

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค
และสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล



นางสาวอัมภัสชา พานิชชอบ


สถาบันวิทยบริการ
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2546

ISBN 974-17-4951-1

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A STUDY OF QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY IN BANGKAE HOME
AND PRIVATE HOMES FOR THE AGED IN BANGKOK AND BOUNDARIES



Miss Umphatcha Panitchob

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2003

ISBN 974-17-4951-1

หัวข้อวิทยานิพนธ์ การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค
และสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล
โดย นางสาวอัมภัสชา พานิชชอบ
สาขาวิชา สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์)

..... กรรมการ
(อาจารย์ นายแพทย์นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ)

อัมภัสสา พานิชชอบ: การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบาง
แค และสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (A STUDY OF QUALITY
OF LIFE OF THE ELDERLY IN BANGKAE HOME AND PRIVATE HOMES FOR THE
AGED IN BANGKOK AND BOUNDARIES) อาจารย์ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์
หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์ ; 125 หน้า, ISBN 974-17-4951-1

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 398 คน เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านบางแคจำนวน 203 คน และผู้สูงอายุในที่พักผู้สูงอายุเอกชน 195 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน จากสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พักอาศัยมาอย่างน้อย 6 เดือน และมีวิธีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (CMT: Chula Mental Test) 3. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สถิติที่ใช้ คือ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Unpaired t-test และ One-way ANOVA วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 48.8 และร้อยละ 73.8 ตามลำดับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศชาย, อายุต่ำกว่า 70 ปี, การศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป, ประกอบอาชีพข้าราชการ, ก่อนเข้าพักดำรงชีวิตอยู่กับคู่สมรส, พักอาศัยในบ้านพักของตนเอง, เข้ากันได้ดีกับสมาชิกในครอบครัว, ก่อนเข้าพักคู่สมรสดูแลอย่างใกล้ชิด, ปัจจุบันไม่ได้ใช้สารเสพติด, สุขภาพแข็งแรง และตัดสินใจเข้าพักเอง พบว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ส่วนสถานภาพสมรส และเหตุผลในการเข้าพักนั้น พบว่าลักษณะที่ต่างกันไม่ทำให้คุณภาพชีวิตต่างกัน จากการศึกษาเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสภาพเศรษฐกิจ, สุขภาพ, สภาพแวดล้อม, การพึ่งพาตนเอง และคุณภาพชีวิตด้านรวมของผู้สูงอายุที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนดีกว่าผู้สูงอายุที่พักในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค ส่วนด้านกิจกรรม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน และจากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าความพึงพอใจในกิจกรรม และความพึงพอใจด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิต ส่วนความพึงพอใจในลักษณะการบริการนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิต

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์ ลายมือชื่อนิสิต.....
สาขาวิชา สุขภาพจิต ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ปีการศึกษา 2546

437 52350 30: MAJOR MENTAL HEALTH

Key words: QUALITY OF LIFE / THE ELDERLY / HOME FOR THE AGED

UMPHATCHA PANITCHOB: A STUDY OF QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY IN BANGKAE HOME AND PRIVATE HOMES FOR THE AGED IN BANGKOK AND BOUNDARIES. THESIS ADVISOR: ASS.PROF. BURANEE KANCHANATAWAN, MD; 125 pp. ISBN 974-17-4951-1

This is cross-sectional descriptive study to study the quality of life and associated factors and include compare quality of life of the elderly in Bangkae home and private homes for the aged in Bangkok and boundaries. Sample sizes were 398 elderly people (203 Bangkae home and 195 private home), the age 60 and over were attended in this study and live in home more than 6 months in Bangkae home and private homes in Bangkok and boundaries. Sample were collected by multistage sampling. The questionnaires for this study consisted of 1. Personal data 2. Chula Mental Test (CMT) 3. Quality of life questionnaires. All informations collected by individual interviews. Mean, percentage, standard deviation, chi-square test, unpaired t-test and one-way ANOVA was used with SPSS/PC to analyze the data.

The result of this study showed that most elderly in Bangkae home and private homes had a high level of quality of life 48.8% and 73.8% by order. The associated factors related to quality of life in elderly were male, age less than 70, academic level, previous government official, previous living with spouse, previous living in own house, good family relationship, previous spouse take care, now use not drug, healthy and decided by himself were high quality of life but, marital status and reason of living in home for the age were not different quality of life. Quality of life in elderly comparison in both homes for the age were economy, healthy, environment, depend on himself and total quality of life of the elderly in private homes better than Bangkae homes but, activity was not different. The relation between personal factors showed that satisfaction in activity and relationship were related to quality of life but, satisfaction in services was not related to quality of life.

Department of Psychiatry

Student's signature

Field of Medicine

Advisor's signature

Academic Year 2003

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ผู้ให้ความรู้ คำแนะนำ และติดตามความก้าวหน้าในการทำวิทยานิพนธ์อย่างใกล้ชิด ผู้วิจัยตระหนักและซาบซึ้งในความเมตตาของอาจารย์ และจะนำสิ่งดีๆ ที่ผู้วิจัยได้รับไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินชีวิต จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ และอาจารย์นายแพทย์นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ ที่ให้เกียรติมาเป็นประธาน และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์พร้อมทั้งให้คำแนะนำ และแก้ไขส่วนที่ยังบกพร่องต่างๆ ช่วยเหลือวิทยานิพนธ์สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณท่านอธิบดีกรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม และผู้อำนวยการสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามอย่างดียิ่ง

ขอขอบคุณ คุณประธาน รัชต์จรรย์, คุณประภัสสร สิริวิชัย, คุณกุลวดี อักษรทัต, คุณธนวัฒน์ ฉลาดกิจ และพี่ๆ เพื่อนๆ สุขภาพจิตทุกท่าน ที่ให้คำปรึกษาและเป็นกำลังใจจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ลุล่วงไปได้ด้วยดี

เหนือสิ่งอื่นใดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดาและมารดา คุณฐชาติ และคุณอำพร พานิชชอบ ซึ่งให้การสนับสนุนด้านการเงินและให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้แก่ผู้วิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	6
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุ.....	11
ความหมายของผู้สูงอายุ.....	11
การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ.....	15
ทฤษฎีภาวะผู้สูงอายุ.....	22
แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องคุณภาพชีวิต.....	34
ความหมายของคุณภาพชีวิต.....	34

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่

2.

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต.....	39
การประเมินคุณภาพชีวิต.....	44
แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.....	46
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	50
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	56
รูปแบบการวิจัย.....	56
ลักษณะของประชากร และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	56
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	60
การรวบรวมข้อมูล.....	65
การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้.....	66
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	87
สรุปผลการวิจัย.....	87
อภิปรายผลการวิจัย.....	90
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย.....	101
ข้อเสนอแนะ.....	101
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป.....	102
รายการอ้างอิง.....	103

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ภาคผนวก.....114

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....125



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 :-	
ตารางที่ 2 :-	
ตารางที่ 3 :-	
ตารางที่ 4 :-	
4.1	แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไป.....68
4.2	ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้าน บางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล.... 73
4.3	แสดงค่า จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของลักษณะคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและ สถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล..... 78
4.4	ความแตกต่างของลักษณะคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล..... 81
4.5	ความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล..... 83
4.6	ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเบื้องต้น ได้แก่ สภาพแวดล้อม การบริการ กิจกรรม และความสัมพันธ์ทางสังคม กับคะแนนคุณภาพชีวิต.....86

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพประกอบ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 9



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ได้รับความสนใจค่อนข้างมากเนื่องจากผู้สูงอายุจะเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ในอนาคต ประชากรโลกมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นและอัตราการเกิดทั่วโลกลดลง องค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ ได้คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2025 โลกจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จำนวน 800 ล้านคน และ 2 ใน 3 เป็นประชากรที่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่จะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽²⁾ ทำสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วประเทศช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2543 พบว่ามีประชากรที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย จำนวน 60.6 ล้านคน มีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 5.7 ล้านคน คิดเป็น 9.4 %

ในอนาคตจำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากอายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยเพิ่มสูงขึ้น สถิติข้อมูลจากการคาดการณ์ประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2533- 2563 ของกองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ⁽³⁾ คาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ.2553 จะเพิ่มเป็น 7.6 ล้านคน คิดเป็น 11.4%

การที่จำนวนผู้สูงอายุทั้งของโลกและของประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข การบริการด้านสาธารณสุขที่กระจายไปอย่างทั่วถึง นโยบายการวางแผนครอบครัวที่ส่งผลให้อัตราการเจริญพันธุ์และอัตราตายของประชากรลดลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป จึงทำให้ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและมีชีวิตยืนยาวขึ้น ประชากรไทยจึงมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น

สถิติของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล⁽⁴⁾ เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2542 พบว่าผู้สูงอายุไทยมีจำนวน 5.3 ล้านคน และมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้นคือ อายุเฉลี่ยชาย 69.9 ปี และหญิง 74.9 ปี

ความสำคัญของประเด็นผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นกับจำนวนที่เพิ่มขึ้นเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยว่าเป็นอย่างไร ทั้งนี้เมื่อสูงวัยขึ้นย่อมมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย โรคภัยไข้เจ็บ และปัญหาของจิตใจ ดังนั้นการจัดระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อรองรับปัญหาผู้สูงอายุและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่สภาพร่างกายเสื่อมถอย มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม ผลจากการเปลี่ยนแปลงจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ลดลง⁽⁵⁾

กลุ่มองค์กรคุณภาพชีวิตโลก (The WHOQOL Group)⁽⁶⁾ ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคมและสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และสามารถประเมินคุณภาพชีวิตในด้านวัตถุวิสัย (objective approach) และด้านจิตวิสัย (subjective approach)

สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมอย่างรวดเร็วในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา โดยเปลี่ยนจากสังคมเกษตรเป็นสังคมอุตสาหกรรมแนวใหม่ (Newly Industrialized Countries หรือ NICs) การขยายตัวและเติบโตเป็นชุมชนเมือง (Urbanization) อย่างรวดเร็ว ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไปเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพสังคม เช่น ระบบโครงสร้างครัวเรือนแต่เดิมเป็นครัวเรือนขยายก็กลายเป็นครัวเรือนเดี่ยวมากขึ้น ความจำเป็นทางเศรษฐกิจและความจำกัดของพื้นที่ก่อสร้างบ้านพักอาศัย หนุ่มสาวสมัยใหม่เมื่อแต่งงานมักจะแยกครอบครัวไปอยู่ต่างหาก ทำให้พ่อแม่ที่สูงอายุต้องอยู่กันตามลำพัง⁽⁷⁾

ปัจจุบันสถานสงเคราะห์คนชราจึงเป็นสถานที่พักสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหลานเลี้ยงดู หรือผู้สูงอายุที่มีฐานะความเป็นอยู่ค่อนข้างยากจนบุตรหลานไม่สามารถให้การดูแลเอาใจใส่ได้ จึง นำผู้สูงอายุเข้าพักในสถานสงเคราะห์คนชราซึ่งเป็นสวัสดิการจากภาครัฐบาลหรือภาคเอกชน โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่ประการใด หรือบางแห่งก็เสียค่าบริการในอัตราที่ต่ำมาก ซึ่งผู้สูงอายุที่มีฐานะปานกลางหรือยากจนสามารถชำระค่าบริการได้โดยสมัครใจและไม่เดือดร้อน

สำหรับผู้สูงอายุที่ค่อนข้างมีฐานะหรือมีบุตรหลานอุปการะเลี้ยงดู สามารถเลือกพักในสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนซึ่งเป็นสถานที่ที่สะอาด สะดวกสบาย น่าอยู่ สิ่งแวดล้อมที่สวยงาม ตลอดจนกิจกรรมและการบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ แม้ว่าจะต้องชำระค่าบริการในอัตราค่อนข้างสูง แต่ผู้สูงอายุก็พึงพอใจที่จะเข้าพัก ด้วยเหตุผลเรื่องการบริหาร สิ่งแวดล้อม ความสะดวกสบาย การดูแล ด้านสุขอนามัยที่ผู้สูงอายุจะได้รับอย่างเต็มที่ อีกทั้งยังเป็นการสร้างภาพพจน์ที่ดีแก่บุตรหลานที่เกรงการถูกตำหนิและวิพากษ์วิจารณ์จากสังคมที่มีได้เป็นผู้อุปการะเลี้ยงดูบุพการีของตนเอง ดังนั้นการเลือกใช้บริการจากสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนที่มีราคาแพงจึงถือว่ามีคุณค่าและเหมาะสมกับสถานะการณ์ของผู้ที่มีฐานะค่อนข้างดีในปัจจุบัน

ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุว่าเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าและสำคัญยิ่งต่อครอบครัวและต่อสังคม สังคมจึงควรตอบแทนผู้สูงอายุด้วยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพื่อที่จะดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และมีคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี การมีชีวิตที่ยาวเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุต้องมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ดังคำกล่าวที่ว่า “แก่อย่างมีคุณค่า ชราอย่างมีสุข” ดังนั้นผู้สูงอายุไทยจึงสมควรได้รับการเหลียวแล ยกย่อง และได้รับบริการด้านการรักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพจิต รวมทั้งพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สูงขึ้นต่อไปในอนาคต

ด้วยเหตุดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย โดยเลือกทำการศึกษาในประเด็น “การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชน” ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันหลายด้าน เช่น ด้านวุฒิการศึกษา เศรษฐฐานะ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนรองรับปัญหาผู้สูงอายุในอนาคต หาแนวทางแก้ไขปัญหา ส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุ รวมถึงการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีต่อไปในอนาคต

คำถามของการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนเป็นอย่างไร
2. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค มีลักษณะข้อมูลทั่วไปและระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกับผู้สูงอายุในสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนหรือไม่ อย่างไร
3. ปัจจัยใดที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชน
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ระหว่างผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคกับสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชน
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่สุ่มเลือกได้โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) (รายละเอียดปรากฏในบทที่ 3)

2. ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

2.1 ตัวแปรอิสระ (Independence variable) คือ

2.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ศาสนา, ระดับการศึกษา, อาชีพเดิม, การดำรงชีวิตเดิม, ลักษณะที่อยู่อาศัยเดิม, ความสัมพันธ์กับครอบครัวเดิม, ผู้ดูแลใกล้ชิดเดิม, การใช้สารเสพติดปัจจุบัน และปัญหาสุขภาพ

2.1.2 ปัจจัยเกี่ยวกับที่พัก ได้แก่ ประเภทสถานที่พัก, เหตุผลและการตัดสินใจในการเข้าพัก, จำนวนสมาชิกในห้องพัก, การบริการ, กิจกรรม และความสัมพันธ์กับสังคม

2.2 ตัวแปรตาม (Dependence variable) คือ องค์ประกอบคุณภาพชีวิต 5 ด้าน โดยผู้วิจัยได้ปรับข้อความจากแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของวาสนา เกื้อนวนษ์⁽⁸⁾ ซึ่งได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของประภาพร จินันทุยา ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตของเบอร์กฮอรน์และคณะ⁽⁹⁾ ซึ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 5 ด้านมีดังต่อไปนี้

2.2.1 องค์ประกอบด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจ ประกอบด้วย ข้อคำถามที่แสดงถึงความรู้สึกของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความเพียงพอของรายได้ และทรัพย์สิน

2.2.2 องค์ประกอบด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถามที่แสดงถึงความรู้สึกด้านร่างกายและจิตใจ

2.2.3 องค์ประกอบด้านสภาพแวดล้อม ประกอบด้วย ข้อคำถามที่แสดงถึงความรู้สึกของผู้สูงอายุเกี่ยวกับสิ่งที่อยู่แวดล้อมตัวผู้สูงอายุ ได้แก่ ญาติมิตร สถานที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

2.2.4 องค์ประกอบด้านการพึ่งพาตนเอง ประกอบด้วย ข้อคำถามที่แสดงถึงความรู้สึกของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเองและผู้อื่น

2.2.5 องค์ประกอบด้านการทำกิจกรรม ประกอบด้วย ข้อคำถามที่แสดงถึงความรู้สึกของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์บ้านบางแคหมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2 สังกัดกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม อย่างน้อย 6 เดือน โดยเป็นผู้รับบริการประเภทสามัญ คือ เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการสงเคราะห์ซึ่งทางราชการให้การอุปการะเลี้ยงดูโดยไม่เสียค่าบริการ
2. ผู้สูงอายุในสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชน หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และอยู่ในสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล อย่างน้อย 6 เดือน โดยเป็นผู้เสียค่าบริการให้แก่สถานที่พักนั้นๆ ตามระเบียบกำหนด

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. เนื่องจากการศึกษาวิจัยทำในระยะเวลาจำกัด และเป็นการศึกษาเฉพาะในเขตพื้นที่เดียวเท่านั้น จึงไม่สามารถทดแทนประชากรผู้สูงอายุทั่วประเทศได้
2. สถานที่ที่ใช้ในการศึกษาไม่สามารถบ่งชี้ถึงที่พักผู้สูงอายุได้ทั้งหมด แต่สามารถใช้อ้างอิงได้อย่างคร่าวๆ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. คุณภาพชีวิต (Quality of Life)⁽⁸⁾ หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุที่มีต่อองค์ประกอบต่างๆ ที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งมี 5 ด้าน คือ

1.1 สถานภาพทางเศรษฐกิจ หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความเพียงพอของรายได้และทรัพย์สิน

1.2 สุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

1.3 สภาพแวดล้อม หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับสิ่งที่อยู่แวดล้อมตัวผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ ญาติมิตร สมาชิกในครอบครัว สถานที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

1.4 การพึ่งพาตนเอง หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง และความรู้สึกพึ่งพาผู้อื่น

1.5 การทำกิจกรรม หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมภายในสถานที่พัก และกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน

2. ผู้สูงอายุ (The Elderly)⁽¹⁰⁾ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง โดยนับอายุตามปฏิทินเป็นมาตรฐานสากลในการเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งถือเกณฑ์ของที่ประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุแห่งโลก (World Assembly on Aging)

3. สถานที่พักผู้สูงอายุ (Home for The Aged)⁽¹¹⁾ หมายถึง สถานสงเคราะห์คนชรา ภาครัฐบาลสังกัดกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม และหน่วยงานที่จัดสถานบริการที่พักผู้สูงอายุภาคเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล คือ

3.1 สถานสงเคราะห์คนชราภาครัฐบาล⁽¹¹⁾ สังกัดกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ สถานสงเคราะห์คนชรารบ้านบางแค และสถานสงเคราะห์คนชรารบ้านบางแค 2 ซึ่งจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้ กิจกรรมด้านกายภาพบำบัด ได้แก่ การออกกำลังกาย, ตรวจรักษาผู้สูงอายุเดือนละครั้ง ด้านอาชีวบำบัด ได้แก่ งานประดิษฐ์ต่างๆ เช่น ดอกไม้ประดิษฐ์, พรมเช็ดเท้า และงานฝีมือตามความถนัด ด้านนันทนาการ ได้แก่ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ การจัดงานวันปีใหม่

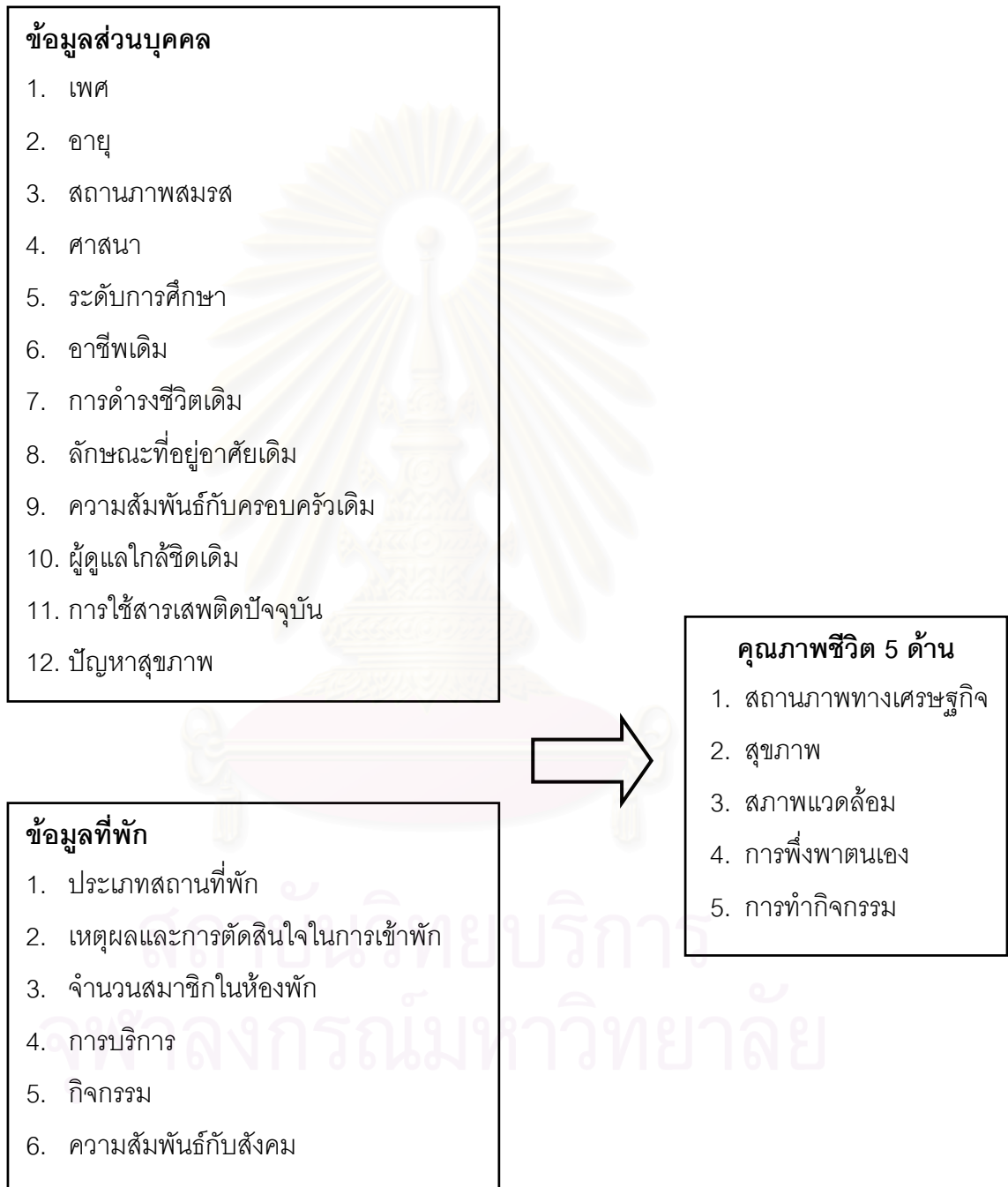
จัดงานวันผู้สูงอายุ จัดท่องเที่ยวนอกสถานที่พัก และด้านศาสนา ได้แก่ การประกอบพิธีกรรมทางพุทธศาสนา ฟังธรรมเทศนา สวดมนต์ และเชิญวิทยากรบรรยายธรรมออกเสียงตามสาย

3.2 หน่วยงานที่จัดบริการที่พักผู้สูงอายุภาคเอกชน⁽¹¹⁾ ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล จำนวน 13 แห่ง ได้แก่ โกลเด้นเวิลด์เรสซิเดนซ์โฮม, บ้านวิภาวดี, บ้านสิริรังสฤษดิ์, โรงพยาบาลหัวเฉียว, โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท2, โรงพยาบาลโชคชัย4, ซ้อยเนิสซึ่งโฮม, โรงพยาบาลเซ็นทรัลปาร์ค, โรงพยาบาลธนบุรี2, โรงพยาบาลมิชชั่น, โรงพยาบาลมิตรภาพ, โรงพยาบาลยันฮี, โรงพยาบาลสุทธิสาร และอาคารสวางคนิเวศ (คอนโดผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย) ซึ่งส่วนใหญ่จะจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้ กิจกรรมด้านกายภาพบำบัด ได้แก่ การออกกำลังกาย, การทำกายภาพบำบัด, การตรวจรักษาสุขภาพกายตามความต้องการของผู้สูงอายุ การให้คำปรึกษากับผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมง และการดูแลเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ตลอด 24 ชั่วโมง มีกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้สูงอายุด้วยอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัย ด้านนันทนาการ ได้แก่ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ การจัดสิ่งบันเทิง เช่น จัดเครื่องเสียงคาราโอเกะ ร้องเพลง เล่นดนตรี จัดกิจกรรมกลางแจ้งโดยนักกิจกรรมบำบัด และการจัดงานสำคัญตามโอกาส เช่น จัดงานวันปีใหม่ จัดงานวันผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมการท่องเที่ยวนอกสถานที่เพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังมีบริการด้านอาหาร เครื่องดื่ม นอกเหนือจากที่สถานที่พักจัดเตรียมไว้ อีกทั้งจัดบริการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การบริการซักรีด การทำความสะอาดของใช้ส่วนตัว การบริการซื้อและจัดส่งสิ่งต่างๆ ที่ผู้สูงอายุต้องการ และบริการรถรับส่งสำหรับผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมง อย่างไรก็ตามกิจกรรมที่สถานที่พักผู้สูงอายุภาคเอกชนส่วนใหญ่จัดขึ้นนั้นจะเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพทางกายแก่ผู้สูงอายุ แต่กิจกรรมด้านศาสนาซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตนั้นส่วนใหญ่ไม่ได้จัดกิจกรรมด้านนี้ไว้สำหรับผู้สูงอายุมากนัก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริม รักษา ป้องกัน ตลอดจนฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไปในอนาคต
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและการจัดบริการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุที่พักในสถานสงเคราะห์คนชราทั้งภาครัฐบาลและเอกชน รวมถึงสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชน
3. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการทำวิจัยและอภิปรายผลที่ได้จากการวิจัย โดยทำการศึกษารายละเอียดในหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ
 - 1.3 ทฤษฎีภาวะผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องคุณภาพชีวิต
 - 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
 - 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
 - 2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต
3. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

นักวิชาการที่ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุพยายามอธิบายคำว่า “ผู้สูงอายุ” ในแง่มุมที่ไม่แตกต่างกันมากนักและชี้ให้เห็นว่าเป็นเรื่องยากที่จะติตราอย่างเด็ดขาดว่าคนนั้นคนนี้เป็นผู้ที่อยู่ในวัยชรา Borrow และ Smith ได้เสนอให้พิจารณาคำว่า “ผู้สูงอายุ” จากหลายองค์ประกอบ เช่น ประเพณีนิยม สภาพการทำงานของร่างกายและจิตใจ ความสามารถในการประกอบอาชีพ ความกดดันทางอารมณ์ และความเจ็บป่วย⁽¹²⁾

เอนเดอร์สัน⁽¹³⁾ กล่าวว่า ความชราเป็นการก้าวสู่สภาพหรือบทบาทใหม่ในสังคม

องค์การอนามัยโลก ได้ยึดเอาความยืดยาวของชีวิตตามปีปฏิทินเป็นเกณฑ์เบื้องต้น โดยที่ประชุมขององค์การอนามัยโลกที่เมือง Kiev ประเทศรัสเซีย ปี 1963 ได้กำหนดว่าวัยสูงอายุคือผู้ที่มีอายุ 60-74 ปี และวัยชราคือผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป⁽¹⁴⁾

องค์การสหประชาชาติ ซึ่งได้จัดประชุมสมัชชาโลกเกี่ยวกับผู้สูงอายุเมื่อปี พ.ศ. 2525 ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ได้ให้ความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ” ครอบคลุมทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข⁽¹⁵⁾ ได้ให้ความหมายของคำว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่สังคมได้กำหนดเกณฑ์อายุเมื่อมีชีวิตอยู่ในวัยสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

กรมประชาสงเคราะห์⁽¹⁶⁾ ได้ให้ความหมายคำว่าผู้สูงอายุ หมายถึง การพัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุของมนุษย์ ความสูงอายุนี้จะเริ่มตั้งแต่เกิดมา และดำเนินต่อเนื่องไปจนสิ้นสุดอายุขัยของสิ่งมีชีวิตนั้น

ฝน แสงสิงแก้ว⁽¹⁷⁾ ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่าเป็นบุคคลในวัยสุดท้ายของ วงจรชีวิต ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่วัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา และกำหนดเกณฑ์

ปลดเกษียณจากราชการ คือ ตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นการเริ่มต้นของวัยชรา

ประพิณ วัฒนกิจ⁽¹⁸⁾ กล่าวว่าผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี เป็นวัยที่พ้นจากการทำงานทางราชการหรือรัฐวิสาหกิจ หรือสำนักงานของภาคเอกชนบางแห่ง นอกจากนี้ผู้ที่มีกิจการส่วนตัวเท่านั้นโดยทั่วไปผู้ที่ก้าวสู่วัยนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอย่างเห็นได้ชัด

บรรลุ ศิริพานิช⁽¹⁹⁾ ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุตามอายุในปีปฏิทิน ซึ่งเน้นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงเป็นมาตรฐานสากลในการกำหนดความหมายของผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง

ชุตินา หุทัย⁽²⁰⁾ ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่าคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเสื่อมของร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ภาวะโภชนาการ และโรคภัยของแต่ละบุคคล

วิฑูร แสงสิงแก้ว⁽²¹⁾ ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ดำเนินไปสู่ความเสื่อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ แต่การเปลี่ยนแปลงจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อมของชีวิตที่ผ่านมา ตลอดจนภาวะโภชนาการของแต่ละบุคคล

สถาบันวิจัยโภชนาการ⁽²²⁾ ให้ความหมายว่า ความชราหรือผู้สูงอายุนั้น เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เนื่องจากเมื่อเซลล์ซึ่งเป็นส่วนประกอบต่างๆ ของร่างกายเจริญเติบโตเต็มที่แล้วก็จะเกิดการเสื่อมลง การตัดสินใจว่าวัยไหนเป็นวัยสูงอายุนั้น ทางการแพทย์ไม่กำหนดได้แน่นอน แต่สำหรับประเทศไทย เราถือหลักการเกษียณอายุราชการเป็นเกณฑ์กำหนดว่าผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

สุพัตรา สุภาพ⁽²³⁾ ให้คำจำกัดความของคำว่า “ผู้สูงอายุ” หรือ “วัยชรา” (The Old Age) ในแต่ละประเทศหรือแต่ละสังคมจะให้ไว้แตกต่างกันออกไป และทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับการทำงานหรือสภาพร่างกาย สภาพสังคมเศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา คือ อายุ 65 ปี กลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย คือ 67 ปี เป็นต้น ความจริงเรื่องอายุบางครั้งก็ยังไม่ได้เป็นเครื่องบอกว่าใครเป็นผู้สูงอายุ มีคนเป็นจำนวนมากแม้ว่าจะอายุ 60 ปี หรือ 65 ปี ก็

ยังแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ ขณะที่คนอายุน้อยกว่าบางคนก็มีสภาพร่างกายและจิตใจเสื่อมโทรม ฉะนั้นจึงไม่ได้เป็นเครื่องบ่งชี้ว่าคุณคนใดสุขภาพหรือสูงอายุ แต่อายุก็เป็นแนวทางให้เราทราบว่า บุคคลใดสมควรจะเป็นคนชราหรือเป็นผู้สูงอายุ

กฤษณา ตันติผลาชีวะ⁽²⁴⁾ กล่าวว่าวัยสูงอายุเป็นช่วงสุดท้ายของชีวิต อายุตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป สภาพความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจมีมากในระยะนี้ ขาดความคล่องแคล่วว่องไว ความจำเสื่อม ความคิดอ่านช้าลง ความขยันหมั่นเพียรลดลง ความคิดก้าวหน้าลดลง สภาพทางร่างกายเสื่อมถอย หูตึง ตาฝ้า ผมหงอก และนอกจากนี้ยังต้องพบกับปัญหาการปรับตัวให้เข้ากับสภาพร่างกายและสังคมในวัยสูงอายุด้วย

กฤษณา ตันติผลาชีวะ⁽²⁵⁾ ได้แยกระดับคือ อายุระหว่าง 60-75 ปี เรียกว่า วัยเริ่มมีอายุ (young old) และระยะที่ 2 อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่มีอายุเต็มที่ (old หรือ really old)

ในรายงานการวิจัยเรื่อง คนชราไทย ได้ให้ความหมาย ผู้สูงอายุว่า หมายถึง ผู้ที่มีอายุวัดด้วยจำนวนปีตามปฏิทินของเวลาที่ได้มีชีวิตอยู่ และมีเกณฑ์ในการพิจารณา 3 ด้านคือ ความเสื่อมถอยของร่างกาย พิจารณาตามแนวคำสอนในพระพุทธศาสนา และหน้าที่กิจกรรมในสังคม⁽²⁶⁾

นอกจากนี้ในงานวิจัยของ วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์⁽²⁷⁾ ได้ให้ความหมายคำว่าผู้สูงอายุไว้สองประเด็น คือ ความเป็นผู้สูงอายุในสายตาของชาวบ้าน และความเป็นผู้สูงอายุที่ถูกกำหนดมาจากภายนอก คำว่า คนแก่ หรือ ผู้สูงอายุ ไม่ได้หมายถึงเฉพาะผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเท่านั้น เพราะชาวบ้านในชนบทมองความแก่ว่า อาจเริ่มจากอายุ 55 ปีขึ้นไปก็เริ่มแก่แล้ว โดยเฉพาะถ้าเป็นผู้หญิงและสุขภาพไม่ดีสังขารร่วงโรยเร็ว ในขณะที่มาตรฐานอายุ 60 ปีที่ใช้นั้นเป็นแนวคิดใหม่ที่ชาวบ้านรับมาจากมาตรฐานการเกษียณอายุที่เรียนรู้จากทางราชการ โดยผ่านทางกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสื่อมวลชน การมองความเป็นผู้สูงอายุในสายตาชาวบ้านน่าจะเป็นประเด็นที่ต้องนำมาพิจารณาในการกำหนดความเป็นผู้สูงอายุของแต่ละสังคมด้วย

สุรกุล เจนอบรม⁽¹⁰⁾ ได้ให้ความหมายคนชรา หรือผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต ซึ่งวงจรชีวิตนั้น เริ่มตั้งแต่วัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา กำหนดเกณฑ์ว่า เมื่อใดจึงจะเรียกว่าผู้สูงอายุนั้น ในสังคมดั้งเดิมได้กำหนดการเป็นผู้สูงอายุโดยใช้บทบาทที่บุคคลนั้นๆ ทำอยู่ในสังคมเป็นเกณฑ์ซึ่งบทบาทเหล่านี้มักจะเป็นบทบาทที่แสดงถึง

ความเป็นผู้นำ ความรับผิดชอบสูงในสังคม ส่วนในปัจจุบันมักจะใช้อายุเป็นเกณฑ์ในการกำหนดความหมายของการเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งการใช้อายุเป็นเกณฑ์นี้ก็แตกต่างกันไปในสังคมของแต่ละประเทศ เช่น บางประเทศกำหนด 55 ปี บางประเทศกำหนด 65 ปี หรือ 70 ปี และตัวเลขเหล่านี้คือเกณฑ์อายุที่จะปลดเกษียณตัวเองออกจากการทำงานตามที่แต่ละประเทศกำหนดขึ้นไว้นั่นเอง

จะเห็นว่ามีผู้พยายามให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้มากมาย ซึ่งเกณฑ์ที่กำหนดความเป็นผู้สูงอายุนั้นมีความแตกต่างกันตามสังคม และระยะเวลาของอายุ ในการกำหนดผู้สูงอายุในสังคมดั้งเดิมนั้น แต่ละสังคมมักใช้บทบาทที่ผู้สูงอายุมีบทบาทในสังคมเป็นเกณฑ์ บทบาทต่างๆ นี้มักจะเป็นบทบาทที่แสดงถึงความเป็นผู้นำและมีความรับผิดชอบสูง ส่วนในสังคมสมัยใหม่มักจะใช้อายุตามปฏิทินเป็นเกณฑ์ในการกำหนดความเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งจำนวนปีนั้นแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม กล่าวคือ ประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ส่วนประเทศไทยนั้นกำหนดผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป⁽¹⁵⁾

การกำหนดกฎเกณฑ์เกี่ยวกับความหมายของการเป็นผู้สูงอายุนั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละสังคม ดังนั้น ที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ จึงได้กำหนดให้ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ถือเป็นผู้สูงอายุ (elderly) และให้ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก⁽²⁸⁾

คำว่า “ผู้สูงอายุ” เป็นคำที่ พล.ต.ต. อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร บัญญัติและนำมาใช้ในการประชุมระหว่างแพทย์อาวุโสและผู้สูงอายุจากวงการต่างๆ เมื่อปี พ.ศ. 2505⁽¹⁰⁾ จนเป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นคำที่ฟังไพเราะรื่นหูและให้ความรู้สึกที่ดีกว่าคำว่า “คนแก่” หรือ “คนชรา” ซึ่งมีความหมายเหมือนกันคือ หมายถึง คนที่มีอายุมากหรือสูงด้วยอายุ^(29,31)

สำหรับประเทศไทย ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชาย และหญิง โดยนับอายุตามปฏิทินเป็นมาตรฐานสากลในการเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งถือเกณฑ์ของที่ประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุแห่งโลก (World Assembly on Aging)⁽¹⁰⁾ ซึ่งทางราชการไทยก็กำหนดคำว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพื่อให้สอดคล้องกับการประชุมสมัชชาโลก และเป็นเกณฑ์ปลดเกษียณอายุราชการของข้าราชการไทยด้วย⁽²⁸⁾

1.2 การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่บุคคลต้องเผชิญกับวิกฤตการณ์อย่างมากมาย ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ อันเริ่มต้นมาตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น วัยกลางคนและมาส่ง ผลอย่างเด่นชัดในช่วงวัยอายุนี้⁽³¹⁾ การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุโดยมากมักเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม สรุปได้ เป็น 3 ด้าน ดังนี้

1.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Biological change)

ร่างกายของผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากกว่า การเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายของแต่ละคนจะเกิดไม่เท่ากัน เซลล์ต่างๆ ภายในร่างกายทำงานลดลง และมีจำนวนน้อยลงเมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว การเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้น ในทุกระบบหน้าที่ของร่างกาย ตั้งแต่ระดับเซลล์ขึ้นมา ความสามารถในการทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆ ลดน้อยลง ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วย หรือโรคต่างๆ ได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาของระบบต่างๆ ในร่างกายผู้สูงอายุ มีดังนี้

1.2.1.1 ระบบผิวหนัง (Integumentary System)

เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลงเซลล์ที่เหลือเจริญช้าลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาแทนเซลล์เดิมลดลง ผิวหนังของผู้สูงอายุจึงบางและเหี่ยวย่น ต่อมาไขมันทำงานลดลงทำให้ผิวหนังแห้ง คับและแตกง่าย เซลล์สร้างสีทำงานลดลง ทำให้สีผิวเปลี่ยนไป มีจุดต่างมากขึ้น พร้อมกับที่ไขมันใต้ผิวหนังลดลง ต่อมาเหงื่อใต้ผิวหนังขับเหงื่อได้น้อยลง การระบายความร้อนด้วยวิธีการระเหยไม่ดี ทำให้การควบคุมอุณหภูมิในร่างกายเลวลง ผมหงอกและมีสีจางลง กลายเป็นสีเทา หรือขาว ผมหงอกและร่วงง่าย เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดบริเวณหนังศีรษะลดลง และเส้นผมได้รับอาหาร ไม่เพียงพอ

1.2.1.2 ระบบประสาทและสมอง (Nervous System)

ศูนย์การควบคุมประสาทส่วนกลางทำงานลดลง มีการเสื่อมของเซลล์ประสาทที่เกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัด คือ ความว่องไวในการส่งงานไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง ทำให้การทำงานประสานกัน ระหว่างเซลล์ ประสาทและกล้ามเนื้อลดลง การตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ช้าลง ผู้สูงอายุจึงต้องใช้เวลาานกว่าจะตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น และการเคลื่อนไหวช้าลง การทรงตัวไม่ดีมีอาการสั่นตามร่างกาย นอกจากนี้ยังมีการเหี่ยวผอมของเซลล์ของเซลล์สมองส่วนซีรีบรัม และซีรีบิลลัม ทำให้ความคิดความจำเสื่อม ผู้สูงอายุจึงมักไม่จำเรื่องราวใหม่ๆ ได้ หรือมีข้อจำกัดในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ แต่สามารถจำเรื่องราวต่างๆ ที่ได้จดจำไว้ก่อนมีการเสื่อมของเซลล์สมองได้ดี ความเสื่อมถอยของระบบประสาทดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสับสน ขาดสมาธิ หลงลืมง่าย ย้ำคิดย้ำทำ คิดและพูดซ้ำซาก และไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่างได้ จึงต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

1.2.1.3 ระบบประสาทสัมผัส (Special sense)

มีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้คือ

ตา ประสาทตาจะเสื่อมลง การมองเห็นได้ไม่ดี เลนส์เสียความยืดหยุ่น แก้วตาขุ่นมัว ม่านตามีสีจางลง ขนาดของรูม่านตาเล็กลง และมีรูปร่างผิดปกติ ลานสายตาแคบลง กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมหน้าที่ จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจึงพบว่า ผู้สูงอายุมีสายตาเสื่อมลง การมองเห็นทั้งในระยะใกล้และไกล การปรับตัวต่อความสว่างและความมืด การแยกความแตกต่างของสี ความคมชัดของภาพลดลง จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

หู อวัยวะในหูชั้นในมีการเสื่อมมาก ร่วมกับเส้นประสาทคู่ที่ 8 ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยินเสียง เพราะการไหลเวียนของโลหิตที่ไปเลี้ยงหูชั้นในลดลง เนื่องจากความแข็งของเส้นโลหิต ดังนั้นเส้นประสาทจึงตายหรืออาจเป็นเพราะมีแคลเซียมเข้าไปจับตัว ที่หูชั้นใน ความเสื่อมนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการหูตึง ต้องพูดเสียงดังจึงจะได้ยิน และได้ยินเสียงต่ำชัดกว่าเสียงธรรมชาติหรือเสียงสูง รวมทั้งการทรงตัวไม่ดีและมีอาการเวียนศีรษะ ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

ประสาทรับรสและกลิ่น มีการเหี่ยวของประสาทรับรสและกลิ่น ปริมาณตุ่มรับรสของลิ้นลดลง มีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก ทำให้ความสามารถในการจำแนกรสต่างๆ และได้กลิ่นลดลง ความอยากอาหารลดลง รวมทั้งการที่น้ำลายในปากลดน้อยลง ก็เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกอยากอาหารลดลงด้วยเช่นกัน บางครั้งความสามารถในการรับรสที่สูญเสียไปนั้น อาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรค หรือเพราะพฤติกรรมบางอย่างเช่น การสูบบุหรี่ หรือเคี้ยวหมากเป็นประจำ นานๆ เป็นต้น

1.2.1.4 ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular System)

มักเริ่มอาการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่อายุประมาณ 40 ปี การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ทั้งหลอดเลือดและหัวใจ หัวใจมีขนาดใหญ่ขึ้น โดยเฉพาะบริเวณผนังหัวใจจะหนาขึ้น เนื่องจากมีไขมันเพิ่มในช่องว่างของทรวงอก กล้ามเนื้อหัวใจมีแคลเซียมมาเกาะ ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ ลิ้นหัวใจจะแข็งตัวเนื่องจากมีเนื้อเยื่อพังผืดเพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อชนิดยืดหยุ่นของหลอดเลือด รวมทั้งมีการสะสมของไขมันและแคลเซียม มีโคเลสเตอรอลเข้าไปแทรกในผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว ผนังหลอดเลือดขรุขระและตีบลง ความยืดหยุ่นเสียไป เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง ซึ่งจะพบมากบริเวณสมอง หัวใจและไตทำให้อวัยวะเหล่านี้ทำงานลดลง การเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดดังกล่าว นอกจากจะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุแล้ว ผู้สูงอายุอาจมีภาวะความดันโลหิตต่ำได้ ขณะเปลี่ยนท่าทาง (Postural hypotension) เนื่องจากการตอบสนองของตัวรับการกระตุ้นต่อการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตในผู้สูงอายุลดลง ทำให้มีอาการหน้ามืด เป็นลมง่าย

1.2.1.5 ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory System)

สมรรถภาพการทำงาน ของปอดลดลง เนื้อที่ของถุงลมปอดและความจุของปอดลดลง เนื่องจากกำลังของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าออกลดลง ทำให้ความยืดหยุ่นของทรวงอกลดลง การขยายของผนