $P = 0.000$ กล่าวคือ มีอิทธิพลทางอ้อมจากความสามารถทางกายที่ส่งผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคมไปสู่สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่า นอกจากความสามารถทางกายจะมีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุแล้ว ยังมีอิทธิพลทางอ้อมทางบวกต่อสุขภาพจิตที่ดีผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุด้วย

เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต้นอื่นๆ แล้ว พิจารณาเฉพาะตัวแปรความสามารถทางกายกับการมีส่วนร่วมทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ (สามารถพิจารณาแผนภาพการวิเคราะห์เส้นทางจากตารางที่ 23 และค่าคงที่จากแบบจำลองที่ 2 และ 3 จากตารางที่ 22) พบว่า สมการถดถอยเชิงส่วนระหว่างอิทธิพลรวมของความสามารถทางกายกับการมีส่วนร่วมทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ คือ “สุขภาพจิตที่ดีรวม = $0.011 + 0.00032$ (ความสามารถทางกาย) + 2.248 (การมีส่วนร่วมทางสังคม)” และสมการถดถอยเชิงส่วนระหว่างอิทธิพลของความสามารถทางกายที่มีต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ คือ “การมีส่วนร่วมทางสังคม = $0.00046 + 0.00002$ (ความสามารถทางกาย)” ซึ่งสามารถแทนค่าประมาณการมีส่วนร่วมทางสังคมจากเทอมของความสามารถทางกายลงในสมการถดถอยแรก จะได้สมการถดถอยเชิงส่วนที่สามารถใช้ประมาณค่าสุขภาพจิตที่ดีในเทอมของความสามารถทางกายเพียงตัวแปรเดียว ดังนี้

สุขภาพจิตที่ดีจากอิทธิพลรวมของความสามารถทางกาย = $0.01203 + 0.00037$ (ความสามารถทางกาย)

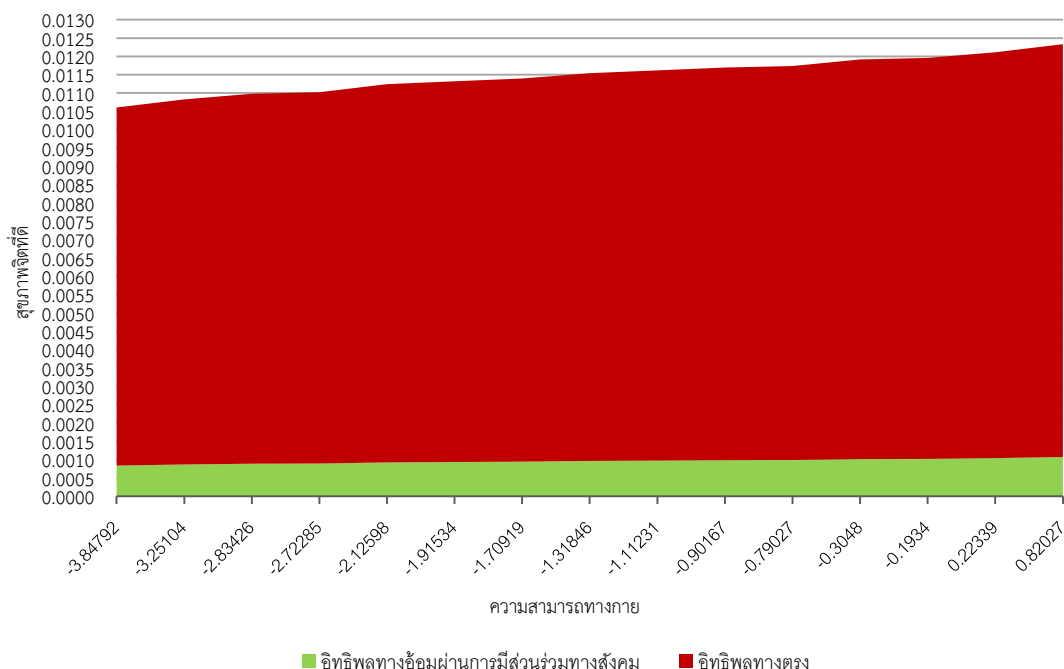
สุขภาพจิตที่ดีจากอิทธิพลทางตรงของความสามารถทางกาย = $0.011 + 0.00032$ (ความสามารถทางกาย)

สุขภาพจิตที่ดีจากอิทธิพลทางอ้อมของความสามารถทางกายที่ผ่านจากการมีส่วนร่วมทางสังคม = $0.00103 + 0.00005$ (ความสามารถทางกาย)

จากสมการถดถอยเชิงส่วนที่ใช้พยากรณ์ค่าสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุในเทอมของความสามารถทางกายข้างต้น สามารถพยากรณ์ได้ว่า ผู้ที่มีความสามารถทางกายเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีสุขภาพจิตที่ดีเพิ่มขึ้นรวม 0.00037 หน่วย (ซึ่งเป็นผลจากอิทธิพลทางตรง 0.00032 หน่วย และอิทธิพลทางอ้อมที่ผ่านจากการมีส่วนร่วมทางสังคม 0.00005 หน่วย) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า ค่าดัชนีความสามารถทางกายของผู้สูงอายุซึ่งวัดจากข้อจำกัด
 ในความสามารถทางกายจะมีค่าอยู่ในช่วงระหว่างค่าต่ำสุดที่ -3.84792 ถึงค่าสูงสุดที่ 0.82027 จึง
 สามารถสร้างแผนภูมิ (แผนภาพที่ 8) ที่แสดงค่าประมาณสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุจากอิทธิพลของ
 ความสามารถทางกายรวมจากทั้งอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมที่ผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคม
 รวมทั้งจากสมการถดถอยเชิงส่วนข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางกายที่มากกว่ามี
 โอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางกายที่น้อยกว่า และเมื่อผู้สูงอายุมี
 ความสามารถทางกายที่มากกว่าจะมีโอกาสให้สามารถมีส่วนร่วมทางสังคมได้มากกว่าซึ่งส่งผลให้มี
 โอกาสที่จะยิ่งเสริมให้มีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางกายที่น้อยกว่าด้วย อย่างมี
 นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หรืออาจอนุมานได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุเริ่มมีระดับความสามารถทางกาย
 ลดลงจะมีผลให้ระดับสุขภาพจิตที่ดีของผู้นั้นลดลงตาม (เป็นผลจากอิทธิพลทางตรง) และเมื่อผู้สูงอายุ
 เริ่มมีระดับความสามารถทางกายลดลงจะทำให้สามารถมีส่วนร่วมทางสังคมได้ลดลงซึ่งส่งผลให้
 สุขภาพจิตที่ดีของผู้นั้นยิ่งลดลง (เป็นผลจากอิทธิพลทางอ้อมที่ส่งผ่านจากการมีส่วนร่วมทางสังคม)

แผนภาพที่ 8 แสดงระดับสุขภาพจิตที่ดีจากอิทธิพลของความสามารถทางกายของผู้สูงอายุ



6.3.1.2 การทดสอบอิทธิพลของสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านทางตรงไปสู่สุขภาพจิตที่ดี และทางอ้อมผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคมไปสู่สุขภาพจิตที่ดี

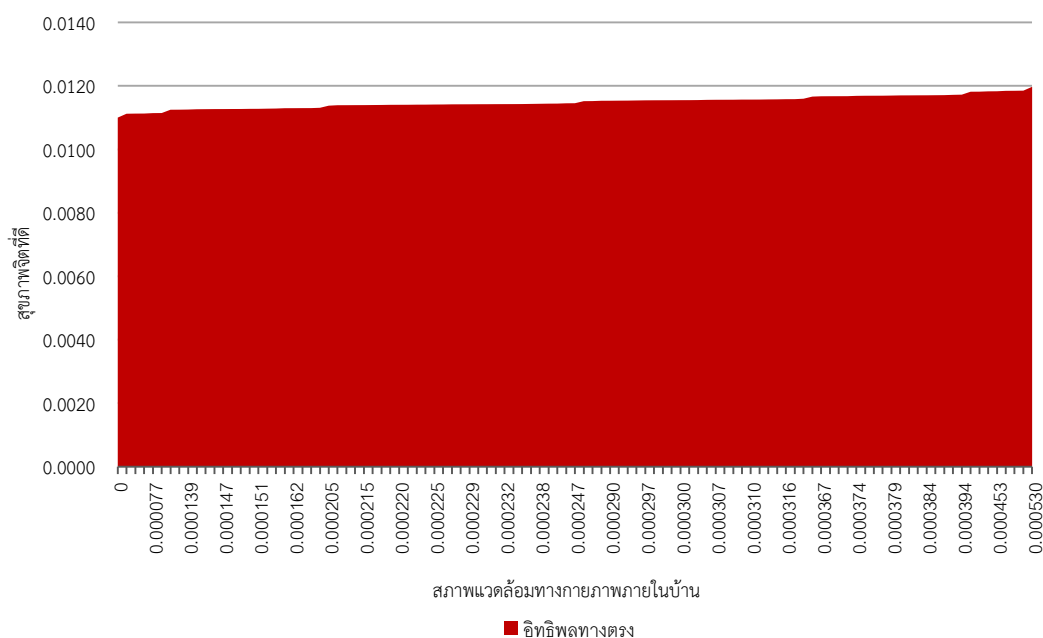
จากการทดสอบ (ตารางที่ 23) พบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมไม่ได้เป็นตัวแปรแทรกกลางที่รับและส่งผ่านอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านไปสู่สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ จากค่าสถิติทดสอบ $P = 2.000$ กล่าวคือ แม้จะมีอิทธิพลซึ่งเป็นเพียงอิทธิพลทางตรงจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านไปสู่การมีส่วนร่วมทางสังคมแต่ไม่ได้เป็นอิทธิพลที่ส่งผ่านไปสู่สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ หรือสรุปได้ว่า สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านมีเพียงอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ ดังนั้น เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต้นอื่นๆ แล้ว พิจารณาเฉพาะตัวแปรสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่มีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ (สามารถพิจารณาแผนภาพการวิเคราะห์เส้นทางจากตารางที่ 23 และค่าคงที่จากแบบจำลองที่ 3 จากตารางที่ 22) จะได้สมการถดถอยเชิงส่วน ดังนี้

สุขภาพจิตที่ดีจากอิทธิพลทางตรงของสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน = $0.011 + 1.833$ (สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน)

จากสมการถดถอยเชิงส่วนที่ใช้พยากรณ์ค่าสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุในเทอมของสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านข้างต้น สามารถพยากรณ์ได้ว่า ผู้ที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีสุขภาพจิตที่ดีเพิ่มขึ้น 1.833 หน่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้ที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้ที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่น้อยกว่า

จากการศึกษาก่อนหน้าพบว่า ค่าดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านของผู้สูงอายุจะมีค่าอยู่ในช่วงระหว่างค่าต่ำสุดที่ 0 ถึงค่าสูงสุดที่ 0.00053 จึงสามารถสร้างแผนภูมิ (แผนภาพที่ 9) ที่แสดงค่าประมาณสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุจากอิทธิพลทางตรงของสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน โดยไม่มีอิทธิพลทางอ้อมที่ผ่านจากการมีส่วนร่วมทางสังคมไปสู่สุขภาพจิตที่ดี รวมทั้งจากสมการถดถอยเชิงส่วนข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่น้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หรืออาจอนุมานได้ว่า เมื่อมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุมากขึ้นจะมีอิทธิพลให้ระดับสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุนั้นมากขึ้นด้วย

แผนภาพที่ 9 แสดงระดับสุขภาพจิตที่ดีจากอิทธิพลของสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านของผู้สูงอายุ



6.3.1.3 การทดสอบอิทธิพลของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมทางตรงไปสู่สุขภาพจิตที่ดี และทางอ้อมผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคมไปสู่สุขภาพจิตที่ดี

จากการทดสอบ (ตารางที่ 23) พบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นตัวแปรแทรกกลางที่รับและส่งผ่านอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวไปสู่สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้วยค่าสถิติทดสอบ $P = 0.000$ กล่าวคือ มีอิทธิพลทางอ้อมจากสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่ส่งผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคมไปสู่สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่า นอกจากสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวจะมีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุแล้ว ยังมีอิทธิพลทางอ้อมทางบวกต่อสุขภาพจิตที่ดีผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุด้วย

เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต้นอื่นๆ แล้ว พิจารณาเฉพาะตัวแปรสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวกับการมีส่วนร่วมทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ (สามารถพิจารณาแผนภาพการวิเคราะห์เส้นทางจากตารางที่ 23 และค่าคงที่จากแบบจำลองที่ 2 และ 3 จากตารางที่ 22) พบว่า สมการถดถอยเชิงส่วนระหว่างอิทธิพลรวมของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวกับการมีส่วนร่วมทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ คือ “สุขภาพจิตที่ดีรวม = $0.011 + 0.702$ (สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว) + 2.248 (การมีส่วนร่วมทางสังคม)” และสมการถดถอยเชิง

ส่วนระหว่างอิทธิพลของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่มีต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ คือ “การมีส่วนร่วมทางสังคม = $0.00046 + 0.058$ (สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว)” ซึ่งสามารถแทนค่าประมาณการมีส่วนร่วมทางสังคมจากเทอมของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวลงในสมการถดถอยแรก จะได้สมการถดถอยเชิงเส้นที่สามารถใช้ประมาณค่าสุขภาพจิตที่ดีในเทอมของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวเพียงตัวแปรเดียว ดังนี้

สุขภาพจิตที่ดีจากอิทธิพลรวมของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว = $0.01203 + 0.83238$
(สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว)

สุขภาพจิตที่ดีจากอิทธิพลทางตรงของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว = $0.011 + 0.702$
(สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว)

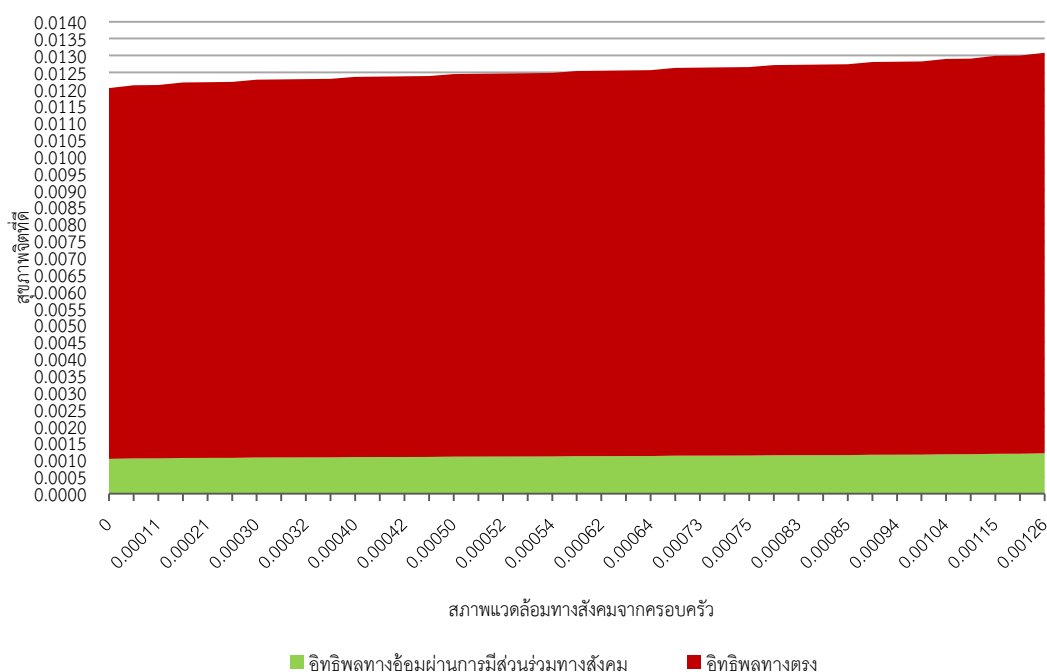
สุขภาพจิตที่ดีจากอิทธิพลทางอ้อมของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่ผ่านจากการมีส่วนร่วมทางสังคม = $0.00103 + 0.13038$ (สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว)

จากสมการถดถอยเชิงเส้นที่ใช้พยากรณ์ค่าสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุในเทอมของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวข้างต้น สามารถพยากรณ์ได้ว่า ผู้ที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีสุขภาพจิตที่ดีเพิ่มขึ้นรวม 0.83238 หน่วย (ซึ่งเป็นผลจากอิทธิพลทางตรง 0.702 หน่วย และอิทธิพลทางอ้อมที่ผ่านจากการมีส่วนร่วมทางสังคม 0.13038 หน่วย) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษาท่อนหน้าพบว่า ค่าดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวของผู้สูงอายุจะมีค่าอยู่ในช่วงระหว่างค่าต่ำสุดที่ 0 ถึงค่าสูงสุดที่ 0.00126 จึงสามารถสร้างแผนภูมิ (แผนภาพที่ 10) ที่แสดงค่าประมาณสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุจากอิทธิพลของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวรวมจากทั้งอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมที่ผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคม รวมทั้งจากสมการถดถอยเชิงเส้นข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่น้อยกว่า และเมื่อผู้สูงอายุมีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่มากกว่าจะมีโอกาสให้สามารถมีส่วนร่วมทางสังคมได้มากกว่าซึ่งส่งผลให้มีโอกาสที่จะยิ่งเสริมให้มีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่น้อยกว่าด้วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หรืออาจอนุมานได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุมีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวมากขึ้นจะมีผลให้ระดับสุขภาพจิตที่ดีของผู้นั้นมากขึ้นตาม (เป็นผลจากอิทธิพลทางตรง) และเมื่อผู้สูงอายุมีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว

มากขึ้นจะทำให้สามารถมีส่วนร่วมทางสังคมได้มากขึ้นซึ่งส่งผลให้สุขภาพจิตที่ดีของผู้นั้นยิ่งมากขึ้น (เป็นผลจากอิทธิพลทางอ้อมที่ส่งผ่านจากการมีส่วนร่วมทางสังคม)

แผนภาพที่ 10 แสดงระดับสุขภาพจิตที่ดีจากอิทธิพลของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวของผู้สูงอายุ



6.3.1.4 การทดสอบอิทธิพลของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมทางตรงไปสู่สุขภาพจิตที่ดี และทางอ้อมผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคมไปสู่สุขภาพจิตที่ดี

จากการทดสอบ (ตารางที่ 23) พบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นตัวแปรแทรกกลางที่รับและส่งผ่านอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมไปสู่สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้วยค่าสถิติทดสอบ $P = 0.000$ กล่าวคือ มีอิทธิพลทางอ้อมจากสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่ส่งผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคมไปสู่สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่า นอกจากสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมจะมีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุแล้ว ยังมีอิทธิพลทางอ้อมทางบวกต่อสุขภาพจิตที่ดีผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุด้วย

เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต้นอื่นๆ แล้ว พิจารณาเฉพาะตัวแปรสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมกับการมีส่วนร่วมทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ (สามารถ

พิจารณาแผนภาพการวิเคราะห์เส้นทางจากตารางที่ 23 และค่าคงที่จากแบบจำลองที่ 2 และ 3 จากตารางที่ 22) พบว่า สมการถดถอยเชิงส่วนระหว่างอิทธิพลรวมของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมกับการมีส่วนร่วมทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ คือ “สุขภาพจิตที่ดีรวม = $0.011 + 0.423$ (สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม) + 2.248 (การมีส่วนร่วมทางสังคม)” และสมการถดถอยเชิงส่วนระหว่างอิทธิพลของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่มีต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ คือ “การมีส่วนร่วมทางสังคม = $0.00046 + 0.055$ (สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม)” ซึ่งสามารถแทนค่าประมาณการมีส่วนร่วมทางสังคมจากเทอมของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมลงในสมการถดถอยแรก จะได้สมการถดถอยเชิงส่วนที่สามารถใช้ประมาณค่าสุขภาพจิตที่ดีในเทอมของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมเพียงตัวแปรเดียว ดังนี้

สุขภาพจิตที่ดีจากอิทธิพลรวมของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม = $0.01203 + 0.54664$ (สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม)

สุขภาพจิตที่ดีจากอิทธิพลทางตรงของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม = $0.011 + 0.423$ (สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม)

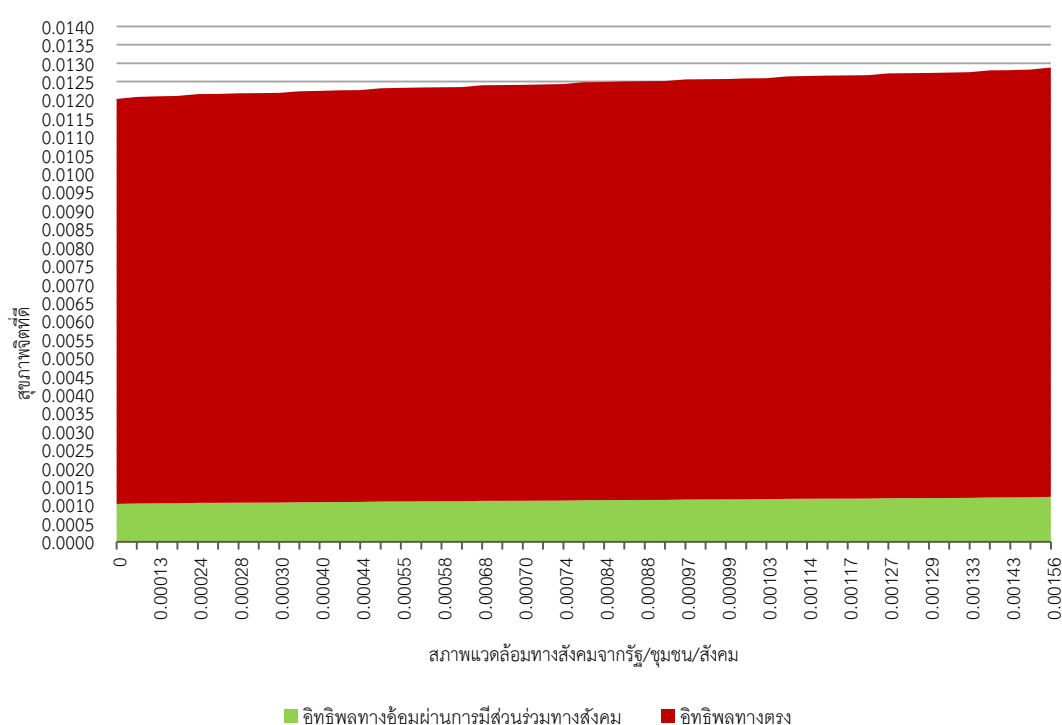
สุขภาพจิตที่ดีจากอิทธิพลทางอ้อมของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่ผ่านจากการมีส่วนร่วมทางสังคม = $0.00103 + 0.12364$ (สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม)

จากสมการถดถอยเชิงส่วนที่ใช้พยากรณ์ค่าสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุในเทอมของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมข้างต้น สามารถพยากรณ์ได้ว่า ผู้ที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีสุขภาพจิตที่ดีเพิ่มขึ้นรวม 0.54664 หน่วย (ซึ่งเป็นผลจากอิทธิพลทางตรง 0.423 หน่วย และอิทธิพลทางอ้อมที่ผ่านจากการมีส่วนร่วมทางสังคม 0.12364 หน่วย) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษาก่อนหน้าพบว่า ค่าดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมของผู้สูงอายุจะมีค่าอยู่ในช่วงระหว่างค่าต่ำสุดที่ 0 ถึงค่าสูงสุดที่ 0.00156 จึงสามารถสร้างแผนภูมิ (แผนภาพที่ 11) ที่แสดงค่าประมาณสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุจากอิทธิพลของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมรวมทั้งอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมที่ผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคม รวมทั้งจากสมการถดถอยเชิงส่วนข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคม

จากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่น้อยกว่า และเมื่อผู้สูงอายุมีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่มากกว่าจะมีโอกาสให้สามารถมีส่วนร่วมทางสังคมได้มากกว่าซึ่งส่งผลให้มีโอกาสที่จะยิ่งเสริมให้มีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่น้อยกว่าด้วย อย่างไรก็ตามนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หรืออาจอนุมานได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุมีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมมากขึ้นจะมีผลให้ระดับสุขภาพจิตที่ดีของผู้นั้นมากขึ้นตาม (เป็นผลจากอิทธิพลทางตรง) และเมื่อผู้สูงอายุมีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมมากขึ้นจะทำให้สามารถมีส่วนร่วมทางสังคมได้มากขึ้นซึ่งส่งผลให้สุขภาพจิตที่ดีของผู้นั้นยิ่งมากขึ้น (เป็นผลจากอิทธิพลทางอ้อมที่ส่งผ่านจากการมีส่วนร่วมทางสังคม)

แผนภาพที่ 11 แสดงระดับสุขภาพจิตที่ดีจากอิทธิพลของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมของผู้สูงอายุ



6.3.2 การทดสอบกลุ่มตัวแปรปฏิสัมพันธ์ที่สนใจศึกษาซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดี

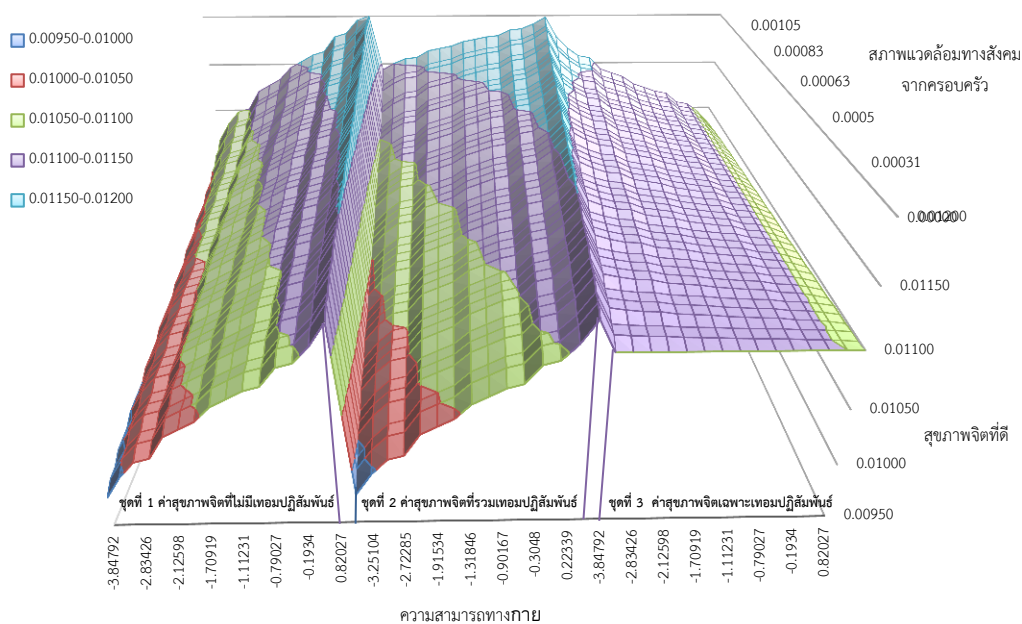
- จากปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน ทดสอบแล้วพบว่า ต่างไม่ได้ร่วมกันมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ จนมีนัยสำคัญทางสถิติ

- จากปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว พบว่า ค่าความสามารถทางกายของผู้สูงอายุที่ถูกวัดจากข้อจำกัดในความสามารถทางกายมีช่วงระหว่างค่าสูงสุดที่ 0.82027 ซึ่งถือเป็นระดับที่ไม่มีข้อจำกัดในความสามารถทางกายหรือเสมือนบุคคลปกติ และเมื่อเริ่มมีข้อจำกัดในความสามารถทางกายค่าจะลดลงเรื่อยๆ ไปจนต่ำสุดที่ -3.84792 ซึ่งถือว่าไม่มีข้อจำกัดความสามารถทางกายมากที่สุด ส่วนสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวมีค่าระหว่างต่ำสุดที่ 0 ถึงสูงสุดที่ 0.00126 ดังนั้น เทอมปฏิสัมพันธ์หรือผลคูณระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวของผู้สูงอายุที่ลดลง 1 หน่วย จะทำให้มีระดับสุขภาพจิตที่ดีเพิ่มขึ้น 0.161 หน่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลของอิทธิพลส่วนเพิ่มของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่มีเพิ่มขึ้นภายใต้เทอมปฏิสัมพันธ์ สามารถอธิบายหรือแสดงให้เห็นได้จากการวิเคราะห์แนวโน้มของสมการถดถอยเชิงส่วน (จากแบบจำลองที่ 3 ตารางที่ 22 หรือแผนภาพที่ 5) คือ “ค่าสุขภาพจิตที่ดี = $0.011 + 0.00032$ (ความสามารถทางกาย) + 0.702 (สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว) + (-0.161) (ความสามารถทางกาย \times สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว)” ซึ่งทราบช่วงของค่าความสามารถทางกายและสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวเพื่อใช้พยากรณ์ค่าสุขภาพจิตที่ดี และเมื่อทำการสร้างแผนภูมิของชุดข้อมูลในการวิเคราะห์จะเห็นแนวโน้ม จากแผนภาพที่ 12 ซึ่งแสดง 3 ชุดข้อมูล จากข้อมูลชุดที่ 3 ค่าสุขภาพจิตที่ดีจากอิทธิพลเพียงเทอมปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว พบว่า แม้ความสามารถทางกายจะลดลง ถ้าสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวเพิ่มขึ้น เทอมปฏิสัมพันธ์ที่มีอิทธิพลต่อค่าสุขภาพจิตที่ดีจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เมื่อเปรียบเทียบแผนภูมิจากข้อมูลชุดที่ 1 (ค่าสุขภาพจิตที่ดีที่เกิดจากอิทธิพลของความสามารถทางกายและสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวเท่านั้น) กับแผนภูมิจากข้อมูลชุดที่ 2 (ค่าสุขภาพจิตที่ดีที่เกิดจากอิทธิพลของความสามารถทางกายและสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว รวมเทอมปฏิสัมพันธ์ด้วย) พบว่า ค่าสุขภาพจิตที่ดีมีแนวโน้มลดลงทั้ง 2 ชุดข้อมูล แต่ข้อมูลชุดที่ 1 ค่าสุขภาพจิตที่ดีมีแนวโน้มลดลงมากและเร็วกว่าข้อมูลชุดที่ 2 ซึ่งรวมเทอมปฏิสัมพันธ์ด้วย และจากแผนภาพที่ 13 แสดงแผนภูมิสัดส่วนสุขภาพจิตที่ดีเปรียบเทียบ¹⁵ (ระหว่างค่าสุขภาพจิตที่ดีเมื่อมีเทอมปฏิสัมพันธ์ต่อค่าสุขภาพจิต

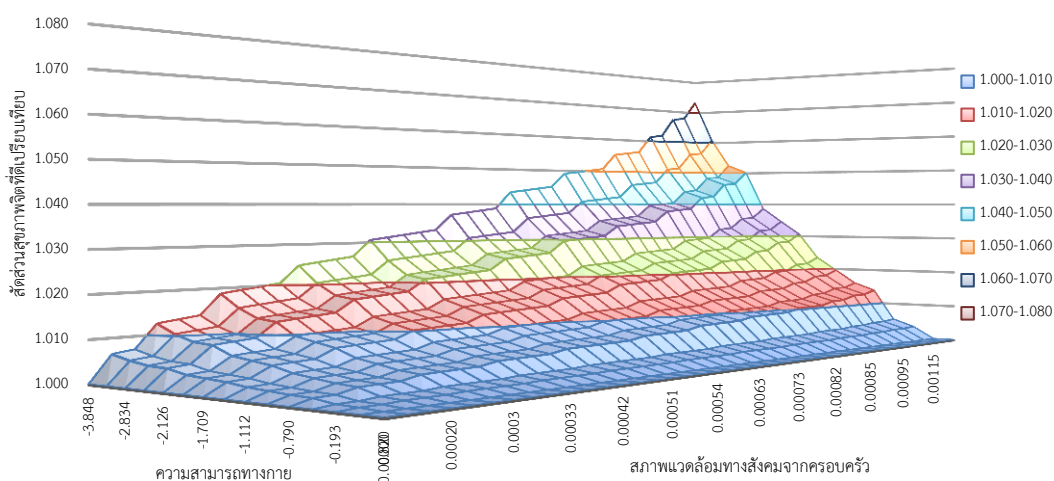
¹⁵ จากสมการถดถอยเชิงส่วนของสุขภาพจิตที่ดีระหว่างตัวแปรความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว ได้สัดส่วนสุขภาพจิตที่ดีเปรียบเทียบ = $[0.011 + 0.00032$ (ความสามารถทางกาย) + 0.702 (สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว) + (-0.161) (ความสามารถทางกาย \times สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว)] / $[0.011 + 0.00032$ (ความสามารถทางกาย) + 0.702 (สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว)]

ที่ดีเมื่อไม่มีเทอมปฏิสัมพันธ์ จากสมการถดถอยเชิงส่วน) พบว่า เทอมปฏิสัมพันธ์มีอิทธิพลต่อแนวโน้มของระดับสุขภาพจิตที่ดีที่เพิ่มขึ้น แม้ความสามารถทางกายจะลดลง แต่เมื่อสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวเพิ่มขึ้น สามารถอนุมานได้ว่า แม้จากความจริงที่ว่า ความสามารถทางกายจะมีแนวโน้มลดลงตามอายุของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวจากเทอมปฏิสัมพันธ์จะเพิ่มความสำคัญมากขึ้นหรือชะลอให้ระดับสุขภาพจิตที่ดีไม่ลดลงเร็วเกินไป สรุปว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวจึงร่วมกันมีอิทธิพลในการคงระดับสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ โดยในกรณีนี้เมื่อระดับความสามารถทางกายของผู้สูงอายุเริ่มลดลงระดับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่มากกว่าจะมีอิทธิพลต่อการคงสถานะหรือชะลอระดับสุขภาพจิตที่ดีที่จะลดลงไปได้ยาวนานมากกว่า

แผนภาพที่ 12 แสดงแนวโน้มระดับสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุเปรียบเทียบจากอิทธิพลของความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว จากข้อมูล 3 ชุด



แผนภาพที่ 13 แสดงแนวโน้มสัดส่วนระดับสุขภาพจิตที่ดีเปรียบเทียบระหว่างกรณีที่มีเทอมปฏิสัมพันธ์ ต่อกรณีที่ไม่มีเทอมปฏิสัมพันธ์ จากอิทธิพลของความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว



- จากปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม ทดสอบแล้วพบว่า ต่างไม่ได้ร่วมกันมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ จนมีนัยสำคัญทางสถิติ

6.3.3 การทดสอบตัวแปรอื่นๆ (กลุ่มตัวแปรคุม) ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดี จากปัจจัยทางประชากร, ทางการรับรู้สุขภาพตน และทางเศรษฐกิจสังคม (จากแบบจำลองที่ 3 ตารางที่ 22 หรือแผนภาพที่ 5) พยากรณ์ได้ว่า

- ผู้สูงอายุเพศชายเมื่อเทียบกับหญิง จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่า 0.485 หน่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้สูงอายุชายมีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุหญิง

- ผู้ที่มีอายุเพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีสุขภาพจิตที่ดีเพิ่มขึ้น 0.043 หน่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุมากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า

- ผู้ที่ประเมินสุขภาพตนเองที่ดีเพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีสุขภาพจิตที่ดีเพิ่มขึ้น 1.019 หน่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้ที่ประเมินสุขภาพตนเองที่ระดับดีมากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้ที่ประเมินสุขภาพตนเองที่ระดับดีน้อยกว่า

- ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงสุดที่ระดับอุดมศึกษา, มัธยมศึกษา หรือประถมศึกษาเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยเรียนเลย จะมีสุขภาพจิตที่ดีเพิ่มขึ้น 1.935, 0.788 และ 0.354 หน่วย ตามลำดับอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงสุดที่สูงกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงสุดที่ต่ำกว่า

- ผู้ที่มีสถานภาพโสดเมื่อเทียบกับผู้ที่มีสถานภาพกำลังสมรส จะมีสุขภาพจิตที่ดีเพิ่มขึ้น 0.669 หน่วย ส่วนผู้ที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่เมื่อเทียบกับผู้ที่มีสถานภาพกำลังสมรส จะมีสุขภาพจิตที่ลดลง 0.288 หน่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบเรียงระดับสุขภาพจิตที่ดีจากมากไปน้อย ได้แก่ ผู้ที่มีสถานภาพโสด, สมรส และหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ตามลำดับ

- ผู้ที่อาศัยอยู่ในหรือนอกเขตเทศบาลไม่ได้มีอิทธิพลต่อระดับสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ จนมีนัยสำคัญทางสถิติ

- ผู้ที่มีรายได้รวมต่อปีที่ระดับตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป, 30,000-99,999 บาท หรือ 10,000-29,999 บาท เมื่อเทียบกับผู้ที่มีรายได้รวมต่อปีที่ระดับต่ำกว่า 10,000 บาท จะมีสุขภาพจิตที่ดีเพิ่มขึ้น 1.395, 0.508 และ 0.437 หน่วย ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้ที่มีรายได้รวมต่อปีที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้ที่มีรายได้รวมต่อปีที่น้อยกว่า

- ผู้ที่มีรายได้เพียงพอเมื่อเทียบกับผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอหรือเพียงพอเป็นบางครั้ง จะมีสุขภาพจิตที่ดีเพิ่มขึ้น 1.271 หน่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้ที่มีรายได้เพียงพอมีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอหรือเพียงพอเป็นบางครั้ง

บทที่ 7

บทสรุป การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะของการศึกษา

สังคมสูงวัยอย่างประเทศไทยในปัจจุบัน เป็นสังคมที่จะประสบปัญหาการขาดความสมดุลเชิงโครงสร้างทางประชากรเพิ่มมากขึ้น โดยจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากแต่จำนวนผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานกลับลดลงจนเกิดภาวะพึ่งพิงทางสังคมที่สูงขึ้นเป็นลำดับ ดังนั้น การหาแนวทางการเพิ่มและคงรักษาระดับศักยภาพ ความสามารถ และประสบการณ์ของผู้สูงอายุให้ได้สร้างประโยชน์มากและต่อเนื่องนานที่สุดจึงเป็นหนทางหนึ่งที่สำคัญยิ่งสำหรับสังคมโดยรวม เพราะฉะนั้น การศึกษาและทำความเข้าใจถึงปัจจัยกำหนดที่สนับสนุนให้เกิดและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ (ซึ่งเป็นพฤติกรรมเชิงรุกที่ถูกยอมรับโดยทั่วกันว่าเป็นการใช้ศักยภาพของผู้สูงอายุที่จะสร้างประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเองและต่อบุคคลอื่นในสังคมส่วนรวมได้ด้วย) จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง จึงเป็นเหตุแห่งความสนใจของผู้วิจัยในการศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกาย สภาพแวดล้อมการมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานะและความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกาย สภาพแวดล้อม การมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาอิทธิพลของความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมที่ต่างและร่วมกันส่งผลต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ รวมทั้งเพื่อศึกษาอิทธิพลของความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมที่ส่งผลผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคมสู่สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาประกอบกันในการศึกษา โดยแนวคิดหลัก ได้แก่ สมมติฐานการคล้อยตามสภาพแวดล้อม (The Environmental Docility Hypothesis) ของ Lawton M. P. และคณะ ภายใต้กรอบทางนิเวศวิทยาของการสูงอายุ (Ecological Model of Ageing) ที่เชื่อว่า ปัจจัยความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ จะต่างและร่วมกันส่งผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมของแต่ละบุคคลซึ่งถือเป็นพฤติกรรมเชิงรุก และส่งผลถึงสุขภาพจิตที่ดีซึ่งถือเป็นตัวชี้วัดความอยู่ดีมีสุขและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย ส่วนแนวคิดประกอบ ได้แก่ (1) แนวคิดและการประเมินความสามารถทางกายของผู้สูงอายุ โดยอาศัยนิยามของ WHO-ICE: International Classification of Disability and Health (WHO, 2002b) ที่ประเมินข้อจำกัดทางร่างกายของบุคคลจากข้อบกพร่องทางกาย และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากกลุ่มกิจกรรมพื้นฐาน, กลุ่มกิจกรรมทางกาย และกลุ่มกิจกรรมเชิงซ้อน (2) แนวคิดการจัดการสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ จะเป็นสภาพแวดล้อมทางกายภาพสังคม (Sociophysical Environment) ที่

สนับสนุนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ (Lawton, 1977; 1982) ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ, สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายนอกหรือละแวกบ้าน (ไม่ได้ทำการศึกษา ด้วยข้อจำกัดของข้อมูล), สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว และสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม (3) แนวคิดการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้อาศัยส่วนประกอบจากแนวคิดพหุพลัง (Active Ageing Taskforce, 2003, อ้างถึงใน Thanawang & Soonthornhdhada, 2006; Tareque et al., 2013; WHO, 2002a) ที่ประเมินระดับการมีส่วนร่วมทางสังคม (Social Participation) จากการยังคงได้ทำงาน, การได้ร่วมกิจกรรมครอบครัว, การร่วมกิจกรรมกลุ่มและชมรม และการร่วมกิจกรรมทางศาสนาของผู้สูงอายุ และ (4) แนวคิดสุขภาพจิต จะประเมินระดับสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ จากแบบวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับย่อ 15 ข้อ (Thai Mental Health Indicator Version 2007: TMHI) (อภิชัย มงคล และคณะ, 2552a; 2552b) ดังนั้น ตัวแปรที่สนใจในการศึกษานี้จึงถูกสร้างขึ้นจากองค์ประกอบต่างๆ ตามแนวคิดและทฤษฎีรวมเป็นดัชนีชี้วัดด้วยวิธีการวิเคราะห์ปัจจัย (Factor Analysis) และการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle Component Analysis) ได้แก่ ดัชนีความสามารถทางกาย, ดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน, ดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว, ดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม และดัชนีการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล (แสดงผลในภาคผนวก ข้อที่ ก-จ) และตัวแปรที่เป็นปัจจัยควบคุมอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตที่ดี ได้แก่ ปัจจัยทางประชากร ทางการรับรู้สุขภาพตน และทางเศรษฐกิจสังคม ได้แก่ เพศ, อายุ, ระดับสุขภาพจากการประเมินตนเอง, ระดับการศึกษาสูงสุด, สถานภาพสมรส, เขตที่อยู่อาศัย, รายได้รวมต่อปี และความเพียงพอของรายได้

การศึกษานี้จึงมีสมมติฐานหลักว่า (1) ความสามารถทางกาย สภาพแวดล้อม และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันต่างมีอิทธิพลทางตรงต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพจิตที่ดี และ (2) ความสามารถทางกาย และสภาพแวดล้อมต่างมีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาพจิตที่ดีผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ ส่วนสมมติฐานรองว่า ปัจจัยทางประชากร ทางการรับรู้สุขภาพตน และทางเศรษฐกิจสังคมมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ โดยการวิจัยนี้ได้รับการอนุญาตให้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งกำหนดประชากรกลุ่มเป้าหมายของการวิจัยนี้ ได้แก่ ประชากรไทยผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ตอบแบบสำรวจด้วยตนเองในข้อคำถามทั้งหมดที่ใช้ในการวิจัย สรุปลำดับตัวอย่างทั้งสิ้น 13,331 ราย โดยผู้วิจัยได้ทำการถ่วงน้ำหนักใหม่เพื่อปรับให้ฐานข้อมูลถูกล่วงน้ำหนักด้วยโครงสร้างที่มีสัดส่วนและการกระจายตัวแบบเดียวกับโครงสร้างประชากรจริงก่อนนำข้อมูลมาทดสอบทางสถิติ

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยแบ่งการศึกษาเป็น (1) ด้านสถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์ลักษณะทั่วไปและสถานะของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการแจกแจงความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, มัชฌิม, ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูล (2) ด้านสถิติเชิงอนุมาน ประกอบด้วย (ก) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรความสามารถทางกาย, สภาพแวดล้อม (ทางกายภาพภายในบ้าน, ทางสังคมจากครอบครัว, ทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม), การมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตที่ดี ด้วยการทำการวางไขว้, การทดสอบสถิติแบบไคสแควร์, การทดสอบสหสัมพันธ์เชิงเส้น และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างระหว่างคู่ตัวแปรแต่ละคู่ รวมถึงการทดสอบค่า Eta test เพื่อบอกถึงความสัมพันธ์หรือความสามารถของแต่ละองค์ประกอบหรือแต่ละตัวแปรว่าสามารถพยากรณ์ตัวแปรตามได้มากน้อยต่างกันอย่างไร (ข) การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุ ด้วยการทดสอบอิทธิพลทางตรงของความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมและเทอมปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตที่ดี และการทดสอบอิทธิพลทางอ้อมของความสามารถทางกายและสภาพแวดล้อมที่ส่งผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคมสู่สุขภาพจิตที่ดี ด้วยการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงซ้อนและการทดสอบความเป็นตัวแปรแทรกกลางของการมีส่วนร่วมทางสังคม ด้วยวิธี Product of Coefficients (Sobel, 1982) และประมาณค่าอิทธิพลทั้งหมดของตัวแปรต้นที่สนใจศึกษาที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพจิตที่ดี ด้วยวิธีการวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) โดยมีผลการศึกษา ดังนี้

7.1 สรุปผลการศึกษา

7.1.1 ลักษณะทั่วไปของข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง และสถานะของปัจจัยที่สนใจศึกษา

7.1.1.1 ลักษณะทางประชากร ทางการรับรู้สุขภาพตน และทางเศรษฐกิจสังคมของกลุ่มผู้สูงอายุตัวอย่างจำนวนรวม 13,331 ราย พบว่า มีอายุเฉลี่ยที่ 69 ปี และเป็นเพศชาย ร้อยละ 51.41 โดยมากมีสถานภาพกำลังสมรส ร้อยละ 52.50 ส่วนใหญ่อาศัยในเขตเทศบาลกว่าร้อยละ 58.86 และสำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.85 ในด้านรายได้กว่าร้อยละ 45.20 มีรายได้เฉลี่ยที่ 30,000-99,999 บาทต่อปี และกว่าร้อยละ 64.82 เป็นผู้มีรายได้เพียงพอ รวมถึงในด้านการรับรู้สุขภาพตน กลุ่มผู้สูงอายุตัวอย่างประเมินตนเองว่ามีสุขภาพโดยรวมที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 41.29 หรือที่ระดับดี ร้อยละ 39.21 ตามลำดับ

7.1.1.2 ความสามารถทางกาย ที่พิจารณาข้อจำกัดทางกายจากการไม่มีความบกพร่องทางกายและการสามารถปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ ได้ด้วยตนเอง พบว่า โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่มีข้อจำกัดทางกายจากกลุ่มกิจกรรมพื้นฐาน (การกินอาหาร, การใส่เสื้อผ้า และการอาบน้ำ) ซึ่งปฏิบัติได้ด้วยตนเองทั้งหมด มีถึงร้อยละ 99.09, กลุ่มกิจกรรมเชิงซ้อน (การโกนหนวด/หวีผม/รวบผม, การใส่/สวม

รองเท้า, การเดินทางโดยขึ้นรถ/ลงเรือคนเดียว, การนับเงินทอนได้ถูกต้อง และการหยิบยาประจำตัวกินได้ถูกต้อง) ซึ่งปฏิบัติได้ด้วยตนเองทั้งหมด มีร้อยละ 77.28, กลุ่มกิจกรรมทางกาย (การนั่งยองๆ, การยกของหนัก 5 กิโลกรัม, การเดิน 200-300 เมตร และการขึ้นลงบันได 2-3 ชั้น) ซึ่งปฏิบัติได้ด้วยตนเองทั้งหมด ร้อยละ 69.60 และความบกพร่องทางกาย (การมองเห็น (รวมเห็นชัดโดยแว่น), การได้ยิน (รวมได้ยินชัดโดยเครื่องช่วยฟัง), การกลืนปัสสาวะ, การกลืนอุจจาระ และอาการอัมพฤกษ์/อัมพาต) ซึ่งผู้ที่ไม่ใช่ข้อบกพร่องทางกายเลย มีร้อยละ 59.97 ตามลำดับ โดยดัชนีความสามารถทางกายรวมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะค่อนข้างไม่มีข้อจำกัดในความสามารถทางกาย/เสมือนบุคคลปกติ ร้อยละ 44.70 หรือมีข้อจำกัดในความสามารถทางกายที่ระดับน้อยร้อยละ 36.90 ตามลำดับ ซึ่งรวมกันประมาณกว่าสี่ในห้า

7.1.1.3 สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน พิจารณาจาก 7 องค์ประกอบที่เหมาะสมสนับสนุนการดำเนินชีวิตประจำวันภายในบ้านของผู้สูงอายุ โดยพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีห้องน้ำ/ส้วมอยู่ภายในบ้าน ร้อยละ 80.56, มีห้องนอนอยู่ชั้นล่าง ร้อยละ 70.69, ใต้นอนบนเตียงนอน ร้อยละ 57.86, มีราวบันไดในบ้าน ร้อยละ 56.86 และมีส้วมแบบโถนั่งห้อยเท้า ร้อยละ 35.92 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีราวจับในห้องน้ำ/ส้วม มีเพียงร้อยละ 7.20 และมีราวจับในห้องนอน มีเพียงร้อยละ 3.92 ตามลำดับซึ่งมีจำนวนค่อนข้างน้อย โดยดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านรวมของผู้สูงอายุเกินกว่าครึ่งอยู่ที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 55.29 หรือที่ระดับมาก ร้อยละ 31.91 ตามลำดับ

7.1.1.4 สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว พิจารณาจากปัจจัยสนับสนุนผู้สูงอายุจากครอบครัวใน 5 องค์ประกอบ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตรอย่างน้อย 1 คนอาศัยอยู่ด้วยในครัวเรือน ร้อยละ 47.84 หรือมีบุคคลอื่นอยู่ด้วยที่ไม่ใช่บุตร ร้อยละ 32.71 ตามลำดับ และโดยส่วนใหญ่ได้เยี่ยมเยียนกับบุตรหรือบุตรอยู่ด้วย ร้อยละ 61.24 หรือได้พูดคุยโทรศัพท์กับบุตรทุกวัน/เกือบทุกวันหรือบุตรอยู่ด้วย ร้อยละ 58.56 ตามลำดับ รวมทั้งส่วนใหญ่ได้รับเงินจากบุตร ร้อยละ 74.80 หรือได้รับสิ่งของจากบุตร ร้อยละ 77.52 ตามลำดับ ดังนั้น ดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวรวมจะอยู่ที่ระดับมาก ร้อยละ 63.39 หรือที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 25.99 ตามลำดับ

7.1.1.5 สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม พิจารณาจากปัจจัยสนับสนุนผู้สูงอายุจากบริการและสวัสดิการสังคมของรัฐ/ชุมชน/สังคมใน 4 องค์ประกอบ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐ/ชุมชน/สังคม มีกว่าร้อยละ 87.53 หรือเคยได้รับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐ กว่าร้อยละ 57.72 ตามลำดับ และเกือบครึ่งหนึ่งเคยได้รับบริการด้านสุขภาพและความช่วยเหลือด้านต่างๆ จากรัฐ มีร้อยละ 47.97 รวมทั้งด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุ พบว่า ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยเฉลี่ยเพียงจำนวน 2 จาก 8 แหล่งสื่อ ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้รับข่าวสารผู้สูงอายุจากสื่อบุคคล, โทรศัพท์ และหอกระจายข่าว มีร้อยละ 64.02,

52.88 และ 42.40 ตามลำดับ ดังนั้น ดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมรวมจึงอยู่ที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 56.37 หรือที่ระดับน้อย ร้อยละ 39.94 ตามลำดับ

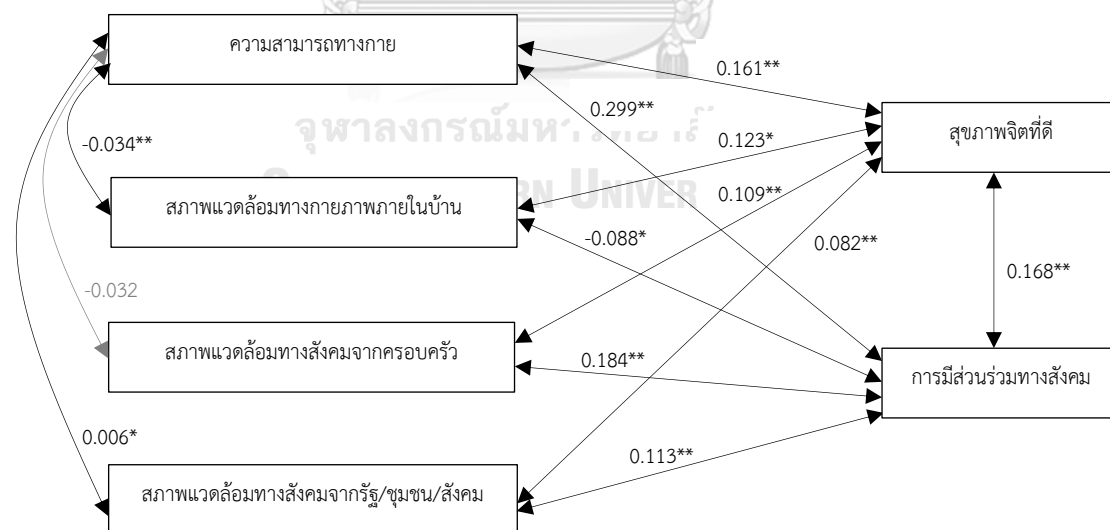
7.1.1.6 การมีส่วนร่วมทางสังคม พิจารณาจากการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุใน 4 กิจกรรมสังคม โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะร่วมกิจกรรมทางศาสนา กว่าร้อยละ 91.39, ร่วมกิจกรรมครอบครัว ถึงร้อยละ 78.49, ร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม ถึงร้อยละ 74.27 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างที่ยังคงทำงานอยู่ไม่น้อย ถึงร้อยละ 39.94 ดังนั้น ดัชนีการมีส่วนร่วมทางสังคมรวมจึงอยู่ที่ระดับมาก ร้อยละ 68.74 หรือที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 22.99 ตามลำดับ

7.1.1.7 สุขภาพจิตที่ดี วัดจากแบบวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (ข้อคำถามมาตรฐาน 15 ข้อ) พบว่า โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีอยู่ที่ระดับมาก ร้อยละ 57.36 หรือที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 41.98 ตามลำดับ

7.1.2 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรที่สนใจศึกษา

จากการทดสอบสหสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรที่สนใจศึกษาทีละคู่ในเบื้องต้น โดยยังไม่มี การควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต้นอื่นๆ สรุปผลได้ ดังนี้ (สรุปภาพรวม แผนภาพที่ 4)

แผนภาพที่ 4 สรุปความสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงเส้น



ที่มา : จัดทำโดยผู้วิจัย

หมายเหตุ : ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

7.1.2.1 สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกันกับความสามารถทางกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่มากกว่ามีโอกาสมากกว่าที่จะมีความสามารถทางกายที่น้อยกว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่น้อยกว่า ดังนั้น ภายใต้บริบทของสังคมไทย สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านน่าจะเป็นไปตามอัตรภาพและมาถูกปรับเปลี่ยนหรือปรับปรุงเพิ่มขึ้นให้เหมาะสมในภายหลังเมื่อต้องรองรับกับความสามารถทางกายที่ลดลงหรือข้อจำกัดทางกายที่เพิ่มขึ้นตามวัยของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล ซึ่งสะท้อนว่ามักเป็นการแก้ไขมากกว่าการป้องกันปัญหา

7.1.2.2 สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถทางกาย จนมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ไม่พบว่าสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่ต่างกันมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถทางกายของผู้สูงอายุ โดยเมื่อพิจารณาในองค์ประกอบของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว จากการมีผู้ช่วยในครัวเรือน, การได้พูดคุยโทรศัพท์กับบุตร, การได้รับเงินจากบุตร และการได้รับสิ่งของจากบุตร ต่างมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับความสามารถทางกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งล้วนสนับสนุนความสามารถทางกายของผู้สูงอายุ แต่ส่วนองค์ประกอบด้านการได้เยี่ยมเยียนกับบุตรกลับมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกันกับความสามารถทางกายของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางกายที่น้อยกว่ามีโอกาสมากกว่าที่จะต้องมีการเยี่ยมเยียนเพื่อให้การดูแลปรนนิบัติทั้งทางกายและจิตใจมากขึ้นกว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางกายที่มากกว่า ดังนั้น จึงส่งผลให้สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถทางกาย

7.1.2.3 สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับความสามารถทางกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่มากกว่ามีโอกาสมากกว่าที่จะมีความสามารถทางกายมากกว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่น้อยกว่า ดังนั้น บริการและสวัสดิการสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมสำหรับผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ทั้งด้านการเงิน, บริการด้านสุขภาพ และด้านข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุ เป็นต้น ล้วนมีส่วนสนับสนุนต่อความสามารถทางกายของผู้สูงอายุ

7.1.2.4 ความสามารถทางกายมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับการมีส่วนร่วมทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางกายที่มากกว่ามีโอกาสมากกว่าที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางกายที่น้อยกว่า ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางกายที่มากกว่าย่อมมีอิสระมากกว่า จึงยังสามารถที่จะร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมได้มากกว่าด้วย

7.1.2.5 สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้าม
กันกับการมีส่วนร่วมทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่น้อยกว่า โดยน่าจะเป็นผลสะท้อนทางอ้อมมาจากการที่พบว่า สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกับความสามารถทางกาย ซึ่งผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางกายที่น้อยกว่าเพราะมีข้อจำกัดทางกายที่มากกว่าซึ่งน่าจะต้องมีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านให้สะดวกและเหมาะสมเพื่อรองรับการดำเนินชีวิตภายในบ้านที่จะมากขึ้น ซึ่งย่อมส่งผลให้การดำเนินชีวิตภายนอกบ้านและการมีส่วนร่วมทางสังคมน่าจะทยอยลดระดับลง

7.1.2.6 สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน
กับการมีส่วนร่วมทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่น้อยกว่า ดังนั้น สภาพแวดล้อมทางสังคมจากปัจจัยที่สนับสนุนและเกื้อหนุนผู้สูงอายุจากครอบครัว สามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมทางสังคมมากขึ้นได้

7.1.2.7 สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมมีความสัมพันธ์ในทิศทาง
เดียวกันกับการมีส่วนร่วมทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่น้อยกว่า ดังนั้น สภาพแวดล้อมทางสังคมจากปัจจัยที่สนับสนุนและเกื้อหนุนผู้สูงอายุจากรัฐ/ชุมชน/สังคม สามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมทางสังคมมากขึ้นได้

7.1.2.8 ความสามารถทางกายมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับสุขภาพจิตที่ดี
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางกายที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางกายที่น้อยกว่า ดังนั้น ความสามารถทางกายของผู้สูงอายุที่ลดลงตามอายุย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ลดลงได้ ซึ่งการที่สามารถสนับสนุนให้ผู้สูงอายุคงรักษาระดับความสามารถทางกายไว้ให้ได้มากและยาวนานที่สุดจะเป็นผลดีต่อการคงระดับสุขภาพจิตที่ดีไว้ได้ด้วย

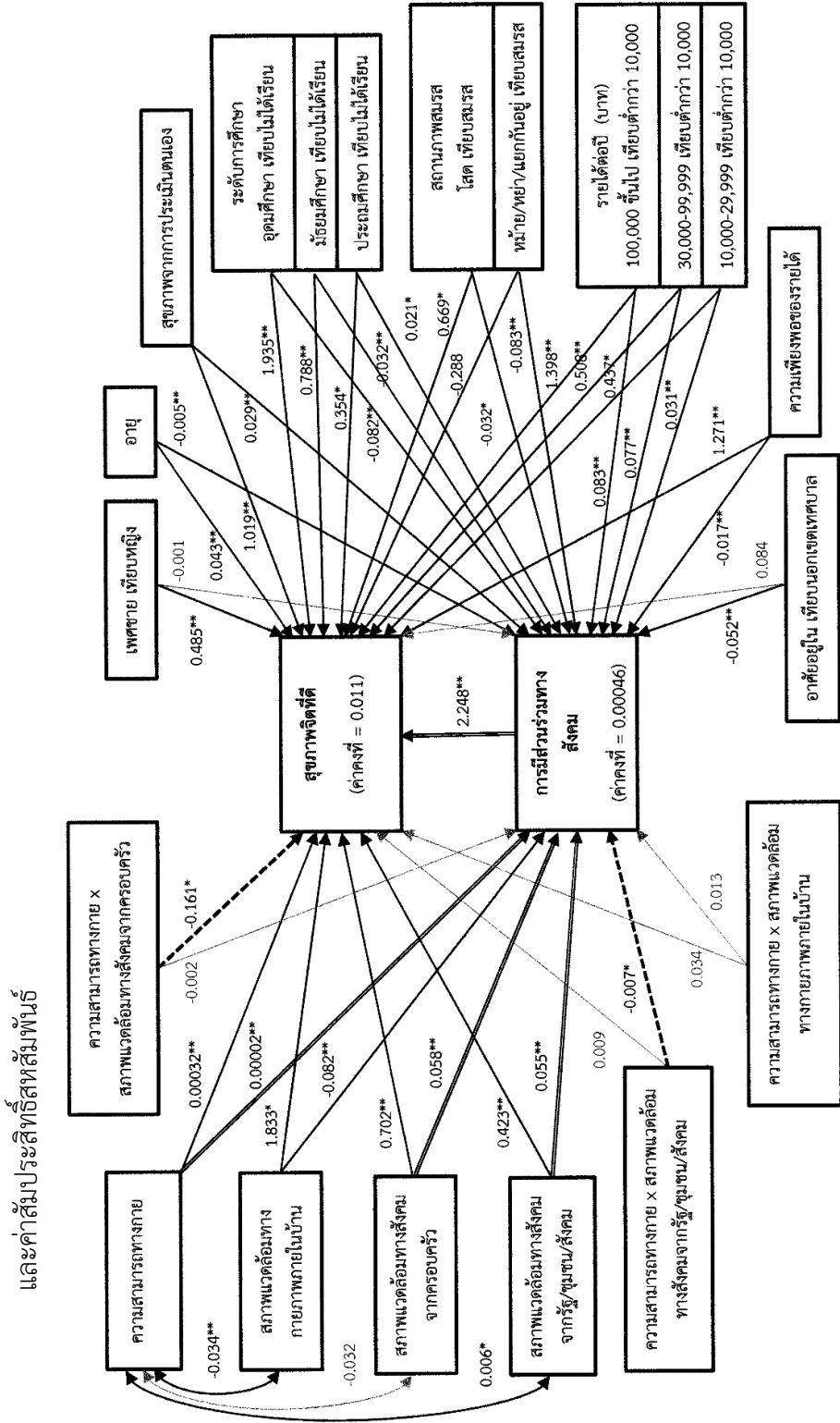
7.1.2.9 สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน
กับสุขภาพจิตที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่น้อยกว่า ดังนั้น สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่สนับสนุนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุได้มาก สามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีมากขึ้นได้

7.1.2.10 สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับสุขภาพจิตที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่น้อยกว่า ดังนั้น สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวด้วยปัจจัยสนับสนุนและเกื้อหนุนผู้สูงอายุจากครอบครัวที่มาก สามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีมากขึ้นได้

7.1.2.11 สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับสุขภาพจิตที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่น้อยกว่า ดังนั้น สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมด้วยปัจจัยสนับสนุนและเกื้อหนุนด้านบริการและสวัสดิการสังคมต่อผู้สูงอายุจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่เหมาะสมและตรงตามความต้องการ สามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีมากขึ้นได้

7.1.2.12 การมีส่วนร่วมทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับสุขภาพจิตที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมทางสังคมที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมทางสังคมที่น้อยกว่า ดังนั้น การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุที่มาก สามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีมากขึ้นได้

แผนภาพที่ 14 สรุปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพจิตที่ดีด้วยค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย



ที่มา : จัดทำโดยผู้วิจัย
 หมายเหตุ : ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
 เครื่องหมายลูกศร ↑ หมายถึง มีอิทธิพลทางตรง ↑ หมายถึง มีอิทธิพลทางอ้อม ▲ หมายถึง ไม่มีอิทธิพลหรือไม่มีความสัมพันธ์ หรือ ❖ หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์ ❖ หมายถึง มีความสัมพันธ์

7.1.3 ผลการศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตที่ดี

จากการทดสอบความถดถอยเชิงซ้อนของปัจจัยต่างๆ ที่กำหนดการมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตที่ดี สรุปผลได้ ดังนี้ (สรุปภาพรวม แผนภาพที่ 14)

7.1.3.1 ผลการศึกษาปัจจัยกำหนดการมีส่วนร่วมทางสังคม

เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต้นอื่นๆ แล้วพิจารณาเฉพาะอิทธิพลของตัวแปรที่สนใจศึกษาที่ละตัวกับการมีส่วนร่วมทางสังคมของกลุ่มผู้สูงอายุตัวอย่าง พบว่า ตัวแปรความสามารถทางกาย, สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว และสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม ต่างมีอิทธิพลทางบวกซึ่งสนับสนุนการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านกลับมีผลทางลบซึ่งสวนทางกับการสนับสนุนการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เพราะน่าจะได้รับผลจากความสามารถทางกายของผู้สูงอายุที่ลดลงตามวัย

และสำหรับตัวแปรเทอมปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม พบว่า ร่วมกันมีอิทธิพลในการคงระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมของกลุ่มผู้สูงอายุตัวอย่าง ในกรณีที่มีความสามารถทางกายลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเมื่อผู้สูงอายุเริ่มมีความสามารถทางกายที่ลดลง สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่มากกว่าจะมีอิทธิพลต่อการคงสถานะหรือชะลอระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุที่จะลดลงไว้ได้ยาวนานขึ้น แต่ตัวแปรเทอมปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน และเทอมปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว ต่างไม่ได้มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุจนมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต้นอื่นๆ แล้วพิจารณาอิทธิพลเฉพาะปัจจัยทางประชากรทางการรับรู้สุขภาพตน และทางเศรษฐกิจสังคมในแต่ละตัวแปรกับการมีส่วนร่วมทางสังคมของกลุ่มผู้สูงอายุตัวอย่าง พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า, ผู้ประเมินสุขภาพตนเองระดับที่ดีมากกว่า, ผู้มีรายได้เฉลี่ยต่อปีที่ระดับมากกว่า และผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอเทียบกับผู้ที่มีรายได้เพียงพอ ต่างมีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมที่มากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนผู้ที่มีสถานภาพกำลังสมรส, โสด และหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมเรียงจากมากไปน้อยตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมทั้งผู้มีระดับการศึกษาสูงสุดที่ระดับประถมศึกษา, ไม่เคยเรียนเลย, มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา มีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมเรียงจากมากไปน้อยตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งล้วนตรงตามสมมติฐานการวิจัยที่ได้ตั้งไว้ ยกเว้นตัวแปรเพศ กลับพบว่า ไม่ว่าชายหรือหญิงต่างมีส่วนร่วมทางสังคมไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่ตรงตามสมมติฐานการวิจัยที่ได้ตั้งไว้

7.1.3.2 ผลการศึกษาปัจจัยกำหนดสุขภาพจิตที่ดี

เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต้นอื่นๆ แล้วพิจารณาเฉพาะอิทธิพลของตัวแปรที่สนใจศึกษาที่ละตัวกับสุขภาพจิตที่ดีของกลุ่มผู้สูงอายุตัวอย่าง พบว่า ตัวแปรความสามารถทางกาย, สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน, สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว, สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม และการมีส่วนร่วมทางสังคม ต่างมีอิทธิพลทางบวกซึ่งสนับสนุนสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

และสำหรับตัวแปรเทอมปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว พบว่า ร่วมกันมีอิทธิพลในการคงระดับสุขภาพจิตที่ดีของกลุ่มผู้สูงอายุตัวอย่าง ในกรณีที่ความสามารถทางกายลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเมื่อผู้สูงอายุเริ่มมีความสามารถทางกายที่ลดลง สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่มากกว่าจะมีอิทธิพลต่อการคงสถานะหรือชะลอระดับสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุที่จะลดลงไว้ได้ยาวนานขึ้น แต่ตัวแปรเทอมปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน และเทอมปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม ต่างไม่ได้มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุจนมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต้นอื่นๆ แล้วพิจารณาเฉพาะอิทธิพลของปัจจัยทางประชากร ทางการศึกษาสุขภาพตน และทางเศรษฐกิจสังคมในแต่ละตัวแปรกับสุขภาพจิตที่ดีของกลุ่มผู้สูงอายุตัวอย่าง พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุเพศชายเทียบกับหญิง, ผู้มีอายุที่มากกว่า, ผู้ประเมินสุขภาพตนเองระดับที่ดีมากกว่า, ผู้มีการศึกษาสูงสุดที่ระดับสูงกว่า, ผู้มีรายได้เฉลี่ยต่อปีที่ระดับมากกว่า และผู้ที่มีรายได้เพียงพอเทียบกับผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ต่างมีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีที่มากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนผู้ที่มีสถานภาพโสด, กำลังสมรส และหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีโอกาสที่จะมีระดับสุขภาพจิตที่ดีเรียงจากมากไปน้อยตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งล้วนตรงตามสมมติฐานการวิจัยที่ได้ตั้งไว้ ยกเว้นตัวแปรเขตที่อยู่อาศัย กลับพบว่า ไม่ว่าผู้สูงอายุจะอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลหรือนอกเขตเทศบาลต่างมีระดับสุขภาพจิตที่ดีไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่ตรงตามสมมติฐานการวิจัยที่ได้ตั้งไว้

7.1.3.3 ผลการศึกษาความเป็นตัวแปรแทรกกลางของการมีส่วนร่วมทางสังคมต่อสุขภาพจิตที่ดี

จากการทดสอบความเป็นตัวแปรแทรกกลางของการมีส่วนร่วมทางสังคม ด้วยวิธี Product of Coefficients (Sobel, 1982) ได้ผลการวิเคราะห์ทางสถิติว่า ตัวแปรความสามารถทางกาย, สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน, สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว และสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม ต่างก็มีอิทธิพลทางตรงต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังพบว่า อิทธิพลทางตรง

ทางบวกที่ตัวแปรความสามารถทางกาย, สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว และสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม มีต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมนั้นล้วนเป็นอิทธิพลทางอ้อมทางบวกที่ถูกส่งผ่านไปยังสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุด้วย กล่าวคือ การมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นตัวแปรแทรกกลางจากตัวแปรความสามารถทางกายไปสู่สุขภาพจิตที่ดี, จากสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวไปสู่สุขภาพจิตที่ดี และจากสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมไปสู่สุขภาพจิตที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นตัวแปรสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่แม้จะมีผลทางตรงทางลบต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งไม่ได้เป็นผลที่ถูกส่งผ่านไปถึงสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ กล่าวคือ การมีส่วนร่วมทางสังคมไม่ได้เป็นตัวแปรแทรกกลาง จากสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านไปสู่สุขภาพจิตที่ดี

7.2 การอภิปรายผลการศึกษา

7.2.1 สถานะของตัวแปรที่สนใจศึกษา

7.2.1.1 ความสามารถทางกาย เป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่จะสนับสนุนความมีอิสระในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

จากดัชนีความสามารถทางกาย (องค์ประกอบและการวิเคราะห์แสดงไว้ใน ภาคผนวก ก) พบว่า โดยภาพรวมผู้สูงอายุจะมีระดับความสามารถทางกายอยู่ในระดับที่ไม่มีข้อจำกัดในความสามารถทางกาย/เสมือนบุคคลปกติ ร้อยละ 44.70 หรือมีข้อจำกัดในความสามารถทางกายที่ระดับน้อย ร้อยละ 36.90 ตามลำดับ หรือรวมกันกว่าสี่ในห้า ซึ่งถือว่าค่อนข้างดี แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในส่วนของผู้ที่มีข้อจำกัดทางกายจากความบกพร่องและการขาดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ ได้ด้วยตนเองในแต่ละปัจจัย จะพบว่า ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีข้อจำกัดทางกายจากการมีความบกพร่องทางกาย สูงที่สุดถึงกว่าร้อยละ 40.03, มีข้อจำกัดจากกลุ่มกิจกรรมทางกาย ร้อยละ 30.40 และมีข้อจำกัดจากกลุ่มกิจกรรมเชิงซ้อน ร้อยละ 22.72 แต่มีข้อจำกัดจากกลุ่มกิจกรรมพื้นฐานเพียงร้อยละ 0.91 ตามลำดับ แม้ความจริงที่ว่าผู้สูงอายุจะต้องเข้าสู่ภาวะเสื่อมถอยทางร่างกายมากขึ้นเรื่อยๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ Knodel, Prachuabmoh & Chayovan (2013) ที่พบว่าข้อจำกัดจากความสามารถทางกายของผู้สูงอายุไทยที่เมื่ออายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปจะยิ่งเพิ่มเร็วและมากขึ้น ดังนั้น จึงเป็นเรื่องที่ควรตระหนักและให้ความสำคัญเพื่อหามาตรการที่จะส่งเสริม เสริมสร้างป้องกัน และบำรุงรักษาสุขภาพ และต้องหาแนวทางลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพด้วย เพื่อคงสถานะความสามารถทางกายในส่วนต่างๆ ของร่างกายผู้สูงอายุไทยให้ได้มากและยาวนานที่สุด เนื่องจากความสามารถทางกายของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญยิ่งเบื้องต้นที่จะทำให้ผู้สูงอายุแต่ละบุคคลจะยังคงสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีอิสระ สามารถดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพิงบุคคลอื่น

และสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ อันจะเป็นประโยชน์ทั้งต่อตนเองและบุคคลอื่นในสังคมส่วนรวมได้ด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ มาตรการการคงไว้ซึ่งความสามารถทางกายของผู้สูงอายุไทยให้พึ่งพาตนเองได้ยาวนานที่สุด ที่ถูกกำหนดเป็นหนึ่งในนโยบายและแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) โดยหนึ่งในยุทธศาสตร์ คือ การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ ที่มี 1 ใน 6 มาตรการหลักปฏิบัติ ได้แก่ มาตรการการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยและดูแลตนเองเบื้องต้น โดยพบว่าจากโครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในมาตรการนี้ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2551-2554) ได้วัดระดับผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่พึงประสงค์ (ต้องปฏิบัติได้ทุกข้อ คือ มีการออกกำลังกาย, รับประทานผักผลไม้สด, ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว, ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และไม่สูบบุหรี่) พบว่ามีเพียงร้อยละ 18.7 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ 30 (วิพรรณประจวบเหมาะ และคณะ, 2556: 54-55; ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์, 2557) รวมทั้งยังสอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ที่มีแนวทางเพื่อการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและให้ทุกภาคส่วนคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ ด้วยการพัฒนาให้บุคคลได้มีความรู้ มีจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ และส่งเสริมกิจกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับวัยทั้งด้านการออกกำลังกายและด้านโภชนาการที่เหมาะสม (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2558; 2560)

7.2.1.2 สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่เหมาะสม จะสร้างความสะดวกและปลอดภัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

จากดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน (องค์ประกอบและการวิเคราะห์แสดงไว้ใน ภาคผนวก ข) พบว่า โดยภาพรวมผู้สูงอายุจะมีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านอยู่ทุกระดับปานกลาง มีร้อยละ 55.29 หรือที่ระดับมาก ร้อยละ 31.91 ตามลำดับ หรือรวมกันเกินกว่าสี่ในห้า แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณากลุ่มผู้สูงอายุที่ยังขาดแต่ละปัจจัยสำหรับสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่เหมาะสม พบว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในบ้านที่ไม่มีราวจับในห้องนอน มีมากถึงร้อยละ 96.08 หรือไม่มีราวจับในห้องน้ำ/ส้วม มีกว่าร้อยละ 92.80 ตามลำดับ ดังนั้น เห็นได้ว่าที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีการติดตั้งอุปกรณ์ราวจับทั้งในห้องนอนและห้องน้ำ โดยส่วนน้อยที่มีปัจจัยเหล่านี้จะถูกจัดให้มีขึ้นตามความจำเป็นเพื่อช่วยในการดำเนินชีวิตภายหลังจากที่เริ่มมีข้อจำกัดต่างๆ ทางร่างกายเพิ่มมากขึ้น ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีส้วมแบบนั่งห้อยเท้า มีกว่าร้อยละ 64.08, ไม่มีราวบันไดในบ้าน มีร้อยละ 43.64, ไม่ได้นอนบนเตียงนอน ร้อยละ 42.14, ห้องนอนไม่ได้อยู่ชั้นล่าง ร้อยละ 29.31 และไม่มีห้องน้ำ/ส้วมอยู่ภายในบ้าน ร้อยละ 19.44 ตามลำดับ ซึ่งมีผู้สูงอายุจำนวนมากพอสมควรที่ไม่มีปัจจัยเหล่านี้เพราะน่าจะเป็นการจัดสรรตามอัตภาพของแต่ละบุคคล โดยยังไม่ได้คำนึงถึงความเหมาะสม ปลอดภัย และสนับสนุนความสะดวกในการดำเนินชีวิตในอนาคตเมื่อผู้อยู่อาศัยกลายเป็นผู้สูงอายุ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านน่าจะเกิดขึ้น

ภายหลังความจำเป็นที่ผู้สูงอายุเริ่มมีข้อจำกัดในความสามารถทางกายเกิดขึ้นและเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับโครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในมาตรการนี้ ในนโยบายและแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2551-2554) ก็พบว่า คนไทยแทบไม่ได้เตรียมการเรื่องที่อยู่อาศัยและผู้ที่จะอยู่ด้วยในอนาคตเมื่อยามสูงอายุ และผู้สูงอายุที่ได้อยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่เหมาะสมมีจำนวนที่น้อยมาก (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2556) รวมทั้งงานวิจัยอีกส่วนหนึ่งยังพบว่า การปรับสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นเมื่อถึงคราวจำเป็นหลังจากประสบปัญหาในความสามารถทางกายแล้ว เช่น เกิดการหกล้มแล้วจึงปรับสภาพบ้านรองรับ (เจษฎา ชัยเจริญกุล, 2555; ญัตติพัฒน์ สุขสมัย, 2550)

ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่เหมาะสมน่าจะสามารถสนับสนุนด้านความปลอดภัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นจากการดำเนินชีวิตประจำวันได้ เช่น ผู้สูงอายุอาจหกล้มได้เมื่อไม่มีราวจับภายในห้องน้ำหรือห้องนอนหรือราวบันไดบ้าน ซึ่งการเกิดอุบัติเหตุขึ้นกับผู้สูงอายุอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยจนไปเพิ่มข้อจำกัดในความสามารถทางกายให้มากขึ้น พื้นตัวได้ชำระหรือถูกลงจนอาจทพพลภาพ หรือร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ดังนั้น การส่งเสริมให้สังคมตระหนักถึงความสำคัญในการจัดให้มีปัจจัยต่างๆ ที่เหมาะสมภายในที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุทั้งเพื่อความสะดวก ป้องกันอุบัติเหตุและเพิ่มความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับ การส่งเสริมมาตรการการมีสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม ที่ถูกกำหนดเป็นหนึ่งในนโยบายและแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) โดยหนึ่งในยุทธศาสตร์ คือ การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ โดยมี 1 ใน 6 มาตรการหลักปฏิบัติ ได้แก่ มาตรการการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2556; ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์, 2557) และยังสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ที่มี 1 ใน 5 เป้าหมายคือ ให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดีขึ้น โดยมี 1 ใน 7 ตัวชี้วัด ได้แก่ ร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุจะต้องมีที่อยู่อาศัยในบ้านที่มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) รวมทั้งยังพบโครงการและงานวิจัยต่างๆ จากหน่วยงานทั้งภาครัฐ สถาบันการศึกษา โรงพยาบาล และภาคเอกชนที่พยายามสนับสนุนการปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ หรือสร้างมาตรฐานและตัวอย่างให้กับผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อความสะดวกและปลอดภัยในการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ (ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ, 2548; ไพรมา อิศรเสนา ณ อยุธยา และนวนน้อย บุญวงศ์, 2551; ฝนทิพย์ ชูประเสริฐ, 2555; ภัทรพล สาลี, 2553)

7.2.1.3 สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว เป็นปัจจัยสนับสนุนพื้นฐานในการสร้างความมั่นคงทางกายและจิตใจของผู้สูงอายุ

จากดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว (องค์ประกอบและการวิเคราะห์แสดงไว้ใน ภาคผนวก ค) พบว่า โดยภาพรวมผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวในระดับมาก มีร้อยละ 63.39 หรือที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 25.99 ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้สูงอายุบางส่วนก็ยังคงขาดสภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งเมื่อพิจารณาในแต่ละปัจจัยพบว่า มีกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับเงิน หรือสิ่งของเครื่องใช้จากบุตรเลยหรือไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่ ร้อยละ 25.20 และ 22.48 ตามลำดับ หรือประมาณกว่าหนึ่งในสี่ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจในการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะเมื่อยามเกษียณจากงานจนขาดรายได้หลัก แต่รายจ่ายยังคงมีอยู่และบางด้านอาจสูงขึ้นด้วย เช่น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล เป็นต้น ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีการเยี่ยมเยือน หรือไม่เคยติดต่อทางโทรศัพท์กับบุตรเลยหรือไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่ มีร้อยละ 9.66 และ 15.57 ตามลำดับ ซึ่งอาจส่งผลทางลบต่อจิตใจของผู้สูงอายุได้ และพบว่า มีกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่โดยลำพังร้อยละ 19.45 ซึ่งถือเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทั้งทางกายที่อาจต้องการผู้ดูแลในอนาคตรวมทั้งทางจิตใจที่อาจรู้สึกถูกละทิ้งจากสังคมได้ ดังนั้น สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวถือเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญอย่างยิ่งที่จะสนับสนุนทั้งทางกายและจิตใจของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นตามลำดับ

จากวัฒนธรรมดั้งเดิมของสังคมตะวันออกรวมถึงสังคมไทยที่มีความเชื่อเรื่องความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณอย่างผู้สูงอายุ ส่งผลให้ลูกหลานส่วนใหญ่ยังถือเป็นหน้าที่ที่ต้องให้การดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งสถาบันครอบครัวถือเป็นเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ (Ogawa et al., 2005; Weaver, 1986; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544: 3.11-3.12; อุษา วงษ์อนันต์, 2551) แต่ภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์อย่างปัจจุบันที่ระบบเศรษฐกิจทุนนิยม วัฒนธรรมและค่านิยมแบบตะวันตกที่แพร่หลาย ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางโครงสร้างครอบครัวจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวแหว่งกลางเพิ่มมากขึ้น เมื่อเกิดการย้ายถิ่นสู่เมืองของวัยแรงงาน (De silva, 1994; IPS, 1998) และการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและความเชื่อผ่านระบบการศึกษาสมัยใหม่ที่เป็นทางการตามแบบตะวันตกต่อเยาวชนไทยที่อาจลดคุณค่าและความเชื่อดั้งเดิมที่ครอบครัวเป็นสถาบันหลักของการเกื้อกูลระหว่างกันให้ลดลง เนื่องจาก ระบบการศึกษาที่เป็นทางการจะใช้เวลามากขึ้นทำให้เวลาที่เยาวชนจะได้อยู่และมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกต่างรุ่นในครอบครัวลดลง รวมทั้งกรอบแนวความคิด วัฒนธรรม และวิทยาการโลกแบบตะวันตก โดยปัจจุบันสามารถรับผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ ที่จะเน้นความเป็นปัจเจกนิยม (Individualism) และเชื่อมั่นในการใช้ความสามารถของตน (Self-realization) มากขึ้นตามลำดับ (Caldwell, 1980) จนอาจเป็นผลให้สังคมไทยเปลี่ยนเป็นสังคมพหุวัฒนธรรม โดยที่เยาวชนรุ่นใหม่อาจเริ่มละเลยที่จะให้

ความสำคัญกับครอบครัวและผู้สูงอายุมากขึ้น (Mason, 1992) ส่งผลให้แนวโน้มในอนาคตผู้สูงอายุ อาจได้รับการดูแลและเกื้อหนุนจากบุตรหลานในครอบครัวลดลงตามลำดับ ปัญหาผู้สูงอายุถูกละเลย และทอดทิ้งอาจเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น การสร้างจิตสำนึกและตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ มีพระคุณ และการสร้างความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัวที่มีสมาชิกต่างรุ่นให้มีสัมพันธภาพที่ดีและ เกื้อกูลระหว่างกัน จะเป็นประโยชน์ทั้งต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว และสังคมส่วนรวมได้อย่างมาก ซึ่งเมื่อ พิจารณาโครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2545- 2550) เปรียบเทียบกับ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2551-2554) จากมาตรการด้านการปลุกจิตสำนึกให้คนใน สังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ พบว่า ทิศนคติทางบวกต่อผู้สูงอายุของประชากร อายุ 18-59 ปี จากแผนฯ ระยะที่ 1 ได้ร้อยละ 62 เทียบกับระยะที่ 2 ได้ลดลงเหลือร้อยละ 57.20 ซึ่ง สะท้อนได้ว่าประชาชนอายุ 18-59 ปีกลับมีทัศนคติทางบวกต่อผู้สูงอายุลดลง (วิพรรณ ประจวบ เหมาะ และคณะ, 2556: 52-53) และก็สอดคล้องกับแนวทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ที่ยังคงสนับสนุนและสานต่อนโยบายและยุทธศาสตร์การ พัฒนาสถาบันครอบครัว (เป็นแผนปีพ.ศ. 2558-2564) จากที่มีการริเริ่มแผนเดิมมาตั้งแต่ใน แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 เนื่องจากปรากฏประเด็นปัญหาสังคมเพิ่มมากขึ้น เป็นลำดับ จนต้องกลับมาตระหนักถึงความสำคัญให้เกิดความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัวมากขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2558; 2560)

7.2.1.4 สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม จากบริการและสวัสดิการ สังคมที่เหมาะสมจะสนับสนุนการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุ

จากดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม (องค์ประกอบและการวิเคราะห์ แสดงไว้ใน ภาคผนวก ง) พบว่า ผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่จะมีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/ สังคมที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 56.37 หรือที่ระดับน้อย ร้อยละ 39.94 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณา รายปัจจัย พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งที่กลุ่มผู้สูงอายุไม่เคยได้รับบริการด้านสุขภาพและความช่วยเหลือ ด้านต่างๆ จากรัฐเลย มีร้อยละ 52.06 มีกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เคยใช้บริการรักษาพยาบาลจาก โรงพยาบาลรัฐ มีร้อยละ 42.08 และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐ/ชุมชน/สังคมเลย มี ร้อยละ 12.47 ตามลำดับ รวมทั้งกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านผู้สูงอายุจากสื่อต่างๆ โดย เฉลี่ยเพียงจำนวน 2 สื่อจาก 8 แหล่งสื่อ ซึ่งสภาพแวดล้อมทางสังคมจากการสนับสนุนด้านบริการ และสวัสดิการสังคมต่างๆ จากรัฐ/ชุมชน/สังคมต่อผู้สูงอายุ ถือว่ามีความสำคัญมากเช่นกันรองจาก การสนับสนุนจากสถาบันครอบครัว โดยเมื่อพิจารณาโครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน แผนผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2551-2554) ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์เพื่อสนับสนุนระบบคุ้มครอง ทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุหลายปัจจัยยังต่ำกว่าเป้าหมาย เช่น ระบบคุ้มครองรายได้, บำเหน็จ/บำนาญ และเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ มีร้อยละ 83.60 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ 85, สัดส่วนผู้สูงอายุที่

อยู่ในภาวะทุพพลภาพที่ได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง มีเพียงร้อยละ 38.70 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ 80, สัดส่วนผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี มีร้อยละ 56.70 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ 70 และสัดส่วนผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพที่ได้รับการบริการจากชุมชนในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีร้อยละ 33.30 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ 40 เป็นต้น

ซึ่งการจัดการด้านบริการและสวัสดิการสังคมต่างๆ จากรัฐ/ชุมชน/สังคมสำหรับผู้สูงอายุอาจยังมีปัญหาอยู่มากทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ เช่น มีปริมาณน้อยเกินไป, การเข้าไม่ถึง, ไม่น่าเชื่อถือ, สื่อข่าวสารไม่ทั่วถึง และไม่ตรงกับความต้องการ เป็นต้น ดังนั้น สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมควรมีการปรับปรุงให้เหมาะสมโดยมีหน่วยงานรัฐเป็นผู้นำหรือเป็นผู้สนับสนุนด้วยความร่วมมือกับชุมชน ภาคเอกชน หรือครอบครัวที่จะเสนอมาตรการหรือนโยบายเพื่อการจัดการสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมให้เหมาะสมตามความต้องการในแต่ละช่วงวัยของผู้สูงอายุไทยเพื่อการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตที่ดี

7.2.1.5 การมีส่วนร่วมทางสังคม จะเป็นประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเองและสังคมส่วนรวม

จากดัชนีการมีส่วนร่วมทางสังคม (องค์ประกอบและการวิเคราะห์แสดงไว้ใน ภาคผนวกจ) พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีส่วนร่วมทางสังคมอยู่ที่ระดับมาก ร้อยละ 68.74 หรือที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 22.99 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมทางสังคม จากปัจจัยการทำงาน พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ยังทำงานอยู่ มีร้อยละ 39.94 โดยส่วนหนึ่งน่าจะเป็นผู้ที่ยังมีศักยภาพจึงยังไม่ต้องการเกษียณจากงานโดยสามารถขยายอายุการทำงานออกไป ซึ่งเป็นไปตามแนวโน้มที่พบว่าจำนวนผู้สูงอายุไทยมีสถานะที่ยังทำงานเพิ่มมากขึ้น แต่ผู้สูงอายุไทยบางส่วนน่าจะยังไม่สามารถเกษียณด้วยภาวะจำเป็นจากปัญหาทางเศรษฐกิจ เช่น ความยากจน, ไม่มีผู้เกื้อหนุนทางการเงิน, รายได้ไม่เพียงพอ, ไม่มีการออม, มีหนี้สิน เป็นต้น สอดคล้องกับผลการศึกษาขององค์การสหประชาชาติ (UN, 2003) ที่พบว่า แถบภูมิภาคเอเชียกลาง เอเชียใต้ และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมทั้งประเทศไทย ที่ประชาชนส่วนใหญ่เป็นแรงงานภาคนอกระบบมีรายได้น้อย เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุก็ยังคงขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ไม่มีสวัสดิการหลังเกษียณ ส่งผลให้ยังจำเป็นต้องทำงานหลังวัยเกษียณต่อไป ซึ่งอย่างไรก็ตาม เมื่อผู้สูงอายุยังได้ทำงานที่เหมาะสมตามวัยและตามศักยภาพความสามารถของตนก็ถือได้ว่ายังสร้างประโยชน์ทั้งในเชิงเศรษฐกิจและสังคมส่วนรวม โดยผู้สูงอายุยังได้มีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งการส่งเสริมการทำงานของผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญจนได้มีการกำหนดแผนกลยุทธ์ด้านการทำงานของผู้สูงอายุ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2559-2563) ขึ้นด้วยวิสัยทัศน์ที่ว่า “ผู้สูงวัยคือหลักชัยสังคม” ด้วยการสามารถพึ่งตนและมีส่วนร่วมเป็นกำลังในการผลิตเชิงเศรษฐกิจ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งตนเองต่อไปได้ในเชิงเศรษฐกิจให้นานที่สุด รวมทั้งสามารถมีส่วนร่วมในการทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคม ด้วย 5 กลยุทธ์ ได้แก่ การ

กระจายงานสู่บ้านหรือชุมชน, การขยายอายุเกษียณราชการ, การส่งเสริมการจ้างงานต่อเนื่องของภาคเอกชน, การส่งเสริมการจ้างงานให้กับผู้สูงอายุในอาชีพที่เหมาะสมกับวัย ประสบการณ์การทำงานและสมรรถนะทางกาย และการสร้างฐานข้อมูลตลาดแรงงานด้านผู้สูงอายุ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และวิทยาลัยประชากรศาสตร์, 2559; สำนักกรรมการ 3 สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2560) รวมทั้งยุทธศาสตร์การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ได้เสนอแนะแนวทางในภาพรวมเพื่อการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นให้สามารถเข้าสู่ตลาดงานเพิ่มขึ้นด้วย เช่น การจัดการพัฒนาทักษะอาชีพที่เหมาะสมกับวัยและสมรรถนะทางกาย, มีมาตรการจูงใจทางการเงินและการคลังให้ผู้ประกอบการจ้างงานที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และสนับสนุนช่องทางการตลาด แหล่งทุน และบริการข้อมูลโอกาสในการประกอบอาชีพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560)

ส่วนปัจจัยการมีส่วนร่วมกิจกรรมครอบครัว, ร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม และร่วมกิจกรรมทางศาสนา พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ร่วมกิจกรรมกับครอบครัวเลย มีร้อยละ 21.51 หรือกว่าหนึ่งในห้า ซึ่งการไม่ได้ร่วมกิจกรรมกับครอบครัวจะเป็นการลดโอกาสการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างสมาชิกต่างรุ่นในครอบครัวด้วย ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมเลย มีร้อยละ 25.73 หรือกว่าหนึ่งในสี่ รวมทั้งกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ร่วมกิจกรรมทางศาสนา มีร้อยละ 8.61 ซึ่งการที่ไม่ได้ร่วมทั้งกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมและกิจกรรมทางศาสนาอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้พบปะและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมจนอาจทำให้รู้สึกแปลกแยกและโดดเดี่ยวจากสังคมเพิ่มขึ้น หรือทำให้เครือข่ายที่จะเกื้อหนุนด้านต่างๆ ทางสังคมลดลงเป็นลำดับ ซึ่งเมื่อพิจารณาโครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานแผนผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2551-2554) จากมาตรการส่งเสริมการรวมกลุ่มและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ พบว่า สัดส่วนผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและร่วมกิจกรรมในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยรวมมีเพียงร้อยละ 23.70 (ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา) ซึ่งก็ต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ 25 (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2556: 61-62) ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเพิ่มหรือคงรักษาระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมไว้ให้ได้มาก และยาวนานที่สุดย่อมจะเป็นการสร้างประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเองทั้งทางกายและทางจิตใจ และต่อบุคคลอื่นในสังคมส่วนรวมด้วย

7.2.1.6 สุขภาพจิตที่ดี จะเป็นตัวชี้วัดความอยู่ดีมีสุขและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ควรคงรักษาระดับไว้ให้ได้มากและยาวนานที่สุด เพราะผู้สูงอายุมักมีระดับต่ำกว่าหรือมีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าบุคคลวัยอื่น

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีดัชนีสุขภาพจิตที่ดี (จากแบบวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น : TMHI-15) ที่ระดับมาก มีร้อยละ 57.36 ซึ่งถือว่าค่อนข้างดี ดังนั้น ผู้ที่มี

ดัชนีสุขภาพจิตที่ดีระดับปานกลางหรือระดับน้อย รวมร้อยละ 42.64 แต่เมื่อเปรียบเทียบกับระดับสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุกับบุคคลทั่วไปในทุกช่วงวัย จะพบว่า ผู้สูงอายุมักมีความเปราะบางทางด้านจิตใจจึงมีระดับสุขภาพจิตที่ดีต่ำกว่าบุคคลทั่วไป ถึงร้อยละ 32 หรือหนึ่งในสาม (จากผลการสำรวจผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2554) (บรรลุ ศิริพานิช, 2555a; 2555b) และมักมีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าบุคคลวัยอื่นที่มีอายุต่ำกว่าด้วย (จากผลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนปี พ.ศ.2554) ดังนั้น การสามารถเพิ่มหรือรักษาระดับสุขภาพจิตที่ดีไว้ให้ได้มากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุย่อมเป็นสิ่งจำเป็น เพราะสุขภาพจิตที่ดีถือเป็นตัวบ่งชี้ระดับความอยู่ดีมีสุขและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงใช้เป็นดัชนีชี้วัดสุดท้ายของการวิจัยตามแนวคิดสมมติฐานการคล้อยตามสภาพแวดล้อม (The Environmental Docility Hypothesis) ซึ่งผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าเชื่อว่าย่อมจะมีสภาพชีวิตที่มีสุขทั้งทางกายและใจ มีความมั่นคงทางอารมณ์และความคิด พอใจในสิ่งที่มี มีสมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ สามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นและสถานการณ์ได้ดี แก้ไขปัญหาได้เหมาะสม รวมทั้งสามารถสร้างประโยชน์ให้กับสังคมด้วย (Rollant & Deppoliti, 1996; Trubowitz, 1994; เครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต, 2537; นาดยา เกรียงชัยพลฤกษ์, 2543; อัมพร โอตระกูล, 2540)

7.2.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ

การทดสอบสหสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรต้นที่สนใจศึกษา โดยยังไม่ได้มีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรตัวอื่นๆ ได้ผลดังนี้

7.2.2.1 สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกันกับความสามารถทางกาย

ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีความสามารถทางกายที่น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่น้อยกว่า กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุเริ่มมีความสามารถทางกายที่ลดลงหรือเริ่มมีข้อจำกัดในความสามารถทางกายมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านน่าจะถูกรับปรุงเพิ่มขึ้นเพื่อรองรับและทำให้เกิดความเหมาะสมต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุไปอย่างดีที่สุดตามศักยภาพของแต่ละครอบครัว รวมทั้งเพื่อการป้องกันและสร้างความปลอดภัยจากอุบัติเหตุหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับแบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างความกดดันทางสภาพแวดล้อมและความสามารถทางกายของบุคคล (Press-Competence Model) (Lawton & Nahemow, 1973) (จากแผนภาพที่ 2) หรืออนุมานได้ว่า การสามารถจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านให้เหมาะสมสะดวกต่อการดำเนินชีวิตและเพื่อป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุที่

อาจเกิดขึ้นต่อตัวผู้สูงอายุได้จะช่วยรองรับข้อจำกัดในความสามารถทางกายของผู้สูงอายุทั้งปัจจุบันและอนาคตที่จะเพิ่มขึ้นตามอายุ เป็นผลให้ผู้สูงอายุใช้พื้นที่ภายในบ้านได้สะดวกมากขึ้นและลดการใช้พื้นที่สาธารณะภายนอก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยส่วนหนึ่ง (P. B. Baltes & Mayer, 1999; Fobker & Grotz, 2006: 99-118; Oswald & Wahl, 2005)

7.2.2.2 สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถทางกาย

จากข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งแม้ภายในองค์ประกอบแต่ละปัจจัยของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถทางกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อาจเพราะมีความสัมพันธ์ในทิศทางต่างกัน ได้แก่ ปัจจัยการที่ผู้สูงอายุมีบุตรหรือผู้อื่นอยู่ด้วยในครัวเรือน เทียบกับอยู่โดยลำพัง, ความถี่ในการได้คุยโทรศัพท์กับบุตรที่มากกว่า, การได้รับเงินจากบุตรเทียบกับไม่ได้รับหรือไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่ และการได้รับสิ่งของจากบุตรเทียบกับไม่ได้รับหรือไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่ ต่างมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับความสามารถทางกายของผู้สูงอายุหรือหมายความว่า ปัจจัยข้างต้นมีผลต่อการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความสามารถทางกายเพิ่มขึ้น แต่ปัจจัยด้านความถี่ในการเยี่ยมเยียนกับบุตรที่มากกว่ากลับมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกับความสามารถทางกายของผู้สูงอายุ อาจเนื่องมาจาก เมื่อผู้สูงอายุเริ่มมีข้อจำกัดจากความสามารถทางกายมากขึ้นอาจส่งผลให้บุตรต้องเข้ามาดูแลหรืออยู่ด้วยทำให้ระดับการเยี่ยมเยียนระหว่างกันมีมากขึ้น ดังนั้น เมื่อประกอบกันเป็นดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวรวมจึงกลับไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถทางกายของผู้สูงอายุ จนมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งที่ปัจจัยประกอบทุกปัจจัยต่างมีความสัมพันธ์ แต่มีทิศทางตรงข้ามกับความสามารถทางกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7.2.2.3 สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับความสามารถทางกาย

ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่มากกว่ามีโอกาสมากขึ้นที่จะมีความสามารถทางกายที่มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่น้อยกว่า กล่าวคือ การมีบริการและสวัสดิการสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่เหมาะสมตรงตามความต้องการและมากพอสำหรับผู้สูงอายุจะช่วยสนับสนุนด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมให้ผู้สูงอายุสามารถเพิ่ม/คงรักษา/หรือชะลอระดับความสามารถทางกายไว้ได้มากและยาวนานขึ้น สอดคล้องกับแบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างความกดดันทางสภาพแวดล้อมและความสามารถทางกายของบุคคล (Press-Competence Model) (Lawton & Nahemow, 1973) (จากแผนภาพที่ 2) ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีความสามารถทางกายที่มากย่อมทำให้สามารถพึ่งพาตนเองได้โดยไม่เป็นภาระต่อผู้อื่นและยังสามารถสร้างประโยชน์ให้กับตนเองและสังคมส่วนรวมได้ด้วย

7.2.3 การศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่กำหนดการมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตที่ดี

การทดสอบปัจจัยกำหนดการมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ ด้วยการพิจารณาตัวแปรต้นที่สนใจศึกษา โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต้นอื่นๆ ได้ผลดังนี้

7.2.3.1 การมีส่วนร่วมทางสังคมมีอิทธิพลทางบวกต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมทางสังคมที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมทางสังคมที่น้อยกว่า กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ยังคงสามารถรักษาระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมไว้ได้ในระดับมากย่อมยังเห็นคุณค่าและบทบาทในตนเองและสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในครอบครัวและสังคมได้ ส่งผลให้มีความพึงพอใจในชีวิตและสุขภาพจิตที่ดีได้มากขึ้น แต่เมื่อผู้สูงอายุจำเป็นต้องลดระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมลงจะส่งผลให้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในครอบครัวและสังคมได้ลดลง ย่อมส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ลดลง ซึ่งก็สอดคล้องกับผลการวิจัยโดยส่วนใหญ่ (Forsman et al., 2011; Hughes & Ganguli, 2009; Hui & Rubenstein, 2006; K.-L. Lee et al., 2015; Leone & Hessel, 2016; Morrow-Howell, 2010; Rashedi et al., 2014; Yuen et al., 2008)

7.2.3.2 ความสามารถทางกายมีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อสุขภาพจิตที่ดีและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ และยังมีอิทธิพลเสริมทางอ้อมทางบวกที่ส่งผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคมไปสู่สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุด้วย

ผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางกายที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางกายที่น้อยกว่า เนื่องจาก เมื่อผู้สูงอายุเริ่มมีข้อจำกัดในความสามารถทางกายเพิ่มมากขึ้นจะเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทั้งส่วนตัวและทางสังคม เพราะอาจต้องใช้ทรัพยากรต่างๆ มากขึ้น เช่น ต้องใช้เวลามากขึ้น, ต้องมีผู้ช่วย หรือต้องมีอุปกรณ์ช่วยสนับสนุน เป็นต้น ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในความสามารถทางกายยิ่งมากย่อมส่งผลให้สามารถมีส่วนร่วมทางสังคมได้ลดลงหรือต้องยกเลิกกิจกรรมต่างๆ ไปในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยส่วนใหญ่ (Cachadinha et al., 2010: 143; Richard et al., 2009: 46-57; Spirduso et al., 2005) กล่าวคือ ความสามารถทางกายมีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางกายที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางกายที่น้อยกว่า เนื่องจาก เมื่อผู้สูงอายุเริ่มมีข้อจำกัดในความสามารถทางกายย่อมเริ่มมีอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวันมากขึ้น จากเดิมที่เคยปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ปกติก็จะเริ่มปฏิบัติได้น้อยลงจนไม่สามารถปฏิบัติได้ซึ่งอาจต้องพึ่งพาผู้ช่วยเหลือด้วยในที่สุด ดังนั้นเมื่อความอิสระในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลงย่อมมีผลต่อความเครียดและสุขภาพจิตที่ดีในที่สุด โดยจะขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวปรับใจยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุแต่ละบุคคล ซึ่งก็สอดคล้องกับผลการวิจัยส่วนใหญ่ (Marengoni et al., 2011; Muramatsu et al.,

2010; รักรษพล สนิทยา, 2555; ชัดเจน จันทรพัฒน์ และคณะ, 2547; วิชาญ ชูรัตน์ และคณะ, 2555; ทัดชาวดิ สิทธิสาร, 2552) กล่าวคือ ความสามารถทางกายมีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นตัวแปรแทรกกลางระหว่างความสามารถทางกายกับสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ กล่าวคือ นอกจากความสามารถทางกายจะมีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมแล้ว อิทธิพลนั้นยังเป็นอิทธิพลทางอ้อมทางบวกไปสู่สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุด้วย ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางกายที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมได้มากกว่าซึ่งส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางกายที่น้อยกว่าด้วย

สรุปได้ว่า การสนับสนุนให้เกิดการบำรุงรักษาสถานะความสามารถทางกายให้ดีและยาวนานมากที่สุดย่อมจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุไทยสามารถมีส่วนร่วมทางสังคมได้มากและต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีมากและยาวนานขึ้นด้วย

7.2.3.3 สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านมีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ แต่มีผลทางลบต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่ได้เป็นอิทธิพลทางอ้อมที่ส่งผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคมไปสู่สุขภาพจิตที่ดี

ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่เหมาะสมมากกว่ามีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่เหมาะสมน้อยกว่า โดยน่าจะเป็นผลมาจากความสามารถทางกายที่ลดลงจึงต้องปรับสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านให้เหมาะสมมากขึ้นเพื่อรองรับจึงมีผลให้การมีส่วนร่วมทางสังคมน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยบางส่วนที่ให้เหตุผลว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมน้อยลงเป็นผลมาจากการถอนตัวจากการใช้พื้นที่สาธารณะไปสู่พื้นที่ส่วนตัวมากขึ้น จากความรู้สึกว่าสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านสามารถปรับให้ปลอดภัยและควบคุมได้มากกว่าสภาพแวดล้อมภายนอกบ้าน ซึ่งเป็นผลมาจากความสามารถทางกายของผู้สูงอายุที่ลดลงหรือการมีข้อจำกัดทางกายที่มากขึ้นตามอายุ (P. B. Baltes & Mayer, 1999; Fobker & Grotz, 2006: 99-118; Oswald & Wahl, 2005) และสามารถสะท้อนจากผลการทดสอบสหสัมพันธ์เชิงเส้นก่อนหน้าที่พบว่า สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกันกับความสามารถทางกายของผู้สูงอายุ ซึ่งไปในทางเดียวกันคือ เมื่อผู้สูงอายุเริ่มมีความสามารถทางกายที่ลดลงสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านจะถูกปรับปรุงเพิ่มขึ้นตามความเหมาะสมเพื่อรองรับข้อจำกัดในความสามารถทางกายและสร้างความปลอดภัยสำหรับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น งานวิจัยอีกส่วนหนึ่งจึงพยายามชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและสนับสนุนให้มีการสร้างสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่มีมาตรฐานอย่างเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไว้ก่อน เพื่ออำนวยความสะดวกและปลอดภัยต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อสามารถคง

ความสามารถทางกายไว้มากและยาวนานที่สุด ซึ่งน่าจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมทางสังคมได้มากและต่อเนื่อง (F. Baum & Palmer, 2002; Bowling & Stafford, 2007; Clarke, Ailshire, & Lantz, 2009; Glass & Balfour, 2003; Lindstrom et al., 2004; Marottoli et al., 2000: 334-340; Ozer-Kemppainen, 2006; Walker & Hiller, 2007; WHO, 2002a; 2007) ดังนั้น จากความสามารถทางกายของผู้สูงอายุไทยที่ลดลงหรือข้อจำกัดในความสามารถทางกายที่เพิ่มขึ้นตามอายุน่าจะส่งผลให้เกิดการปรับปรุงและปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านให้เหมาะสมต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลมากขึ้น

ส่วนผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่เหมาะสมมากกว่ามีโอกาสมากกว่าจะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่เหมาะสมน้อยกว่า กล่าวคือ สภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ไม่เหมาะสมสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุย่อมจะเป็นอุปสรรคและสร้างความไม่ปลอดภัยในการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุจนอาจเสี่ยงต่ออุบัติเหตุทางกาย เช่น การหกล้ม และการบาดเจ็บ เป็นต้น โดยอาจเกิดการเจ็บป่วยและทุพพลภาพได้มากขึ้นจนส่งผลต่อสุขภาพจิตได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยส่วนใหญ่ (Forsman et al., 2011; Hughes & Ganguli, 2009; Hui & Rubenstein, 2006; Lee et al., 2015; Leone & Hessel, 2016; Morrow-Howell, 2010; Rashedi et al., 2014; Yuen et al., 2008)

สรุปได้ว่า สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่ถูกปรับเพิ่มขึ้น และความสามารถทางกายที่จะลดลงตามอายุ จึงต่างมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกันกับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ หรืออาจอนุมานได้ว่าจะน่าจะเป็นผลจากตัวแปรความสามารถทางกายของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มลดลงตามอายุ เพราะจากความเป็นจริงแล้วมีจุดที่แม้ไม่ว่าจะปรับสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านมากขึ้นเพียงไรแต่หากความสามารถทางกายมีปัญหาเกินไปจนถึงระดับหนึ่งแล้ว ก็อาจไม่สามารถช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุได้หรือกลับลดลงด้วย แต่จะยังสามารถช่วยเพิ่มสุขภาพจิตที่ดีได้เท่านั้น

7.2.3.4 สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวมีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อสุขภาพจิตที่ดี และการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ และยังมีอิทธิพลเสริมทางอ้อมทางบวกที่ส่งผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคมไปสู่สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุด้วย

ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่มากกว่ามีโอกาสมากกว่ามีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่น้อยกว่า ดังนั้น การสนับสนุนและเกื้อหนุนจากครอบครัวมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุอย่างมากเพราะจะเป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสขยายกิจกรรมต่างๆ และมีส่วนร่วมทางสังคมได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยส่วนใหญ่ (WHO, 2007; Kahn et al., 2002; Berkman et al.,

2000; Glass & Balfour, 2003) กล่าวคือ สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวมีอิทธิพลทางบวกต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่มากกว่ามีโอกาสมากกว่าที่มีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่น้อยกว่า ดังนั้น สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่พิจารณาระดับเครือข่ายสนับสนุนจากครอบครัวทั้งเชิงปริมาณ เช่น ความถี่, จำนวน, ระยะเวลา, ระยะเวลา เป็นต้น และเชิงคุณภาพ เช่น ความสัมพันธ์, ความเกื้อหนุนเกื้อกูล, ความใกล้ชิด เป็นต้น ที่จะสร้างความมั่นคงในชีวิตบั้นปลายของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล จึงมีผลทางบวกต่อสุขภาพจิตที่ดี สามารถลดความเครียดและความรู้สึกโดดเดี่ยวลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยส่วนใหญ่ (Cohen, 2004; Cornwell et al., 2008; Holmen & Furukawa, 2002; Sugisawa et al., 2002) กล่าวคือ สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวมีอิทธิพลทางบวกต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นตัวแปรแทรกกลางระหว่างสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวกับสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ กล่าวคือ นอกจากสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวจะมีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมแล้ว อิทธิพลนั้นยังเป็นอิทธิพลทางอ้อมทางบวกไปสู่สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุด้วย ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่มากกว่ามีโอกาสมากกว่าที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมได้มากกว่าซึ่งส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่น้อยกว่าด้วย

สรุปได้ว่า การสามารถส่งเสริมให้ครอบครัวตระหนักถึงการสนับสนุนและเกื้อหนุนผู้สูงอายุไทยให้ได้มากเพื่อให้มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่มาก ย่อมจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมทางสังคมได้มากและต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีมากและยาวนานขึ้นด้วย

7.2.3.5 สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมมีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อสุขภาพจิตที่ดีและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ และยังมีอิทธิพลเสริมทางอ้อมทางบวกที่ส่งผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคมไปสู่สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุด้วย

ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่มากกว่ามีโอกาสมากกว่าที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่น้อยกว่า ดังนั้น บริการและสวัสดิการสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมมีความสำคัญมาก ซึ่งมักถูกมองว่าเป็นการให้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่สูญเสียไปหรือเป็นภาระโดยไม่สร้างประโยชน์ต่อสังคม แต่จากผลการศึกษาพบว่า สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมสามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสมากกว่าที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมได้มากขึ้นซึ่งเป็นการสร้างประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเองและต่อผู้อื่นในสังคมส่วนรวมด้วย โดยการมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุทั้งจากรัฐ/ชุมชน/สังคมร่วมกันจะช่วยเกื้อหนุนกันจน

เป็นพื้นที่สื่อสารเพื่อทำกิจกรรมร่วมกันและเป็นปัจจัยสำคัญที่จะยังสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมทางสังคมได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยส่วนใหญ่ (Dalgard & Lund-Haheim, 1998; Guallart, 2006; Kwak et al, 2006; Levasseur et al., 2015; McNeill et al, 2006; Ozer-Kemppainen, 2006) กล่าวคือ สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมมีอิทธิพลทางบวกต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่มากกว่ามีโอกาสมากกว่าจะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่น้อยกว่า ดังนั้นสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่พิจารณาระดับบริการและสวัสดิการสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่ช่วยตอบสนองความต้องการและแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นได้ย่อมสามารถสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตที่ดีขึ้น กล่าวคือ สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมมีอิทธิพลทางบวกต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นตัวแปรแทรกกลางระหว่างสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมกับสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ กล่าวคือ นอกจากสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมจะมีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมแล้วอิทธิพลนั้นยังเป็นอิทธิพลทางอ้อมทางบวกไปสู่สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุด้วย ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่มากกว่ามีโอกาสมากกว่ามีส่วนร่วมทางสังคมได้มากกว่า ซึ่งส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่น้อยกว่าด้วย

สรุปได้ว่า สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมจากบริการและสวัสดิการสังคมที่เหมาะสม สอดคล้องและสนองความต้องการของผู้สูงอายุไทย ย่อมจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมทางสังคมได้มากและต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีมากและยาวนานขึ้นด้วย

7.2.3.6 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมมีอิทธิพลในการคงระดับการมีส่วนร่วมทางสังคม ในกรณีที่ความสามารถทางกายลดลง โดยเมื่อสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่มากกว่าจะชะลอระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมที่จะลดลงไว้ได้ยาวนานกว่า แม้ว่าความสามารถทางกายของผู้สูงอายุเริ่มลดลง

จากผลการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า ความสามารถทางกายมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมของผู้สูงอายุ และทั้งความสามารถทางกายและสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมต่างมีอิทธิพลทางบวกต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ รวมทั้งจากผลการศึกษาเพิ่มเติมพบว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่ร่วมกันมีอิทธิพลในการคงระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุด้วย แม้ว่าผู้สูงอายุจะเริ่มมีระดับความสามารถทางกายที่ลดลง แต่ถ้ามี

สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่มากกว่าจะมีอิทธิพลต่อการคงสถานะหรือชะลอระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมของบุคคลนั้นที่จะลดลงไปได้ยาวนานมากกว่าด้วย

สรุปได้ว่า การบริหารจัดการด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมให้เหมาะสม สอดคล้อง และตอบสนองตามความต้องการของผู้สูงอายุไทยนอกจากจะสนับสนุนความสามารถทางกายของผู้สูงอายุได้แล้ว ยังสนับสนุนระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุให้เพิ่มขึ้นและยืดระยะเวลาให้นานขึ้นได้ด้วย แม้ในกรณีที่ผู้สูงอายุจะมีความสามารถทางกายที่ต้องลดลงตามอายุ

7.2.3.7 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่มีอิทธิพลในการคงระดับสุขภาพจิตที่ดี ในกรณีที่ความสามารถทางกายลดลง โดยเมื่อสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่มากกว่าจะชะลอระดับสุขภาพจิตที่ดีที่จะลดลงไปได้ยาวนานกว่า แม้ว่าความสามารถทางกายของผู้สูงอายุเริ่มลดลง

จากผลการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า ทั้งความสามารถทางกายและสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวต่างมีอิทธิพลในการคงระดับสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ และจากผลการศึกษาเพิ่มเติมพบด้วยว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวร่วมกันมีอิทธิพลทางบวกต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุด้วย แม้ว่าผู้สูงอายุจะเริ่มมีระดับความสามารถทางกายที่ลดลง แต่ถ้ามีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่มากกว่าจะมีอิทธิพลต่อการคงสถานะหรือชะลอระดับสุขภาพจิตที่ดีของบุคคลนั้นที่จะลดลงไปได้ยาวนานมากกว่าด้วย

สรุปได้ว่า การเสริมสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวให้มากจะสนับสนุนระดับสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุไทยให้เพิ่มขึ้นและยืดระยะเวลาให้นานขึ้นได้ด้วย แม้ในกรณีที่ผู้สูงอายุจะมีความสามารถทางกายที่ต้องลดลงตามอายุ

7.2.3.8 จากกลุ่มตัวแปรอื่นๆ (ตัวแปรทางประชากร ทางารรับรู้สุขภาพตน และทางเศรษฐกิจสังคม) ที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ

ในการศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดให้ตัวแปรอื่นที่อาจมีผลต่อตัวแปรการมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นตัวแปรคุมตามกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย ตัวแปรเพศ, อายุ, การประเมินสุขภาพตน, ระดับการศึกษาสูงสุด, สถานภาพสมรส, เขตที่อยู่อาศัย, รายได้เฉลี่ยต่อปี และความเพียงพอของรายได้ ได้ผลการศึกษา ดังนี้

จากตัวแปรระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงสุดที่ระดับประถมศึกษา, ผู้ที่ไม่เคยเรียนเลย, มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา มีโอกาสที่จะมีระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมเรียงจากมากไปน้อยตามลำดับ และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอจะมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีรายได้เพียงพอ ซึ่งตัวแปรระดับการศึกษาและความเพียงพอของรายได้ให้ผลเช่นนี้น่าจะเนื่องมาจาก องค์ประกอบของการมีส่วนร่วมทางสังคมในด้านการยังคงทำงานของผู้สูงอายุ

เพราะผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า (กลุ่มระดับประถมศึกษา และกลุ่มไม่เคยเรียนเลย) หรือผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอจะเป็นกลุ่มแรงงานในภาคนอกระบบ ซึ่งไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ มีรายได้น้อย ไม่สามารถออม และไม่มีสวัสดิการรองรับเมื่อยามเกษียณทำให้จำเป็นต้องทำงานเพื่อหารายได้ให้เพียงพอกับรายจ่ายต่อไปแม้เข้าสู่วัยเกษียณแล้วก็ตาม ส่งผลให้ระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมสูงจากที่ยังคงต้องทำงานอยู่ (Ponce et al., 2014) ส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า, ผู้ประเมินสุขภาพตนเองที่ระดับดีมากกว่า, ผู้ที่มีสถานภาพกำลังสมรสเทียบกับทั้งสถานภาพโสด หรือสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่, ผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลเทียบกับในเขตเทศบาล และผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อปีที่ระดับมากกว่า ต่างมีส่วนร่วมทางสังคมที่มากกว่า ซึ่งล้วนตรงตามสมมติฐานการวิจัยที่ได้ตั้งไว้ แต่สำหรับตัวแปรเพศพบว่า ผู้สูงอายุชายหรือหญิงต่างมีส่วนร่วมทางสังคมไม่แตกต่างกัน ซึ่งต่างไปจากสมมติฐานการวิจัยที่ได้ตั้งไว้ โดยงานวิจัยส่วนใหญ่ก็พบว่า เพศที่ต่างกันมีผลให้การมีส่วนร่วมทางสังคมต่างกัน แต่ก็มีผลทั้งที่กลุ่มเพศชายมากกว่าหญิงหรือกลุ่มเพศหญิงมากกว่าชาย

7.2.3.9 จากกลุ่มตัวแปรอื่นๆ (ตัวแปรทางประชากร ทางการรับรู้สุขภาพตน และทางเศรษฐกิจสังคม) ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ

ในการศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดให้ตัวแปรอื่นที่อาจมีผลต่อตัวแปรสุขภาพจิตที่ดี เป็นตัวแปรคุมตามกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย ตัวแปรเพศ, อายุ, การประเมินสุขภาพตน, ระดับการศึกษาสูงสุด, สถานภาพสมรส, เขตที่อยู่อาศัย, รายได้เฉลี่ยต่อปี และความเพียงพอของรายได้ ได้ผลการศึกษา ดังนี้

จากตัวแปรสถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด, กำลังสมรส และหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีโอกาสที่จะมีระดับสุขภาพจิตที่ดีเรียงจากมากไปน้อยตามลำดับ ส่วนผู้สูงอายุเพศชายเทียบกับหญิง, ผู้ที่มีอายุมากกว่า, ผู้ที่ประเมินสุขภาพตนเองที่ระดับดีมากกว่า, ผู้ที่มีการศึกษาสูงสุดที่ระดับสูงกว่า, ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อปีที่ระดับมากกว่า และผู้ที่มีรายได้เพียงพอเทียบกับผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ต่างมีสุขภาพจิตที่ดีที่มากกว่า ซึ่งล้วนตรงตามสมมติฐานการวิจัยที่ได้ตั้งไว้ แต่สำหรับตัวแปรเขตที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลหรือนอกเขตเทศบาลต่างมีสุขภาพจิตที่ดีไม่แตกต่างกัน ซึ่งต่างไปจากสมมติฐานการวิจัยที่ได้ตั้งไว้ โดยงานวิจัยส่วนใหญ่ก็พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเขตที่อยู่อาศัยที่ต่างกันมีผลให้สุขภาพจิตที่ดีต่างกัน แต่ก็มีทั้งผู้สูงอายุในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขตเทศบาลหรือผู้สูงอายุอยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาล

7.3 ข้อเสนอแนะของการศึกษา

7.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) การส่งเสริมให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักยภาพของผู้สูงอายุเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุไทยได้มีบทบาทและมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนสังคมเพื่อร่วมเสริมสร้างทุนทางเศรษฐกิจและสังคมซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุด้วย

เนื่องจากผู้สูงอายุมักถูกมองว่ามีคุณค่าลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลวัยอื่นๆ ซึ่งผู้สูงอายุที่ยังมีศักยภาพ ความสามารถและประสบการณ์ต่างสามารถมีบทบาทและมีส่วนร่วมทางสังคมได้ทั้งจากการทำงาน และร่วมทำกิจกรรมครอบครัว, กิจกรรมกลุ่ม/ชมรม และกิจกรรมทางศาสนาซึ่งยังก่อให้เกิดทุนทางเศรษฐกิจและทุนทางสังคมที่จะเป็นประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเองและต่อสังคมส่วนรวมต่อไปได้

ดังนั้น ควรเร่งส่งเสริมให้มีการพัฒนาศักยภาพกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นให้สามารถเข้าสู่ตลาดงานเพิ่มขึ้น เพื่อสอดรับกับที่จำนวนวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง ด้วยการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตโดยจัดการพัฒนาทักษะอาชีพที่เหมาะสมกับวัยตามสมรรถนะทางกาย ดึงศักยภาพ ประสบการณ์ และภูมิปัญญาความเชี่ยวชาญของผู้สูงอายุมาอำนวยความสะดวกให้กับสังคม และมีมาตรการจูงใจทางการเงินและการคลังให้ผู้ประกอบการจ้างงานที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงการสนับสนุนช่องทางการตลาด แหล่งทุน และบริการข้อมูลเพื่อสร้างโอกาสในการประกอบอาชีพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งควรมีการปรับแก้กฎหมาย ข้อบังคับเพื่อขยายโอกาสในการทำงานของผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ด้วย

2) การส่งเสริมสุขภาพร่างกายของประชาชนทุกช่วงวัยเพื่อที่จะคงรักษาระดับความสามารถทางกายไว้ให้ได้มากและยาวนานที่สุดจนแม้จะเข้าสู่วัยสูงอายุก็ยังสามารถมีส่วนร่วมทางสังคมและมีสุขภาพจิตที่ดีได้

การสูงวัยขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุย่อมมาพร้อมกับการเกิดข้อจำกัดทางร่างกายเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ส่งผลให้ความสามารถทางกายและความมีอิสระในการปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเองและมีส่วนร่วมทางสังคมได้ลดลง จนอาจเป็นภาระต้องพึ่งพิงผู้ดูแลและอุปกรณ์ช่วยเหลือ ซึ่งจากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความสามารถทางกายที่มากของผู้สูงอายุไม่เพียงสามารถสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีและมีส่วนร่วมทางสังคมได้มากขึ้น แต่การมีส่วนร่วมทางสังคมนั้นยังสามารถส่งผลจากอิทธิพลของความสามารถทางกายเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีเพิ่มขึ้นไปอีกด้วย โดยที่การมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นพฤติกรรมเชิงรุกที่ไม่เพียงสามารถสร้างประโยชน์ให้กับตัวผู้สูงอายุเองแต่ยังสร้างประโยชน์ให้สังคมส่วนรวมด้วย

ดังนั้น ควรมีมาตรการส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนตระหนักว่าตนจะต้องเป็นผู้สูงอายุในวันข้างหน้าเพื่อจะได้เตรียมพร้อมด้านสุขภาพกายของตนเองในทุกช่วงวัยจนถึงช่วงก่อนและหลังเข้าสู่วัยสูงอายุ จะได้สามารถรักษาระดับความสามารถทางกายไว้เพื่อมีส่วนร่วมทางสังคมได้มากและยาวนานที่สุด ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของประชาชนทุกคนที่ไม่เพียงต้องมีการส่งเสริมกิจกรรมสุขภาพทั้งทางด้านการออกกำลังกายและด้านโภชนาการให้เหมาะสมตามวัย, การเผยแพร่องค์ความรู้ด้านการดูแลรักษาสุขภาพ และการปลูกจิตสำนึกให้ประชาชนตระหนักและลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่จะมีผลทางลบต่อสุขภาพ รวมถึงควรมีมาตรการเสริมทางการเงินและการคลังเพื่อช่วยสนับสนุนประชาชนให้สามารถดูแลรักษาสุขภาพตนเองด้วยต้นทุนที่ต่ำลง เช่น การลดค่าใช้จ่ายต่างๆ ด้านการรักษาสุขภาพและการออกกำลังกายของประชาชน เป็นต้น

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุมักมีข้อจำกัดความสามารถทางกายด้านต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา ทั้งจากโครงการติดตามและประเมินผลจากแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550-2554) ซึ่งพบว่า ผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุที่ยังต่ำกว่าเป้าหมายมาก ดังนั้น จึงควรสนับสนุนมาตรการนี้ให้สัมฤทธิ์ผลโดยเร็วด้วยการส่งเสริมการทำงานในเชิงรุกเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการป้องกันก่อนการตามบำบัดรักษาโรค ซึ่งจะช่วยลดการเกิดโรคและชะลอภาวะทุพพลภาพและโรคเรื้อรังต่างๆ ที่อาจก่อให้เกิดภาระแก่ปัจเจกบุคคล ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพได้ เช่น การใช้สื่อออนไลน์ ซึ่งถือว่ามีอิทธิพลต่อสังคมในปัจจุบันเผยแพร่ข่าวสารประชาสัมพันธ์ให้ตระหนักถึงการดูแลรักษาสุขภาพ รวมทั้งการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุให้มากขึ้น เป็นต้น

3) การส่งเสริมการเตรียมสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านให้เหมาะสมเพื่อความสะดวกและปลอดภัยในการดำเนินชีวิตก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุจะช่วยรักษาระดับความสามารถทางกายและสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุไว้ได้อย่างต่อเนื่องและยาวนานขึ้น

สำหรับแนวทางของการเตรียมพร้อมด้านที่อยู่อาศัยในประเทศที่พัฒนาแล้วจะพบว่า มักมีมาตรฐานการเตรียมสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้านไว้อย่างเหมาะสมก่อนที่บุคคลจะเข้าสู่วัยสูงอายุเพื่อสร้างความสะดวก และป้องกันอุบัติเหตุในการดำเนินชีวิตยามสูงอายุ ส่วนผลการศึกษานี้ด้วยบริบทของสังคมผู้สูงอายุไทย จึงพบว่า สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านมักไม่ค่อยได้รับความสนใจ จะถูกปรับแก้ให้เหมาะสมเมื่อถึงยามจำเป็นที่ผู้สูงอายุเกิดข้อจำกัดทางกายเพิ่มมากขึ้นมากกว่าการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น และประเด็นการสร้างสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทยเป็นประเด็นที่เพิ่งเริ่มได้รับความสนใจและเห็นความสำคัญมากขึ้นเป็นลำดับตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจากภาวะสังคมสูงวัย ฉะนั้น จึงควรมีมาตรการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการปรับปรุงหรือสร้างสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไว้ล่วงหน้าเพื่อความสะดวกและปลอดภัย เพราะเชื่อว่าจะ

สามารถป้องกันอุบัติเหตุที่อาจส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้สูงอายุ และช่วยคงไว้หรือชะลอระดับความสามารถทางกายของผู้สูงอายุ อันจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมทางสังคม และภาวะสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ

ดังนั้น จึงควรเร่งให้มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านให้เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ เช่น การจัดงบประมาณให้กู้ยืมด้วยดอกเบี้ยต่ำเพื่อการปรับปรุงบ้าน หรือการลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงบ้าน เช่น สนับสนุนภาคเอกชนในการผลิตวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปรับปรุงที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุให้มีราคาที่ถูกกลงเพื่อให้ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงได้ เป็นต้น

4) การส่งเสริมความมั่นคงของสถาบันครอบครัวเพื่อเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุให้สามารถมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพจิตที่ดี

ภายใต้ยุคโลกาภิวัตน์ของการเปลี่ยนแปลงในหลากหลายด้านส่งผลกระทบต่อความเปราะบางทางความสัมพันธ์ภายในสถาบันครอบครัว ดังนั้น การสามารถยึดมั่นในความเชื่อดั้งเดิมต่อความเกื้อกูลและสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวไว้ได้มากที่สุดจะส่งผลให้เกิดเครือข่ายความมั่นคงในชีวิตทั้งทางกายและจิตใจของสมาชิกทุกคนในครอบครัวโดยเฉพาะผู้สูงอายุไทยจะได้อาศัยศักยภาพในการมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพจิตที่ดีได้ ซึ่งจากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวด้วยการเกื้อหนุนของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้สูงอายุไทยสามารถสนับสนุนระดับสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุให้เพิ่มขึ้นและยืดระยะเวลาให้นานขึ้นได้ด้วยแม้ในกรณีที่ผู้สูงอายุจะมีความสามารถทางกายลดลงตามอายุ รวมทั้ง สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวไม่เพียงสามารถสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีและมีส่วนร่วมทางสังคมได้มากขึ้น แต่การมีส่วนร่วมทางสังคมนั้นยังสามารถส่งผลจากอิทธิพลของสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีเพิ่มขึ้นไปอีกด้วย โดยที่การมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นพฤติกรรมเชิงรุกที่ไม่เพียงสามารถสร้างประโยชน์ให้กับตัวผู้สูงอายุเองแต่ยังสร้างประโยชน์ให้สังคมส่วนรวมด้วย

ดังนั้น จึงควรสนับสนุนให้มีการรณรงค์ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว ให้คนรุ่นลูกหลานมองผู้สูงอายุว่ามีคุณค่ามีคุณประโยชน์มากกว่าเป็นภาระ ซึ่งจะส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมแสดงศักยภาพและบทบาทของตนเพิ่มขึ้น รวมทั้งควรสนับสนุนแผนนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันครอบครัว (พ.ศ. 2558-2564) และเร่งรัดให้เกิดความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการนำแผนมาปฏิบัติให้สำเร็จเป็นรูปธรรมโดยเร็วและต่อเนื่องเพื่อเสริมสร้างและคงความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัวของสังคมไทยไว้อย่างต่อเนื่อง

5) การส่งเสริมการจัดการงานบริการและสวัสดิการสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่เหมาะสมเพื่อผู้สูงอายุ และโดยผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุได้มีบทบาทและมีส่วนร่วมทางสังคมเพื่อสุขภาพจิตที่ดี

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า นอกจากสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม จากบริการและสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุจะสนับสนุนความสามารถทางกายของผู้สูงอายุแล้ว ยังสามารถสนับสนุนระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุให้เพิ่มขึ้นและยืดระยะเวลาให้นานขึ้น ได้ด้วยแม้ในกรณีที่ผู้สูงอายุจะมีความสามารถทางกายลดลงตามอายุ รวมทั้ง สภาพแวดล้อมทาง สังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมสำหรับผู้สูงอายุไม่เพียงสามารถสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีและมี ส่วนร่วมทางสังคมได้มากขึ้น แต่อิทธิพลของการมีส่วนร่วมทางสังคมนั้นยังเป็นอิทธิพลส่งผ่านจาก สภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีเพิ่มขึ้นไปอีกด้วย โดยที่ การมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นพฤติกรรมเชิงรุกที่ไม่เพียงสามารถสร้างประโยชน์ให้กับตัวผู้สูงอายุเองแต่ ยังสร้างประโยชน์ให้สังคมส่วนรวมด้วย ซึ่งในการจัดการเชิงนโยบายสวัสดิการสังคมเพื่อผู้สูงอายุน่าจะ ยึดหลักการ “ขาดทุน คือ กำไร” (พระราชดำรัสใน พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลย เดช ฌ.วันที่ 5 ธันวาคม พ.ศ. 2534) เพื่อเปรียบเทียบงานด้านบริการและสวัสดิการสังคมสำหรับผู้ สูงอายุไทย ใน 4 มิติ ได้แก่ การพิจารณาว่าจะจะเป็นผลประโยชน์ในปัจจุบันหรือในอนาคต, เป็น ผลประโยชน์ที่เป็นตัวเงินหรือไม่ใช่ตัวเงิน, เป็นผลประโยชน์ต่อตนเองหรือต่อผู้อื่น และเป็น ผลประโยชน์ต่อรัฐหรือประชาชน

ดังนั้น บริการและสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุจึงไม่ใช่ภาระหรือการสูญเสียเปล่าทาง สังคม แต่กลับจะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการทำกิจกรรมต่างๆ และจะเป็นประโยชน์มากขึ้น เมื่อสามารถสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและประสบการณ์เข้ามาร่วมมีบทบาทและมีส่วนร่วมใน งานบริการและสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุได้มากขึ้นด้วย ซึ่งจะสนับสนุนให้เกิดทุนทางเศรษฐกิจ และทุนทางสังคมที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีด้วย เช่น การรับผู้สูงอายุที่ยังมีศักยภาพและ ประสบการณ์เข้ามาร่วมกำหนดนโยบายและทำงานบริการและสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุด้วยกัน เช่น การแต่งตั้งให้ผู้สูงอายุเป็น อบต., การสนับสนุนการจัดตั้งวิสาหกิจเพื่อสังคมสำหรับบริการ ผู้สูงอายุภายในชุมชนโดยมีผู้สูงอายุด้วยกันเป็นที่ปรึกษาและบริหารจัดการ และการตั้งกลุ่มสัจจะออม ทรัพย์สำหรับผู้สูงอายุเพื่อการกักตุนยามจำเป็น เป็นต้น

7.3.2 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1) เพื่อเติมเต็มงานวิจัยด้วยการศึกษาปัจจัยสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายนอก หรือละแวกบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งน่าจะมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมทางสังคมและ สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุด้วย ว่าจะมีผลต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพจิตที่ดีสำหรับ ผู้สูงอายุแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

2) เพื่อตรวจสอบเชิงยืนยันการวิจัยสำหรับความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทาง กายกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน และการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ เพราะแม้

จากผลการวิจัยนี้จะพบว่า ด้วยบริบทของสังคมผู้สูงอายุไทย ความสามารถทางกายที่ลดลงส่งผลให้ต้องปรับสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านให้เพิ่มขึ้น ซึ่งความสามารถทางกายที่ลดลงนี้เป็นผลให้การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุลดลงด้วย แต่เนื่องด้วยข้อจำกัดด้านข้อมูลการวิจัยซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) และเป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Crosssectional Data) ดังนั้น การศึกษาต่อไปในอนาคตควรศึกษาให้ชัดเจนว่า การปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านเกิดขึ้นเมื่อใด ก่อนหรือหลังที่ผู้สูงอายุจะมีข้อจำกัดทางกายจากการทำกิจวัตรประจำวัน/มีส่วนร่วมทางสังคม เพื่อความเข้าใจที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนเชิงนโยบายสาธารณะที่จะสนับสนุนการมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุได้ต่อไป

3) ปัจจุบันเป็นยุคแห่งการเปลี่ยนผ่านทางเทคโนโลยีสารสนเทศ ดังนั้น จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจที่ควรศึกษาวิจัยว่า เครื่องมือทางเทคโนโลยีสารสนเทศ ข่าวสารข้อมูล และสังคมออนไลน์ เป็นปัจจัยที่จะเข้ามามีอิทธิพลหรือส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบ บทบาทการมีส่วนร่วมทางสังคมผ่านสังคมเสมือนของผู้สูงอายุไทยไปได้อย่างไรบ้าง เช่น แอปพลิเคชัน Pocket Physio บนเครื่องมือสื่อสาร สามารถรับและส่งข้อมูลด้านสุขภาพและการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่เปรียบเสมือนแห่งชุมชนหนึ่งของผู้ที่สนใจในเรื่องเดียวกัน เป็นต้น

รายการอ้างอิง

- Ahmad, K., & Hafeez, M. (2011). Factors affecting social participation of elderly people: a study in Lahore. *The Journal of Animal & Plant Sciences*, 21(2), 283-289.
- Akatsu, H., & Miki, H. (2004). Usability research for the elderly people. *Oki Technical Review (Special Issue on Human Friendly Technologies)*, 71(3), 54-57.
- Alma, M. A., & Groothff, J. W. (2012). Determinants of social participation of visually impaired older adults. *Quality of Life Research*, 21, 87-97.
- Antonucci, T. C. (2001). Social relations: An examination of social networks, social support, and sense of control. In J. E. Birren (Ed.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 427-453). San Diego, CA: Academic Press.
- Atchley, R. C. (1971). Retirement and leisure participation: Continuity or crisis? *The Gerontologist*, 11((1_part_1)), 13-17.
- Atchley, R. C. (1989). A continuity Theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29(2), 183-190.
- Australian Bureau of Statistics. (2006). *Australian Social Trends 2006*. Canberra: Australian Bureau of Statistics. Report No. 4102.0.
- Baltes, M. M., Mass, I., Wilms, H.-U., & Borchelt, M. (1999). Everyday competence in old and very old age: Theoretical considerations and empirical findings. In P. B. Baltes & K. U. Mayer (Eds.), *The Berlin aging study* (pp. 384-402). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Mayer, K. U. (1999). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (2015). *Moral Disengagement: How People Do Harm and Live with Themselves*: Worth Publishers.

- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Barstad, A. (2008). *Changing welfare, living conditions and social integration*. Dissertation submitted for the degree of Ph. D. at the faculty of social sciences, University of Oslo.
- Baum, F., & Palmer, C. (2002). Opportunity structures: urban landscape, social capital and health promotion in Australia. *Health Promotion International*, 17(4), 351-361.
- Baum, F. E., Bush, R. A., Modra, C. C., Murray, C. J., Cox, E. M., Alexander, K. M., & Potter, R. C. (2000). Epidemiology of participation: an Australian community study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 54(6), 414-423.
- Baumeister, R. F., DeWall, C. N., Ciarocco, N. J., & Twenge, J. M. (2005). Social exclusion impairs self-regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(4), 589-604.
- Bengtson, V. L., Gans, D., Putney, M. P., & Silverstein, M. (2009). *Handbook of theories of aging*.: Springer Publishing Company.
- Berkman, L. F. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57(3), 245-254.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843-857.
- Berkshire Authorities. (2009). *Positive Planning for an Aging Society: The Berkshire authorities's response to lifetime homes, lifetime neighbourhoods*. London: WYG Planning and Design.
- Best, J. W. (1977). *Research in science education* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Birk, T., Hickl, S., Wahl, H.-W., Miller, D., Kammerer, A., Holz, F., & et al. (2004). Development and pilot evaluation of a psychosocial intervention program for patients with age-related macular degeneration. *The Gerontologist*, 44, 836–843.
- Boneham, M. A., & Sixsmith, J. A. (2006). The voices of older women in a disadvantaged community: issues of health and social capital. *Social Science & Medicine*, 62(2), 269-279.
- Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *The British Medical Journal*, 331(7531), 1548-1551.
- Bowling, A., & Stafford, M. (2007). How do objective and subjective assessments of neighbourhood influence social and physical functioning in older age? Findings from a British survey of ageing. *Soc Sci Med*, 64(12), 2533-2549. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.03.009
- Brach, J. S., & VanSwearingen, J. M. (2002). Physical impairment and disability: relationship to performance of activities of daily living in community-dwelling older men. *Phys Ther*, 82(8), 752-761.
- Bradley, N., & Poppen, W. (2003). Assistive technology, computers and internet may decrease sense of isolation for homebound elderly and disabled persons. *Technology & Disability*, 15, 19-25.
- Branco, R., & Goncalves, C. (2001). *Demographic, social and economic aspects of older persons in Portugal*. Paper presented at the European Population Conference, Helsinki.
- Brayne, C., Gao, L., & Matthews, F. (2005). Challenges in the epidemiological investigation of the relationships between physical activity, obesity, diabetes, dementia and depression. *Neurobiology of Aging*, 26S, S6-S10.
- Bridge, C., Phibbs, P., Kendig, H., Mathews, M., & Bartlett, H. (2008). *The costs and benefits of using private housing as the 'home base' for care for older people: secondary data analysis*. Sydney: Australian Housing and Urban Research Institute.

- Brown, B. B. (1990). Peer group and peer cultures. In S. S. Feldman & G. R. Elliott (Eds.), *At The Threshold: The Developing Adolescent* (pp. 171-196). Cambridge, Ma: Harvard University Press.
- Brown, W. J., Ford, J. H., Burton, N. W., Marshall, A. L., & Dobson, A. J. (2005). Prospective Study of Physical Activity and Depressive Symptoms in Middle-Aged Women. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(4), 265-272.
- Bukov, A., Maas, I., & Lampert, T. (2002). Social participation in very old age: cross-sectional and longitudinal findings from BASE. Berlin Aging Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 57(6), P510-517.
- Burke, J., O'Campo, P., Salmon, C., & Walker, R. (2009). Pathways connecting neighborhood influences and mental well-being: socioeconomic position and gender differences. *Soc Sci Med*, 68(7), 1294-1304. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.01.015
- Burr, A., Santo, J. B., & Pushkar, D. (2009). Affective well-being in retirement: The influence of value, money, and health across three years. *Journal of Happiness Study*, Springer Science and Business Media B.V.
- Burvill, P. W. (1982). The epidemiology of psychiatric illness in industrialised society. *Aust N Z J Psychiatry*, 16(3), 144-151. doi: 10.3109/00048678209159971
- Bye, D., & Pushkar, D. (2009). How need for cognition and perceived control are differentially linked to emotional outcomes in the transition to retirement. *Motivation and Emotion*, 33, 320-332.
- Cachadinha, C., Pedro, J. B., & Fialho, J. (2010). *Functional limitations associated with housing environmental problems among community-living older people*. Paper presented at the 37th IAHS World Congress on Housing Science, Santander.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., . . . Berntson, G. G. (2002). Loneliness and health: potential mechanisms. *Psychosom Med*, 64(3), 407-417.

- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging, 21*(1), 140-151. doi: 10.1037/0882-7974.21.1.140
- Caldwell, J. C. (1980). Mass education as a determinant of the timing of fertility decline. *Population and Development Review, 6*, 225-255.
- Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society, 25*, 41-67.
- Cheng, T. A. (1989). Urbanization and minor psychiatric morbidity: A community study in Taiwan. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 24*, 309-316.
- Clarke, P., Ailshire, J. A., & Lantz, P. (2009). Urban built environments and trajectories of mobility disability: findings from a national sample of community-dwelling American adults (1986-2001). *Social Science & Medicine, 69*(6), 964-970.
- Clarke, P., & Nieuwenhuijsen, E. R. (2009). Environments for healthy ageing: A critical review. *Maturitas, 64*(1), 14-19.
- Clemson, L., Cusick, A., & Fozzard, C. (1999). Managing risk and exerting control: determining follow through with falls prevention. *Disabil Rehabil, 21*(12), 531-541.
- Cohen, G. D., Perlstein, S., Chapline, J., Kelly, J., Firth, K. M., & Simmens, S. (2006). The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health, and social functioning of older adults. *Gerontologist, 46*(6), 726-734.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *Am Psychol, 59*(8), 676-684. doi: 10.1037/0003-066X.59.8.676
- Cornwell, B., Laumann, E. O., & Schumm, L. P. (2008). The Social Connectedness of Older Adults: A National Profile*. *Am Sociol Rev, 73*(2), 185-203.
- Cornwell, E. Y., & Waite, L. J. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *J Health Soc Behav, 50*(1), 31-48. doi: 10.1177/002214650905000103

- Coyte, P. C., Mitchell, A., & Zarnett, D. (2003). *Development and Assessment of a Housing Adequacy checklist for Home Care*. Toronto: The Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.
- Cumming, E., & Henry, W. (1961). *Growing Old: The Process of Disengagement*. New York: Basic Books.
- Dahlberg, L., & McKee, K. J. (2014). Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. *Aging Ment Health*, 18(4), 504-514. doi: 10.1080/13607863.2013.856863
- Dalemans, R. J. P., De Witte, L. P., Wade, D. T., & Van den Heuvel, W. J. A. (2008). A description of social participation in working-age persons with aphasia: a review of the literature. *Aphasiology*, 22(10), 1071-1091.
- Dalgard, O. S., & Lund Haheim, L. (1998). Psychosocial risk factors and mortality: a prospective study with special focus on social support, social participation, and locus of control in Norway. *J Epidemiol Community Health*, 52(8), 476-481.
- Dalrymple, E. (2005). *Livable Communities & Aging In Place: Developing an elder-friendly community*: Partners for Livable Communities and the National Association of Area Agencies on Aging.
- de Jong Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8, 73-80.
- De silva, W. I. (1994). How serious ageing in Sri Lanka and what can be done about it? *Asia-Pacific Population journal*, 9(1), 19-36.
- Del Bono, E., Sala, E., Hancock, R., Gunnell, C., & Parisi, L. (2007). Gender, older people and social exclusion *A gendered review and secondary analysis of the data*. Essex, UK: Institute for Social and Economic Research.
- Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *Am J Geriatr Psychiatry*, 14(1), 6-20. doi: 10.1097/01.JGP.0000192501.03069.bc
- Desrosiers, J., Noreau, L., & Rochette, A. (2004). Social participation of older adults in Quebec. *Aging Clin Exp Res*, 16(5), 406-412.

- Desrosiers, J., Robichaud, L., Demers, L., Gelinias, I., Noreau, L., & Durand, D. (2009). Comparison and correlates of participation in older adults without disabilities. *Arch Gerontol Geriatr*, 49(3), 397-403. doi: 10.1016/j.archger.2008.12.006
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2002). Will money increase subjective well-being? A literature review and guide to needed research. *Social Indicator Research*, 57, 119-169.
- Dijkers, M. P., Yavuzer, G., Ergin, S., Weitzenkamp, D., & Whiteneck, G. G. (2002). A tale of two countries: environmental impacts on social participation after spinal cord injury. *Spinal Cord*, 40(7), 351-362. doi: 10.1038/sj.sc.3101310
- Dohrenwend, B. P., & Dohrenwend, B. S. (1974). Psychiatric disorders in urban settings. In S. Ariet & S. Caolan (Eds.), *Basic Books* (2nd ed., Vol. 2). New-York.
- Dolan, P., Peasgood, T., & White, M. (2008). Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. *Journal of Economic Psychology*, 29, 94-122.
- Dreyfus, H. (1982). *Why studies of human capacities, modeled on ideal natural science can never achieve their goal*. Paper presented at the Boston Colloquium for the Philosophy of Science, Boston, MA.
- Dunn, A. L., Trivedi, M. H., Kampert, J. B., Clark, C. G., & Chambliss, H. O. (2005). Exercise treatment for depression: efficacy and dose response. *Am J Prev Med*, 28(1), 1-8. doi: 10.1016/j.amepre.2004.09.003
- Dykstra, P. A. (1990). *Next of (non)kin: The importance of primary relationships for older adults' well-being*. Amsterdam: Swets & Zeithnger, B. V.
- Erlinghagen, M., & Hank, K. (2006). The participation of older Europeans in volunteer work. *Ageing and Society*, 26, 567-584.
- Evans, G. W., Kantrowitz, E., & Eshelman, P. (2002). Housing quality and psychological well-being among the elderly population. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 57(4), P381-383.
- Farber, N., Shinkle, D., Lynott, L., Fox-Grage, W., & Harrell, R. (2011). *Aging in place: A state survey of livability policies and practices*. Washington, D.C.: AARP Public Policy Institute.

- Fenwick, R., & Barresi, C. M. (1981). Health consequences of marital-status change among the elderly: a comparison of cross-sectional and longitudinal analyses. *J Health Soc Behav*, 22(2), 106-116.
- Findlay, R. A. (2003). Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? *Ageing & Society*, 23(5), 647-658.
- Fiori, K. L., Antonucci, T. C., & Cortina, K. S. (2006). Social network typologies and mental health among older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 61B, 25-32.
- Fiske, A., Gatz, M., & Pedersen, N. L. (2003). Depressive symptoms and aging: the effects of illness and non-health-related events. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 58(6), P320-328.
- Flyvbjerg, B. (2001). *Making social science matter: Why social inquiry fails and how it can succeed again*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Fobker, S., & Grotz, R. (2006). Everyday Mobility of Elderly People in Different Urban Settings: The Example of the City of Bonn, Germany. *Urban Studies*, 43(1), 99-118.
- Forsman, A. K., Nordmyr, J., & Wahlbeck, K. (2011). Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health Promot Int*, 26 Suppl 1, i85-107. doi: 10.1093/heapro/dar074
- Fougeyrollas, P., & Noreau, L. (1998). *Assessment of Life Habits, General Short Form (Life-H 3.0) Lac St-Charles, Quebec, Canada*. International Network on the Disability Creation Process: Canadian Society for the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps.
- Fried, L. P., Bandeen-Roche, K., Kasper, J. D., & Guralnik, J. M. (1999). Association of comorbidity with disability in older women: the Women's Health and Aging Study. *J Clin Epidemiol*, 52(1), 27-37.
- Gabriel, Z., & Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing and Society*, 24(5), 675-691.
- Galenkamp, H., & Deeg, D. J. H. (2016). Increasing social participation of older people: are there different barriers for those in poor health? Introduction to the special section. *Eur J Ageing*, 13(2), 87-90. doi: 10.1007/s10433-016-0379-y

- Geboy, L., Moore, K. M., & Smith, E. K. (2012). Environmental Gerontology for the Future: Community-Based Living for the Third Age. *Journal of Housing for the Elderly*, 26((1-3)), 44-61.
- Gilford, R. (1984). Contrasts in marital satisfaction throughout old age: an exchange theory analysis. *J Gerontol*, 39(3), 325-333.
- Glass, T. A., & Balfour, J. L. (2003). Neighborhoods, aging, and functional limitations. In I. Kawachi & L. F. Berkman (Eds.), *Neighborhoods and health* (pp. 303-334). New York: Oxford University Press.
- Glass, T. A., De Leon, C. F., Bassuk, S. S., & Berkman, L. F. (2006). Social engagement and depressive symptoms in late life: Longitudinal findings. *J Aging Health*, 18(4), 604-628.
- Golinowska, S., Sowa, A., Deeg, D., Socci, M., Principi, A., Rodrigues, R., . . . Galenkamp, H. (2016). Participation in formal learning activities of older Europeans in poor and good health. *Eur J Ageing*, 13(2), 115-117.
- Gove, W. R., Hughes, M., & Style, C. B. (1983). Does marriage have positive effects on the psychological well-being of the individual? *J Health Soc Behav*, 24(2), 122-131.
- Griffin, J. (2010). *The Lonely Society?* London: Mental Health Foundation.
- Gullart, V. (2006). *Sociopolis: Project for a City of the Future*. Barcelona: Actar/Architectur Zentrum Wien.
- Guralnik, J. M., LaCroix, A. Z., & Abbot, R. D. (1993). Maintaining Mobility in Later Life: Demographic Characteristics and Chronic Conditions. *Am J Epidemiol*, 137, 845-857.
- Guralnik, J. M., Palel, K., & Ferrucci, L. (2012). Assessing functional status and disability in epidemiologic studies. In A. B. Newman & J. A. Cauley (Eds.), *The Epidemiology of Aging* (pp. 91-117). New York: Springer.
- Gureje, O., Kola, L., Afolabi, E., & Olley B, O. (2010). Determinants of quality of life of elderly Nigerians: results from the Ibadan study of ageing. *Afr J Med Med Sci*, 37(3), 239-247.

- Harpham, T. (1994). Urbanization and mental health in developing countries: a research role for social scientists, public health professionals and social psychiatrists. *Soc Sci Med*, 39(2), 233-245.
- Havighurst, R. J. (1961). Successful Ageing. *The Gerontologist*, 1, 8-13.
- Henkin, N., & Zapf, J. (2007). How communities can promote civic engagement of people age 50-plus. *Generations*, 30(4), 72-77.
- Hobfoll, E. S., & de Vries, M. W. (1995). *Extreme Stress and Communities: Impact and Intervention*. Springer Science & Business Media, B. V.
- Holmen, K., & Furukawa, H. (2002). Loneliness, health and social network among elderly people--a follow-up study. *Arch Gerontol Geriatr*, 35(3), 261-274.
- Horowitz, B. P. (2002). Occupational therapy home assessments: Supporting community living through client-centered practice. *Occupational Therapy Mental Health*, 18(1), 1-17.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540-545.
- Hughes, T. F., & Ganguli, M. (2009). Modifiable Midlife Risk Factors for Late-Life Cognitive Impairment and Dementia. *Curr Psychiatry Rev*, 5(2), 73-92.
- Hui, E.-H., & Rubenstein, L. Z. (2006). Promoting physical activity in older adults. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7, 310-314.
- Hyypa, M. T., & Maki, J. (2003). Social participation and health in a community rich in stock of social capital. *Health Educ Res*, 18(6), 770-779.
- Inkeles, A., & Smith, D. H. (1970). The fate of personal adjustment in the process of modernization. *International Journal of Comparative Sociology*, 11, 81-114.
- IPS, Insititute of Policy Studies. (1998). *Social and Economic Implications of Ageing for Sri Lanka*. Colombo.
- Jang, Y., Haley, W. E., Small, B. J., & Mortimer, J. A. (2002). The role of mastery and social resources in the associations between disability and depression in later life. *Gerontologist*, 42(6), 807-813.
- Jenkins, J. H., Kleinman, A., & Good, B. J. (1991). Cross-cultural studies of depression. In Psychosocial Aspects of Depression. In J. Becker & A. Kleinman (Eds.). Lawrence Erlbaum and Associates, London.

- Jett, K. (2008). Theories of aging. In P. Ebersole & et al. (Eds.), *Toward healthy aging* (7th ed.): Mosby Elsevier.
- Kahana, E., Lovegreen, L., Kahana, B., & Kahana, M. (2003). Person, environment, and person environment fit as influences on residential satisfaction of elders. *Environment & Behavior*, 35(3), 434-453.
- Kahn, E. B., Ramsey, L. T., Brownson, R. C., Heath, G. W., Howze, E. H., Powell, K. E., . . . Corso, P. (2002). The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. *Am J Prev Med*, 22(4 Suppl), 73-107.
- Kending, H. (2003). Directions in environmental gerontology: A multidisciplinary field. *The Gerontologist*, 43(5), 611-615.
- Knodel, J., & Chayovan, N. (2008). *Population Ageing and The Well-being of Older persons in Thailand*. Population Studies Center. Institute for Social Research. University of Michigan.
- Knodel, J., Prachuabmoh, V., & Chayovan, N. (2013). *Changing Well-being of Thai Elderly and update from the 2011 survey of older persons in Thailand*. Help Age International. East Asia/Pacific Regional office, Chaing Mai. Thailand.
- Knodel, J., Teerawichitchainan, B., Prachuabmoh, V., & Pothisiri, W. (2015). *The Situation of Thailand's Older Population an Update Based on the 2014 Survey of Older Persons in Thailand*. Help Age International. East Asia/Pacific Regional office, Chaing Mai. Thailand.
- Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol*, 30(4), 668-677.
- Kwak, L., Kremers, S., Walsh, A., & Brug, H. (2006). How is your walking group running? *Health Educ Res*, 106(1), 21-31.
- Lau, D. T., Scandrett, K. G., Jarzebowski, M., Holman, K., & Emanuel, L. (2007). Health-related safety: a framework to address barriers to aging in place. *Gerontologist*, 47(6), 830-837.
- Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S., & Townsend, E. (1997). *Enabling Occupation: An Occupational Therapy, Perspective* (E. Towsend Ed.): CAOT Publications, Ottawa.

- Lawton, M. P. (1977). The impact of the environment on aging and behavior. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 276-301). New York: Van Nostrand.
- Lawton, M. P. (1980a). Housing the elderly. *Res Aging*, 2, 309-328.
- Lawton, M. P. (1980b). *Environment and aging*. Belmont, CA: Brooks-Cole.
- Lawton, M. P. (1982). Competence, environmental press, and the adaptation of older people. In M. P. Lawton, P. G. Windley & T. O. Byerts (Eds.), *Aging and the environment* (pp. 33-59). New York: Springer.
- Lawton, M. P. (1989). Three functions of the residential environment. *Journal of Housing for the Elderly*, 5, 35-50.
- Lawton, M. P. (1990). Residential environment and self-directedness among older people. *Am Psychol*, 45(5), 638-640.
- Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In C. Elsdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *The Psychology of Adult Development and Aging*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Lawton, M. P., & Simon, B. (1968). The ecology of social relationships in housing for the elderly. *The Gerontologist*, 8, 108-115.
- Lee, K.-L., Wu, C.-H., Chang, C.-I., Weng, L.-J., Wu, Y.-C., & Chen, C.-Y. (2015). Active engagement in social groups as a predictor for mental and physical health among Taiwanese older adults: A 4 years longitudinal study. *International Journal of Gerontology*, 9, 1-6.
- Lee, S. J., Parrott, K. R., & Ahn, M. (2014). Housing Adequacy: A Well-being Indicator for Elderly Households in Southern U.S. Communities. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 42(3), 235-251.
- Lefrancois, R., Leclerc, G., Dube, M., Hamel, S., & Gaulin, P. (2001). Valued activities of everyday life among the very old: a one-year trend. *Activities, Adaptation, & Aging*, 25, 19-35.
- Leite, W., Jimenez, F., Kaya, Y., Stapleton, L. M., MacInnes, J. W., & Sandbach, R. (2015). An evaluation of weighting method & based on propensity scores to reduces selection bias in multilevel observational studies. *Multivariate Behavioral Research*, 50(3), 265-284.

- Leone, T., & Hessel, P. (2016). *The effect of social participation on the subjective and objective health status of the over-fifties: evidence from SHARE*. Ageing and Society: Cambridge University Press.
- Levasseur, M., Genereux, M., Bruneau, J.-F., Vanasse, A., Chabot, E., Beaulac, C., & Bedard, M.-M. (2015). *Importance of proximity to resources, social support, transportation and neighborhood security for mobility and social participation in older adults: results from a scoping study*. Canada: BMC Public Health.
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, E. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. *Soc Sci Med*, 71(12), 2141-2149. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.09.041
- Levasseur, M., St-Cyr Tribble, D., & Desrosiers, J. (2009). Meaning of quality of life for older adults: importance of human functioning components. *Arch Gerontol Geriatr*, 49(2), e91-100. doi: 10.1016/j.archger.2008.08.013
- Levesseur, M., Cohen, A. A., Dubois, M.-F., Genereux, M., Richard, L., Therrien, F.-H., & Payette, H. (2015). Environmental factors associated with social participation of older adults living in metropolitan, urban, and rural areas: the nuage study. *Am J Public Health*, 105(8), 1718-1725.
- Li, Y., & Ferraro, K. F. (2006). Volunteering in middle and later life: Is health a benefit, barrier or both? *Social forces*, 85(1), 497-519.
- Lindstrom, M. (2005). Ethnic differences in social participation and social capital in Malmo, Sweden: a population-based study. *Soc Sci Med*, 60(7), 1527-1546. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.08.015
- Lindstrom, M., Moghaddassi, M., & Merlo, J. (2004). Individual self-reported health, social participation and neighbourhood: a multilevel analysis in Malmo, Sweden. *Prev Med*, 39(1), 135-141. doi: 10.1016/j.ympmed.2004.01.011
- Litwin, H. (1995). The Social Networks of Elderly Immigrants: An Analytic Typology. *Journal of Aging Studies*, 9(2), 155-174.
- Litwin, H., & Landau, R. (2000). Social network type and social support among the old-old. *Journal of Aging Studies*, 14(2), 213-228.

- Longino, C. F., & Kart, C. S. (1982). Explicating activity theory: a formal replication. *J Gerontol*, 37(6), 713-722.
- Lovden, M., Ghisletta, P., & Lindenberger, U. (2005). Social participation attenuates decline in perceptual speed in old and very old age. *Psychol Aging*, 20(3), 423-434. doi: 10.1037/0882-7974.20.3.423
- Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., von Renteln Kruse, W., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *Gerontologist*, 46(4), 503-513.
- Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., . . . Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*, 10(4), 430-439. doi: 10.1016/j.arr.2011.03.003
- Marmot, M. (1999). The Solid Facts: The Social Determinants of health. *Health Promotion Journal of Australia*, 9(2), 133-139.
- Marottoli, R. A., de Leon, C. F. M., Glass, T. A., Williams, C. S., Cooney, L. M., Jr., & Berkman, L. F. (2000). Consequences of driving cessation: decreased out-of-home activity levels. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 55(6), S334-340.
- Mars, G. M., Kempen, G. I., Mesters, I., Proot, I. M., & Van Eijk, J. T. (2008). Characteristics of social participation as defined by older adults with a chronic physical illness. *Disabil Rehabil*, 30(17), 1298-1308. doi: 10.1080/09638280701623554
- Mason, K. O. (1992). Family change and support of the elderly in Asia what do we know? *Asia-Pacific Population Journal*, 7(30), 13-32.
- McAuley, E., Elavsky, S., Jerome, G. J., Konopack, J. F., & Marquez, D. X. (2005). Physical activity-related well-being in older adults: social cognitive influences. *Psychol Aging*, 20(2), 295-302. doi: 10.1037/0882-7974.20.2.295
- McDowell, I. (2006). *Measuring Health: A guide to Rating Scales and Questionnaires* (3rd ed.). New York: Oxford University.
- McFadden, S. (1996). Religion, Spirituality and Aging. In J. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (pp. 162-177). San Diego, CA: Academic Press.

- McNamara, M. L., & Bahr, H. M. (1980). The dimensionality of marital role satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 42, 45-55.
- McNeill, L. H., Kreuter, M. W., & Subramanian, S. V. (2006). Social environment and physical activity: a review of concepts and evidence. *Soc Sci Med*, 63(4), 1011-1022. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.03.012
- Mendes de Leon, C. F., Glass, T. A., & Berkman, L. F. (2003). Social engagement and disability in a community population of older adults: the New Haven EPESE. *Am J Epidemiol*, 157(7), 633-642.
- Menec, V. H. (2003). The relation between everyday activities and successful aging: a 6-year longitudinal study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 58(2), S74-82.
- Morrow-Howell, N. (2010). Volunteering in later life: research frontiers. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 65(4), 461-469. doi: 10.1093/geronb/gbq024
- Muramatsu, N., Yin, H., & Hedeker, D. (2010). Functional declines, social support, and mental health in the elderly: does living in a state supportive of home and community-based services make a difference? *Soc Sci Med*, 70(7), 1050-1058. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.12.005
- Murray, J., Bellringer, S., & Easter, A. (2006). *Evaluation of Capital Volunteering - Interim report on the first 60 participants*. London: Institute of Psychiatry at the Maudsley, King's College London.
- Mutchler, J. E., Burr, J. A., & Caro, F. G. (2003). From paid worker to volunteer: leaving the paid workforce and volunteering in later life. *Social forces*, 81(4), 1267-1294.
- Nahemow, L. (2000). The ecological theory of aging: Powell Lawton's legacy. In R. Rubinstein, M. Moss & M. Kleban (Eds.), *The many dimensions of aging* (pp. 22-40). New York: Springer.
- Nahemow, L., & Lawton, M. P. (1973). Toward an ecological theory of adaptation and aging. In W. Preiser (Ed.), *Environmental design research* (Vol. 1, pp. 24-32). Stroudsburg, PA: Dowden, Hutchinson & Ross.
- Nahm, E. S., & Resnick, B. (2001). Homebound older adults' experiences with the Internet and e-mail. *Comput Nurs*, 19(6), 257-263.

- Naing, M. M., Nanthamongkolchai, S., & Munsawaengsub, C. (2010). Quality of life of the elderly people in Einme township Irrawaddy division, Myanmar. *Asia Journal of Public Health*, 1(2), 4-10.
- Neugarte, B. (1964). *Personality in middle and late life*. New York: Atherton Press.
- Novek, S., Menec, V., Tran, T., & Bell, S. (2013). *Social participation and its benefits*. Canada: Centre of aging. University of Manitoba.
- Ogawa, N., Lee, S. H., & Matsugura, R. (2005). Health and its impact on work and dependency among the elderly in Japan. *Asian Population Studies*, 1(1), 121-145.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of practice* (5th ed.). New York: McGraw-Hill Book Company.
- Ormel, J., Rijdsdijk, F. V., Sullivan, M., van Sonderen, E., & Kempen, G. I. (2002). Temporal and reciprocal relationship between IADL/ADL disability and depressive symptoms in late life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 57(4), P338-347.
- Oswald, F., & Wahl, H.-W. (2005). Dimensions of the meaning of home in later life. In G. D. Rowles & H. Chaudhury (Eds.), *Home and identity in later life* (pp. 21-46). International Perspectives. New York: Springer.
- Ozer-Kemppainen, O. (2006). *Alternative Housing Environments for the Elderly in the Information Society*. Oulu: Faculty of Technology.
- Parmelee, P. (1998). Theory and research on housing for the elderly: The legacy of Kurt Lewin. In R. Scheidt & P. Windley (Eds.), *Environment and aging theory: A focus on housing* (pp. 161-185). New York: Springer.
- Pearlin, L. I., & Johnson, J. S. (1977). Marital status, life-status and depression. *Am Sociol Rev*, 42, 704-715.
- Pedhazur, E. J. (1997). *Multiple Regression in Behavioral Research: Explanation and Prediction* (3rd ed.): Harcourt brace College Publisher.
- Phillipson, C. (2004). Urbanization and ageing: Towards new environmental gerontology. *Ageing and Society*, 24(6), 963-971.
- Ponce, M. S. H., Lezaeta, C. B., & Lorca, M. B. F. (2011). *Predictors of quality of life in old age: a multivariate study in Chile*: Population ageing. Springer.

- Ponce, M. S. H., Rosas, R. P. E., & Lorca, M. B. F. (2014). Social capital, Social participation and life satisfaction among Chilean older adults. *Revista de Saude Publica*, 48(5), 739-749.
- Quadagno, J. (2002). *Aging and the Life Course, An Introduction to Social Gerontology*. New York: McGraw Hill.
- Rashedi, V., Gharib, M., & Yazdani, A. A. (2014). Social participation and mental health among older adults in Iran. *Iranian Rehabilitation Journal*, 12(19), 9-13.
- Regnier, V. (2002). *Assisted living housing by design*. New York: Van nostrand reihold.
- Reijneveld, S. A., Westhoff, M. H., & hopman-Rock, M. (2006). Promotion of health and physical activity improves the mental health of elderly immigrants: results of a group randomized controlled trial among Turkish immigrants in the Netherlands aged 45 and over. *Journal of Epidemiology and Community Healthy*, 57, 405-411.
- Retherford, R. D., & Choe, M. K. (1993). *Statistical Models for Causal Analysis: A Wiley-Interscience Publication*, John Wiley & sons, INC.
- Richard, L., Gauvin, L., Gosselin, C., & Laforest, S. (2009). Staying connected: neighbourhood correlates of social participation among older adults living in an urban environment in Montreal, Quebec. *Health Promot Int*, 24(1), 46-57. doi: 10.1093/heapro/dan039
- Rimmer, J. H., Riley, B., Wang, E., & Rauworth, A. (2005). Accessibility of health clubs for people with mobility disabilities and visual impairments. *Am J Public Health*, 95(11), 2022-2028. doi: 10.2105/AJPH.2004.051870
- Rioux, L. (2005). The well-being of aging people living in their own homes. *Journal of Environmental Psychology*, 25(2), 231-243.
- Rollant, P. D., & Deppoliti, D. B. (1996). *Mental Health Nursing*. St Louis: Mosby-Year Book.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Rowles, G. D. (1981). The surveillance zone as meaningful space for the aged. *Gerontologist*, 21(3), 304-311.

- Rowles, G. D., & Bernard, M. (2013). The Meaning and Significance of Place in Old Age. In G. D. Rowles & M. Bernard (Eds.), *Environmental Gerontology Making Meaningful Places in Old Age* (pp. 3-20). New York: Springer Publishing Company.
- Rowles, G. D., & Chaudhury, H. (2005). *Home and Identity in Later Life: International Perspectives*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Rubinstein, R. L. (1989). The home environments of older people: a description of the psychosocial processes linking person to place. *J Gerontol*, 44(2), S45-53.
- Russell, D. W., & Cutrona, C. E. (1991). Social support, stress, and depressive symptoms among the elderly: test of a process model. *Psychol Aging*, 6(2), 190-201.
- Savage, S. A., Bailey, S. R., & O'Connell, B. (2003). Health status and participation in a range of activities in an Australian community. *Rural Remote Health*, 3(1), 154.
- Scheidt, R. J., & Windley, P. G. (2006). Environmental gerontology: Progress in the post-Lawton era. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (6th ed., pp. 105-125). San Diego, CA: Academic Press.
- Schreder, G., Siebenhandl, K., Mayr, E., & Smuc, M. (2009). *The ticket machine challenge? Social inclusion by Barrier-free ticket vending machines*. Paper presented at the international Conference Cost 298, Copenhagen.
- Schulz, R. (2006). *The Encyclopedia of Ageing: A-K*: Springer Publishing Company.
- Schwarz, B., & Scheidt, R. J. (2012). Environmental gerontology [Special Issue]. *Journal of Housing for the Elderly*, 26, 1-3.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Shaw, B. A., Krause, N., Liang, J., & Bennett, J. (2007). Tracking changes in social relations throughout late life. *The Journal of Gerontology. Series B, Psychological Sciences & Social Sciences*, 62(2), 90-99.
- Shen, Y. C., Wang, Y. F., & Yang, X. L. (1985). An epidemiological investigation of minimal brain dysfunction in six elementary schools in Beijing. *J Child Psychol Psychiatry*, 26(5), 777-787.

- Siegel, S. (1956). *Nonparametric statistics for the behavioral sciences*. New York: McGraw-Hill.
- Sinnott, J. D. (1985). Stress, health, and mental health symptoms of older women and men. *International Journal of Aging and Human Development*, 20, 123-132.
- Smedley, B. D., & Syme, S. L. (2000). *Promoting health: Intervention strategies from social and behavioral research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Smith, K. P., & Christakis, N. A. (2008). Social Networks and Health. *Annual Review of Sociology*, 34, 405-429.
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. In S. Leinhardt (Ed.), *Sociological Methodology* (pp. 290-312). Washington, DC: American Sociological Association.
- Sowa, A., Golinowska, S., Deeg, D., Principi, A., Casanova, G., Schulmann, K., . . . Gelenkamp, H. (2016). Predictors of religious participation of older europeans in good and poor health. *Eur J Ageing*, 13, 145-157.
- Spirduso, W. W., Francis, K. L., & MacRae, P. G. (2005). *Physical Dimensions of Aging*. Champaign. IL: Human Kinetics.
- Statistics Canada. (2009). *Caring Canadians, involved Canadians: Highlights from the Canada survey of giving, volunteering and participating*. Ottawa, ON.
- Stephens, K. K., Rimal, R. N., & Flora, J. A. (2004). Expanding the reach of health campaigns: community organizations as meta-channels for the dissemination of health information. *J Health Commun*, 9 Suppl 1, 97-111. doi: 10.1080/10810730490271557
- Steptoe, A., & Butler, N. (1996). Sports participation and emotional wellbeing in adolescents. *Lancet*, 347(9018), 1789-1792.
- Stokols, D. (1992). Establishing and maintaining healthy environments. Toward a social ecology of health promotion. *Am Psychol*, 47(1), 6-22.
- Stunkard, A. J., Faith, M. S., & Allison, K. C. (2003). Depression and obesity. *Biol Psychiatry*, 54(3), 330-337.

- Sugisawa, H., Shibata, H., Hougham, G. W., Sugihara, Y., & Liang, J. (2002). The impact of social ties on depressive symptoms in U.S. and Japanese elderly. *Journal of Social Issues*, 58, 785-804.
- Susser, M., & Susser, E. (1996). Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. *Am J Public Health*, 86(5), 674-677.
- Takagi, D., Kondo, K., & Kawachi, I. (2013). Social participation and mental health: moderating effects of gender, social role and rurality. *BMC Public Health*, 13, 701. doi: 10.1186/1471-2458-13-701
- Tareque, I., Ahmed, M., Tiedt, A. D., & Hoque, N. (2013). Can an active aging index (AAI) provide insight into reducing elder abuse? A case study in Rajshahi District, Bangladesh. *Arch Gerontol Geriatr*, 50, 399-407.
- Taylor, M. G., & Lynch, S. M. (2004). Trajectories of impairment, social support, and depressive symptoms in later life. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 59B(4), S238-246.
- Thanakwang, K., & Soonthornhdada, K. (2006). Attributes of Active Ageing among Older Persons in Thailand: Evidence from the 2002 Survey. *Asia-Pacific Population journal*, 21(3), 113-133.
- The Premier's Physical Activity Taskforce. (2004). *Child and adolescent physical activity and nutrition survey 2003*. Perth: University of Notre Dame Australia.
- Thoits, P. A., & Hewitt, L. N. (2001). Volunteer Work and Well-Being. *J Health Soc Behav*, 42(June), 115-131.
- Thompson, E., & Whearty, P. (2004). Older men's social participation: the importance of masculinity ideology. *Journal of Men's Studies*, 13(1), 5-24.
- Trubowitz, J. (1994). Historical Overview, Personality Theories and Classification of Mental Illness. In E. Varcarolis (Ed.), *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing* (2nd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Tseng, S. Z., & Wang, R. H. (2001). Quality of life and related factors among elderly nursing home residents in Southern Taiwan. *Public Health Nurs*, 18(5), 304-311.

- Tseng, W. S., Asai, M., Liu, J. Q., Wibulswasdi, P., Suryani, L. K., Wen, J. K., . . . Heiby, E. (1990). Multi-cultural study of minor psychiatric disorders in Asia: symptom manifestations. *Int J Soc Psychiatry*, 36(4), 252-264. doi: 10.1177/002076409003600403
- UN, United Nations. (1997). *Some Problems and Issues of Older Persons in Asia and the Pacific*. New York: Asian Population Studies
- UN, United Nations. (2003). *Major Trends Affecting Families, Economic & Social Affairs, the Programme on the Family*. New York: United Nations.
- UN, United Nations. (2013). *World Population Prospects The 2012 Revision Highlights and Advance Tables*. New York, United Nations: Department of Economic and Social Affairs. Population Division.
- UN, United Nations. (2015). *World Population Prospects The 2015 Revision Highlights and Advance Tables*. New York, United Nations: Department of Economic and Social Affairs. Population Division.
- van Tilburg, T. (1998). Losing and gaining in old age: changes in personal network size and social support in a four-year longitudinal study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 53(6), S313-323.
- Van Willigen, M. (2000). Differential benefits of volunteering across the life course. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 55(5), S308-318.
- Verbrugge, L. M., & Jette, A. M. (1994). The disablement process. *Soc Sci Med*, 38(1), 1-14.
- Verbrugge, L. M., Lepkowski, J. M., & Imanaka, Y. (1989). Comorbidity and its impact on disability. *Milbank Q*, 67(3-4), 450-484.
- Verbrugge, L. M., Rennert, C., & Madans, J. H. (1997). The great efficacy of personal and equipment assistance in reducing disability. *Am J Public Health*, 87(3), 384-392.
- Verdonschot, M. M. L., de Witte, L. P., Reichrath, E., Buntinx, W. H. E., & Curfs, L. M. G. (2009). Impact of environmental factors on community participation of persons with an intellectual disability: a systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(1), 54-64.

- Victor, C., Scambler, S., & Bond, J. (2009). *The Social World of Older People: Understanding Loneliness and Social Isolation in Later Life*: Maidenhead, Open University Press/ McGraw Hill Education.
- Vik, K., Lilja, M., & Nygard, L. (2007). The influence of the environment on participation subsequent to rehabilitation as experienced by elderly people in Norway. *Scand J Occup Ther*, 14(2), 86-95. doi: 10.1080/11038120600971047
- Wade, T., & Collin, C. (1988). The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability. *International disability studies*, 10(2), 64-67.
- Wahl, H. W., & Oswald, F. (2010). Chapter 8: Environmental Perspectives on Ageing. In D. Dannefer & C. Phillipson (Eds.), *The SAGE Handbook of Social Gerontology: Environmental Perspective on Ageing* (pp. 111-125). London: SAGE Publications Ltd.
- Wahl, H. W., & Weisman, G. D. (2003). Environmental gerontology at the beginning of the new millennium: reflections on its historical, empirical, and theoretical development. *Gerontologist*, 43(5), 616-627.
- Walker, R. B., & Hiller, J. E. (2007). Places and health: a qualitative study to explore how older women living alone perceive the social and physical dimensions of their neighbourhoods. *Soc Sci Med*, 65(6), 1154-1165. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.04.031
- Weaver, C. L. (1986). Social Security in Aging Societies in Below Replacement Fertility in Industrial Societies. *Population and Development Review*, 12, 273-294.
- Weisman, J. (1981). Evaluating Architectural Legibility: Way-finding and the Built Environment. *Environment and Behavior*, 13(2), 189-220.
- Wellman, B., Quan-Haase, A., Witte, J., & Hampton, K. N. (2001). Does the Internet increase, decrease, or supplement social capital? Social networks, participation, and community commitment. *American Behavioral Scientist*, 45(3), 436-455.
- Wenger, G. C. (1991). A network typology: from theory to practice. *Journal of Aging Studies*, 5(2), 147-162.
- WHO, World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Geneva, Switzerland: WHO Press.

- WHO, World Health Organization. (2002a). *Active ageing: a policy framework*. Geneva: WHO.
- WHO, World Health Organization. (2002b). *Towards a common language for functioning, disability and health ICF*. Geneva: WHO Press.
- WHO, World Health Organization. (2007). *Global age-friendly cities: a guid*. Switzerland: World Health Organization.
- WHO, World Health Organization. (2010). *Mental health: strengthening our response*. WHO, Media centre.
- WHO, World Health Organization. (2011). *World report on disability*. Geneva, Switzerland: WHO Press.
- Wright, L. K. (1990). Mental health in older spouses: the dynamic interplay of resources, depression, quality of the marital relationship, and social participation. *Issues Ment Health Nurs*, 11(1), 49-70.
- Wuthnow, R. (1991). *Acts of compassion: Caring for others and helping ourselves*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Yang, Y. (2007). Is old age depressing? Growth trajectories and cohort variations in late-life depression. *J Health Soc Behav*, 48(1), 16-32. doi: 10.1177/002214650704800102
- Yuen, H. K. (2002). Impact of an altruistic activity on life satisfaction in institutionalized elders: a pilot study. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 20, 125-135.
- Yuen, H. K., Huang, P., Burik, J. K., & Smith, T. G. (2008). Impact of participating in volunteer activities for residents living in long-term-care facilities. *Am J Occup Ther*, 62(1), 71-76.
- Zeng, Y., Liu, Y., & Linda, K. G. (2006). Female Disadvantages among the Elderly in China. In Y. Zeng, M. C. Eileen & Jean-Marie, R. Dordrecht (Eds.), *Longer Life and Healthy Ageing* (pp. 201-211). Netherland: Springer.
- กรมสุขภาพจิต. (2545). รายงานการวิจัยการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
ความเป็นมาของงานสุขภาพจิตในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2546a). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 6.
กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธรรมสาร จำกัด.

- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2546b). การวิเคราะห์สถิติ: สถิติสำหรับการบริหารและวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2554). การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย *SPSS for Windows*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กาญจนา ไทยเจริญ. (2543). ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ), มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต. (2537). สรุปรายงานการวิเคราะห์ นิยามความหมายสุขภาพจิต และองค์ประกอบของสุขภาพจิต. นนทบุรี: สถาบันสุขภาพจิต.
- จอห์น โนเดล และนภาพร ชโยวรรณ. (2552). การสูงอายุทางประชากรและการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย: แนวโน้มในอดีต สถานการณ์ปัจจุบันและความท้าทายในอนาคต. กรุงเทพมหานคร: กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทยและสำนักงานภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิก.
- จันทนา รณฤทธิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ. (2545). หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท บุญศิริการพิมพ์ จำกัด.
- จิราพร ทองดี, ดาราวรรณ รongเมือง, & ฉันทนา นาคฉัตรีย์. (2555). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนใต้. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 22(3), 88-99.
- จิราวรรณ ประภาสุชาติ. (2545). พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวผู้ซึ่งทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นภาระพึ่งพิงในเขตจังหวัดนครราชสีมา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาระดับบัณฑิตวิทยาลัย), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฑารัตน์ สติปัญญา. (2552). สุขภาพจิต = *Mental Health*. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยทักษิณ.
- จุไรรัตน์ มิตรทองแท้. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะสุขภาพจิตในคู่สมรสของผู้ป่วยเรื้อรัง. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2549). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิต แนวทางการเสริมสร้างพัฒนาป้องกันและแก้ไขสุขภาพจิตของคนไทย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เจษฎา ชัยเจริญกุล. (2555). สภาพการอยู่อาศัยและการปรับปรุงที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ วัยต้น วัยกลาง และวัยปลาย จังหวัดสระบุรี. (วิทยานิพนธ์เคหะพัฒนศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเคหะการ), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ไฉไล ไชยเสวี. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุและการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ. (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ), มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ชัดเจน จันทรพัฒน์, สุนุดรา ตะบูนพงศ์ และวันดี สุทธิรังสี. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ของไทย. สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 12(2), 80-89.
- ชาย โปธิสิตา. (2552). เกิดอะไรขึ้นกับครอบครัว. In ชาย โปธิสิตา และ สุชาดา ทวีสิทธิ์ (Ed.), ครอบครัวไทยในสถานการณ์เปลี่ยนผ่านทางสังคมและประชากร. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- ณรงค์ สุภัทรพันธุ์. (2537). อนุสรณ์ในงานพระราชทานเพลิงศพ นางจำเนียร สุภัทรพันธุ์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ณัฐพัฒน์ สุขสมัย. (2550). การปรับปรุงซ่อมแซมบ้านผู้สูงอายุตามโครงการนวัตกรรมผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์เคหะพัฒนาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเคหการ), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เต็มศักดิ์ คทวนิช. (2553). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็ดยูเคชั่น.
- ไตรรัตน์ จารุทัศน์, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, ศรีณยา หล่อมณีนพรัตน์, & กิตติอร ชาลปติ. (2548). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษามาตรฐานขั้นต่ำสำหรับที่พักอาศัย และสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- ทัดชาติ สิทธิสาร. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม), มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ. (2553). ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นงลักษณ์ บุญไทย. (2539). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอนามัยครอบครัว), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นภาพร ชโยวรรณ และคณะ. (2545). ผู้สูงอายุในประเทศไทย: รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นภาพร คึกเสือ. (2548). การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน), มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นาคยา เกรียงชัยพุกฤษ. (2543). สุขภาพจิตผู้สูงอายุ. ม.ป.ท.
- เนาวรัตน์ พลายน้อย, เพื่อนใจ รัตตากร, & และมนู วาทีสุนทร. (2542). 6 ปี ทองสุดท้ายของโอกาส การปันผลทางเศรษฐกิจ : ผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร. In เกื้อ วงศ์บุญสิน (Ed.), การเปลี่ยนผ่านสู่ยุคของสังคมสีดอกเลา (*Greying population*). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนงานวิจัย.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2555a). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2553. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ที คิว พี จำกัด.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2555b). รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2554. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พงษ์พาณิชย์เจริญผล จำกัด.
- บุญธรรม กิจปรีชาบริสุทธิ์. (2549). สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: จามจุรีโปรดักท์.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2539). การประเมินภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. ราชบัณฑิตยสถานสาร 3(มีนาคม 2539), 44-57.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2550). ระเบิดประชากรสามลูกในประเทศไทย. วารสารประชากรและการพัฒนา, 6(สิงหาคม-กันยายน).
- ปรียาวรรณ สุตจ้านง. (2552). ปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปานบดี เอกะจัมปกะ และนิธิศ วัฒนมะโน. (2552). รายงานสถานการณ์สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุไทย. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์สุขภาพไทย. 4(1).
- ปานบดี เอกะจัมปกะ และนิธิศ วัฒนมะโน. (2556). พฤติกรรมเสี่ยงร่วมสำคัญของโรคเรื้อรังในประเทศไทย. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์สุขภาพไทย. 6(2).
- ไพบรมา อิศรเสนา ณ อยุธยา และนวลน้อย บุญวงษ์. (2551). แนวทางแก้ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุไทย: ที่อยู่อาศัยและอุปกรณ์เพื่อลดภาระของผู้ดูแล. ภาควิชาการออกแบบอุตสาหกรรม. คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ฝนทิพย์ ชูประเสริฐ. (2555). การประเมินการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ
กรณีศึกษา เทศบาลตำบลยวมหอม จังหวัดเชียงราย และเทศบาลตำบลหนองตองพัฒนา
จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์เคหะพัฒนาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเคหการ), จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- พิชญา คชศิริพงศ์. (2553). ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม
ผู้สูงอายุบ้านบางแค. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต),
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสารจำกัด.
- ภัทรพล สาลี. (2553). แนวทางการปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุใน
ชนบท กรณีศึกษา ตำบลหนองกุ้งเขิน อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. (วิทยานิพนธ์
เคหะพัฒนาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเคหการ), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มัทนา พานานิรามย์ และนางนุช สุนทรชวกันต์. (2544). เศรษฐกิจและการเงินของผู้สูงอายุและเพื่อ
ผู้สูงอายุ. In สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (Ed.), โครงการ “ผู้สูงอายุในประเทศไทย” รายงานการ
ทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการ
วิจัย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนงานวิจัย.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และวิทยาลัยประชากรศาสตร์. (2559). แผนกลยุทธ์ด้าน
การทำงานของผู้สูงอายุ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2559-2563). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุน
สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไมตรี ดิยรัตน์กูร. (2536). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร:
กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
สาขาวิชาวิจัยประชากรและสังคม), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รศรินทร์ เกรย์, รุ่งทอง ครามานนท์, เรวดี สุวรรณพเก้า, & ภูวนัย พุ่มไทรทอง. (2550).
หลากหลายมิติแห่งความอยู่ดีมีสุขของคนไทย. In รศรินทร์ เกรย์ (Ed.), ความสุขของผู้สูงอายุ
ไทยในจังหวัดชัยนาท. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รศรินทร์ เกรย์, วรชัย ทองไทย, & เรวดี สุวรรณพเก้า. (2553). ความสุขเป็นสากล.
กรุงเทพมหานคร: บริษัท จรัสสินทวงศ์การพิมพ์ จำกัด.
- รศรินทร์ เกรย์ และ ญัฐจิรา ทองเจริญชูพงษ์. (2555). ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.
วารสารประชากร, 3(2), 45-57.
- รักษพล สนิตยา. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย. (วิทยานิพนธ์ศิลปศา
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- เรณู พุกบุญมี. (2539). นานาทัศนะกับการมีชีวิตอยู่ของผู้สูงอายุ. วารสารสภาการพยาบาล, 11(กรกฎาคม-กันยายน 2539), 76-78.
- วารี กังใจ. (2540). รายงานการวิจัยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิจิตร วิเชียรชม. (2556). รายงานการวิจัย: การจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ. ปทุมธานี: คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิชาญ ชูรัตน์, โยธิน แสงวดี และ สุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย. วารสารประชากร, 3(2), 87-106.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2554a). 100 ปี ปรีดีเปรม. In พรรณ ประจวบเหมาะ และวราเวศม์ สุวรรณระดา (Ed.), คนไทยเตรียมการเพื่อยามสูงวัยเพียงพอหรือยัง. กรุงเทพมหานคร: สร้างสื่อ.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2554b). 100 ปี ปรีดีเปรม. In วิพรรณ ประจวบเหมาะ และวราเวศม์ สุวรรณระดา (Ed.), ศตวรรษ...ประชากรสูงวัย. กรุงเทพมหานคร: สร้างสื่อ.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ. (2552). รายงานการศึกษาโครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ. (2556). รายงานการศึกษาโครงการปรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550-2554). กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2544). ครอบครัวและผู้สูงอายุ. In สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชโยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร (Ed.), โครงการ “ผู้สูงอายุในประเทศไทย” รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนงานวิจัย.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). สวัสดิการผู้สูงอายุ แนวคิดและวิธีการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์. กรุงเทพมหานคร: มิสเตอร์ก๊อปปี้.
- ศิริชัย กาญจนวาสี และชัยลิขิต สร้อยเพชรเกษม. (2557). ตัวแปรสำหรับการวิจัย : ความหมาย ประเภท การคัดเลือก การวัด และการควบคุม. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ, 14(1), 9-37.

- ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์. (2557). การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทยภายใต้กรอบ
พันธกรณีองค์การสหประชาชาติ : แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยเรื่อง
ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและ
ความมั่นคงของมนุษย์.
- สำนักกรรมการ 3 สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2560). รายงานเรื่อง “การส่งเสริมการ
จ้างแรงงานผู้สูงอายุ”. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้าน
สังคม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2558). ทิศทางแผนพัฒนาการ
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12. เอกสารประกอบการระดมความคิดเห็นทิศทาง
แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ
และสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). แผนพัฒนาการเศรษฐกิจ
และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). เอกสารประกอบการระดมความคิดเห็น
ทิศทางแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภาปฏิรูปแห่งชาติ. (2558).
วาระปฏิรูปที่ 30: การปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน
เลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554.
กรุงเทพมหานคร: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). สุขภาพจิตผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์
จำกัด.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2552). สู้สังคมไม่ทอดทิ้งกันบนเส้นทางสร้างสรรค์สภาพแวดล้อม
ที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ.
- สำนักสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2549). กรมสุขภาพจิตห่วงผู้สูงอายุกว่า 11
ล้านคน มีแนวโน้มถูกทอดทิ้ง. Retrieved 8 ธันวาคม 2549, from
<http://www.manager.co.th/OOL/ViewNews.aspx?NewsID=9490000151078>

- สุนันทา คุ่มเพชร. (2545). อิทธิพลของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเอง การมีส่วนร่วมในชุมชนและความต้องการบริการสวัสดิการสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุในอำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง. (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน), มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สุภาวดี ไชยเดชาธร, ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน, กชกร แก้วพรหม และรัชณี ชุนเกาะ. (2554). สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา.
- สุรกุล เจนอบรม. (2541). วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: นิชินแอดเวอร์ไทซิงกรุ๊ป.
- สุรินทร์ มีลาภล้น. (2539). ปัจจัยบางประการที่สัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตจังหวัดราชบุรี. (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ), มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- เสาวลักษณ์ เรืองเกษมพงศ์. (2555). ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม. (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน), มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- อภิชัย มงคล และคณะ. (2552a). สุขภาพจิตคนไทยปี พ.ศ. 2550. สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 17(2), 104-117.
- อภิชัย มงคล และคณะ. (2552b). การพัฒนาและทดสอบดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี 2007). วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 54(กรกฎาคม-กันยายน 2550), 299-316.
- อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ และปัญญา ชูเลิศ. (2552). การศึกษาเพื่อเฝ้าระวัง “บทบาทและหน้าที่ของครอบครัวไทย”. In ชาย โปธิสिता และสุชาดา ทวีสิทธิ์ (Ed.), ครอบครัวไทยในสถานการณ์เปลี่ยนแปลงผ่านทางสังคมและประชากร (หน้า 28-47). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- อรุณี บุญอุรพีภิญโญ. (2542). ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข ภาค 2 กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม), มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อรรถพงศ์ ถนิมพาสน์. (2544). การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพของคนไทยภาคใต้ (ระดับบุคคล) ประจำปี พ.ศ. 2544. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต.
- อัมพร โอตระกูล. (2540). สุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.

อาภาพร อุษณรัศมี. (2553). โมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาพของผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน: อิทธิพลของการรับรู้สุขภาพ รายได้ และระดับการศึกษา ที่ส่งผ่านระดับกิจกรรม และการควบคุมการตัดสินใจ. (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุบลรัตน์ เฟ็งสถิต. (2543). จิตวิทยาผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

อุษา วงษ์อนันต์. (2551). อัตมโนทัศน์การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน), มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก

ดัชนีความสามารถทางกาย

ดัชนีชี้วัดความสามารถทางกายในการศึกษานี้วัดจากระดับการมีข้อจำกัดทางกายของผู้สูงอายุ โดยใช้เกณฑ์พิจารณาภาวะทุพพลภาพ ของ WHO-ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) (WHO, 2001; 2002b) ซึ่งเป็นการวัดความสามารถของร่างกายจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะความบกพร่องต่างๆ ของร่างกายจาก 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การไม่มีความบกพร่องของร่างกาย (2) การไม่มีข้อจำกัดจากกลุ่มกิจกรรมพื้นฐาน (BADLs) (3) การไม่มีข้อจำกัดจากกลุ่มกิจกรรมทางกาย (PADLs) และ (4) การไม่มีข้อจำกัดจากกลุ่มกิจกรรมเชิงซ้อนที่มีอุปสรรคเกี่ยวข้อง (IADLs) โดยการวิเคราะห์ปัจจัย (Factor Analysis) เพื่อสกัดให้ได้ค่าปัจจัยชี้วัดความสามารถทางกายของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม

จากผลการวิเคราะห์ พบว่า ทั้ง 4 องค์ประกอบสามารถรวมได้เป็นปัจจัยชี้วัดความสามารถทางกายปัจจัยเดียว ซึ่งมีค่า KMO Measure of Sampling Adequacy เท่ากับ 0.586 และสถิติทดสอบมีการแจกแจงแบบไคสแควร์ เท่ากับ 6,994.814 องศาอิสระที่ 6 มีค่านัยสำคัญที่ 0.00 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 จึงสรุปได้ว่า ทั้ง 4 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันสามารถใช้การวิเคราะห์ปัจจัยได้ โดยปัจจัยชี้วัดความสามารถทางกายที่ได้สามารถอธิบายความผันแปรได้ที่ร้อยละ 44.737 ซึ่งทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การไม่มีข้อจำกัดจากกลุ่มกิจกรรมเชิงซ้อนที่มีอุปสรรคเกี่ยวข้อง (IADLs), การไม่มีข้อจำกัดจากกลุ่มกิจกรรมทางกาย (PADLs), การไม่มีความบกพร่องของร่างกาย และการไม่มีข้อจำกัดจากกลุ่มกิจกรรมพื้นฐาน (BADLs) มีค่าน้ำหนักความสำคัญที่ 0.844, 0.834, 0.532 และ 0.328 ตามลำดับ

ภาคผนวก ข

ดัชนีสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน

การสร้างดัชนีชี้วัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในการศึกษานี้พิจารณาจากองค์ประกอบของ โครงสร้างพื้นฐาน สิ่งอำนวยความสะดวก และผังภายในที่จำเป็น (Coyte et al., 2003; Regnier, 2002; วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2552) จาก 8 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ห้องนอนอยู่ชั้นล่าง (2) การนอนบนเตียงนอน (3) ส้วมแบบโถนั่งห้อยเท้า (4) ห้องน้ำ/ส้วมอยู่ในบ้าน (5) ประตูห้องน้ำแบบเปิดออก/เลื่อน/ไม่มีประตูหรือรูดผ้า (6) มีราวบันได (7) มีราวจับในห้องนอน และ (8) มีราวจับในห้องน้ำ/ส้วม โดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle Component Analysis) เพื่อคำนวณหาค่าน้ำหนักของแต่ละองค์ประกอบสำหรับการสร้างดัชนีวัดระดับสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่เหมาะสมของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล

จากผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่า KMO Measure of Sampling Adequacy เท่ากับ 0.565 และสถิติทดสอบมีการแจกแจงแบบไคสแควร์ เท่ากับ 11,979.652 องศาอิสระที่ 45 มีค่านัยสำคัญที่ 0.00 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 จึงสรุปได้ว่า ทั้ง 8 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันสามารถใช้การวิเคราะห์ปัจจัยได้ แต่สำหรับการมีความเป็นสามัญร่วมกัน (Communalities) จากค่า Extraction ในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

ห้องนอนอยู่ชั้นล่าง	0.681
การนอนบนเตียงนอน	0.487
ส้วมแบบโถนั่งห้อยเท้า	0.548
ห้องน้ำ/ส้วมอยู่ในบ้าน	0.512
ประตูห้องน้ำแบบเปิดออก/เลื่อน/ไม่มีประตู/รูดผ้า	0.290
มีราวบันได	0.674
มีราวจับในห้องนอน	0.792
มีราวจับในห้องน้ำ/ส้วม	0.793

พบว่า องค์ประกอบข้อประตูห้องน้ำแบบเปิดออก/เลื่อน/ไม่มีประตู/รูดผ้า มีค่า Extraction เพียง 0.290 ซึ่งต่ำกว่า 0.3 (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2554) แสดงว่า มีความเป็นสามัญร่วมกันกับองค์ประกอบอื่นๆ น้อย ผู้วิจัยจึงพิจารณาตัดองค์ประกอบข้อนี้ออก รวมทั้งเมื่อทำการทดสอบความเชื่อมั่นทางสถิติ (Reliability Analysis Statistics) ด้วยค่า Cronbach's Alpha ก็พบว่าจะมีค่าเพิ่มขึ้นจาก 0.495 เป็น 0.541 เมื่อทำการตัดองค์ประกอบข้างต้นออกไปเหลือเพียง 7 องค์ประกอบ

จากนั้นจึงรวมกลุ่มองค์ประกอบทั้ง 7 ที่สัมพันธ์กันเข้าเป็นปัจจัยเดียวกัน ซึ่งพบว่า ปัจจัยสี่วัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านที่สามารถอธิบายความผันแปรที่ร้อยละ 64.997 และจากวิธีการสกัดปัจจัยด้วยการหมุนแกน (Rotated Component) แบบ Varimax¹⁶ พบว่าในแต่ละปัจจัยจะให้ค่าน้ำหนักของแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

ห้องนอนอยู่ชั้นล่าง	0.828
การนอนบนเตียง	0.734
ส้วมแบบโถนั่งห้อยเท้า	0.727
ห้องน้ำ/ส้วมอยู่ในบ้าน	0.700
มีราวบันได	0.814
มีราวจับในห้องนอน	0.892
มีราวจับในห้องน้ำ/ส้วม	0.885



¹⁶ ในการสกัดปัจจัยจะจัดตัวแปรเข้าอยู่ในปัจจัยเดียวกันอย่างเหมาะสมจากค่า Factor loading ที่มาก (± 1) อยู่ด้วยกันและปัจจัยที่มีค่าน้อย (เข้าใกล้ศูนย์) อยู่ในปัจจัยอื่นๆ ส่วนค่า Factor loading กลางๆ ซึ่งไม่ชัดเจนจำเป็นจะต้องทำการหมุนแกนปัจจัย โดยใช้เทคนิคแบบ Varimax ซึ่งเป็นการหมุนแกนที่ปัจจัยยังคงตั้งฉากกัน (Orthogonal rotation) และทำให้มีจำนวนตัวแปรน้อยที่สุด มีค่า Factor loading มากในแต่ละปัจจัย และเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมมากที่สุด (กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2554: 16)

ภาคผนวก ค

ดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว

การสร้างดัชนีชี้วัดระดับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในการศึกษานี้พิจารณาจากองค์ประกอบของเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล ตามแนวคิดของ Lubben et al. (2006) และ Wenger (1991) จาก 6 องค์ประกอบเทียบเคียง ได้แก่ (1) การมีผู้อาศัยอยู่ด้วยในครัวเรือน (2) การได้รับความเกื้อหนุนทางกายเมื่อต้องการ (3) ความถี่ในการเยี่ยมเยียนกับบุตร (4) ความถี่ในการได้พูดคุยทางโทรศัพท์กับบุตร (5) การได้รับเงินจากบุตร และ (6) การได้รับสิ่งของจากบุตร โดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle Component Analysis) เพื่อคำนวณหาค่าน้ำหนักของแต่ละองค์ประกอบสำหรับการสร้างดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่เหมาะสมของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล

จากผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่า KMO Measure of Sampling Adequacy เท่ากับ 0.695 และสถิติทดสอบมีการแจกแจงแบบไคสแควร์ เท่ากับ 21,221.611 องศาอิสระที่ 15 มีค่านัยสำคัญที่ 0.00 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 จึงสรุปได้ว่า ทั้ง 6 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันสามารถใช้การวิเคราะห์ปัจจัยได้ แต่สำหรับการมีความเป็นสามัญร่วมกัน (Communalities) ได้ค่า Extraction ในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

การมีผู้อาศัยอยู่ด้วยในครัวเรือน	0.826
การได้รับความเกื้อหนุนทางกายเมื่อต้องการ	0.011
ความถี่ในการเยี่ยมเยียนกับบุตร	0.727
ความถี่ในการได้พูดคุยทางโทรศัพท์กับบุตร	0.756
การได้รับเงินจากบุตร	0.692
การได้รับสิ่งของจากบุตร	0.750

พบว่า องค์ประกอบข้อการได้รับความเกื้อหนุนทางกายเมื่อต้องการ มีค่า Extraction เพียง 0.011 ซึ่งต่ำกว่า 0.3 (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2554) แสดงว่า มีความเป็นสามัญร่วมกันกับองค์ประกอบอื่นๆ น้อย ผู้วิจัยจึงพิจารณาตัดองค์ประกอบข้อนี้ออก รวมทั้งเมื่อทำการทดสอบความเชื่อมั่นทางสถิติ (Reliability Analysis Statistics) ด้วยค่า Cronbach's Alpha ก็พบว่าจะมีค่าเพิ่มขึ้นจาก 0.688 เป็น 0.718 เมื่อทำการตัดองค์ประกอบข้างต้นออกไปเหลือเพียง 5 องค์ประกอบ

จากนั้นจึงรวมกลุ่มองค์ประกอบทั้ง 5 ที่สัมพันธ์กันเข้าเป็นปัจจัยเดียวกัน ซึ่งพบว่า ปัจจัยชี้วัดสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวที่ได้สามารถอธิบายความผันแปรที่ร้อยละ 75.176 และจากวิธีการสกัดปัจจัยด้วยการหมุนแกน (Rotated Component) แบบ Varimax พบว่าในแต่ละปัจจัยจะให้ค่าน้ำหนักของแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

การมีผู้อาศัยอยู่ด้วยในครัวเรือน	0.906
ความถี่ในการเยี่ยมเยือนกับบุตร	0.804
ความถี่ในการได้พูดคุยทางโทรศัพท์กับบุตร	0.843
การได้รับเงินจากบุตร	0.812
การได้รับสิ่งของจากบุตร	0.867



ภาคผนวก ง

ดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม

การสร้างดัชนีชี้วัดระดับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในการศึกษานี้พิจารณาจากองค์ประกอบของเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมจากบริการสวัสดิการสาธารณสุขที่ผู้สูงอายุแต่ละบุคคลได้รับจากรัฐ/ชุมชน/สังคม (วิจิตรา วิเชียรชม, 2556; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) ด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การได้รับเงินช่วยเหลือจากสังคมและรัฐ (2) การที่เคยได้รับบริการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลรัฐเมื่อเจ็บป่วย (3) การได้รับบริการด้านสุขภาพและความช่วยเหลือจากรัฐ (4) การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ รวม 8 แหล่ง โดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle Component Analysis) เพื่อคำนวณหาค่าน้ำหนักของแต่ละองค์ประกอบสำหรับการสร้างดัชนีสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่เหมาะสมของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล

จากผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่า KMO Measure of Sampling Adequacy เท่ากับ 0.496 และสถิติทดสอบมีการแจกแจงแบบไคสแควร์ เท่ากับ 600.280 องศาอิสระที่ 6 มีค่านัยสำคัญที่ 0.00 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 จึงสรุปได้ว่า ทั้ง 4 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันสามารถใช้การวิเคราะห์ปัจจัยได้ และมีความเป็นสามัญร่วมกัน (Communalities) ดังนี้ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ รวม 8 แหล่ง, การที่เคยได้รับบริการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลรัฐเมื่อเจ็บป่วย, การได้รับบริการด้านสุขภาพและความช่วยเหลือจากรัฐ และการได้รับเงินช่วยเหลือจากสังคมและรัฐ มีค่าเท่ากับ 0.681, 0.635, 0.590 และ 0.331 ตามลำดับ ซึ่งต่างมากกว่า 0.3 (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2554) โดยปัจจัยชี้วัดสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมที่ได้สามารถอธิบายความผันแปรได้ที่ร้อยละ 55.943 และจากวิธีการสกัดปัจจัยด้วยการหมุนแกน (Rotated Component) แบบ Varimax พบว่าในแต่ละปัจจัยจะให้ค่าน้ำหนักแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ รวม 8 แหล่ง	0.808
การที่เคยได้รับบริการรักษาจากสถานพยาบาลรัฐเมื่อเจ็บป่วย	0.797
การได้รับบริการด้านสุขภาพและความช่วยเหลือจากรัฐ	0.722
การได้รับเงินช่วยเหลือจากสังคมและรัฐ	0.572

ภาคผนวก จ
ดัชนีการมีส่วนร่วมทางสังคม

การศึกษานี้ใช้เกณฑ์การมีส่วนร่วมทางสังคมตามแนวคิดพหุพิสัย (Active Ageing) (WHO, 2002a) ซึ่งเป็นการวัดการได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมของผู้สูงอายุใน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การทำงาน (2) การร่วมกิจกรรมครอบครัว (3) การร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม และ (4) การร่วมกิจกรรมทางศาสนา โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle Component Analysis) เพื่อคำนวณหาค่าน้ำหนักของแต่ละองค์ประกอบสำหรับการสร้างดัชนีชี้วัดระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม

จากผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่า KMO Measure of Sampling Adequacy เท่ากับ 0.527 และสถิติทดสอบมีการแจกแจงแบบไคสแควร์ เท่ากับ 1,806.893 องศาอิสระที่ 6 มีค่านัยสำคัญที่ 0.00 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 จึงสรุปได้ว่า ทั้ง 4 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันสามารถใช้การวิเคราะห์ปัจจัยได้และมีความเป็นสามัญร่วมกัน (Communalities) จากค่า Extraction ของแต่ละองค์ประกอบ ได้แก่ การร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม, การร่วมกิจกรรมทางศาสนา, การร่วมกิจกรรมครอบครัว และการทำงาน มีค่าเท่ากับ 0.674, 0.659, 0.553 และ 0.534 ตามลำดับ ซึ่งต่างมากกว่า 0.3 (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2554) โดยปัจจัยชี้วัดการมีส่วนร่วมทางสังคมที่ได้สามารถอธิบายความผันแปรได้ที่ร้อยละ 60.49 และจากวิธีการสกัดปัจจัยด้วยการหมุนแกน (Rotated Component) แบบ Varimax พบว่าในแต่ละปัจจัยจะให้ค่าน้ำหนักของแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

การทำงาน	ค่าน้ำหนักเท่ากับ 0.729
การร่วมกิจกรรมครอบครัว	ค่าน้ำหนักเท่ากับ 0.743
การร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม	ค่าน้ำหนักเท่ากับ 0.807
การร่วมกิจกรรมทางศาสนา	ค่าน้ำหนักเท่ากับ 0.821

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายนามชัย กิตตินาคปัญญา เกิดวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2517 ที่กรุงเทพมหานคร
ด้านประวัติการศึกษา

สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจาก โรงเรียนเทพศิรินทร์

สำเร็จการศึกษาบริหารธุรกิจบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ ภาควิชาพาณิชยศาสตร์
คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประจำปีการศึกษา 2539

สำเร็จการศึกษาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการตลาด ภาควิชาบริหารธุรกิจ
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (ประสานมิตร) ประจำปีการศึกษา 2547

สำเร็จการศึกษาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์การเมือง คณะ
เศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประจำปีการศึกษา 2553

ในปีการศึกษา 2554 ได้เข้าศึกษาในหลักสูตรศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา
ประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ด้านการทำงาน ในปัจจุบันดำรงตำแหน่งเป็น ผู้จัดการทั่วไป ฝ่ายการตลาดและการขาย
บริษัท สยาม เซรามิค แอนด์ เมต จำกัด

ด้านผลงานทางวิชาการ ได้นำเสนอผลงานวิชาการ เรื่อง การมีส่วนร่วมทางสังคมจาก
สภาพแวดล้อมทางสังคมของผู้สูงอายุไทย ในการประชุมทางวิชาการระดับชาติ การนิเทศทาง
คลินิกแบบสหวิทยาการ : สู่ความเป็นเลิศบริการสุขภาพในโรงพยาบาลและชุมชน ที่จัดขึ้นโดย
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดลำปาง ในวันที่ 17-18 กรกฎาคม พ.ศ. 2560 ณ ห้อง
ประชุมฝ้ายคำ และ การตีพิมพ์บทความที่เกี่ยวข้องกับวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่าง
ความสามารถทางกาย สภาพแวดล้อม การมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย
ในวารสารประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีที่ 33 ฉบับที่ 1
มิถุนายน 2560



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY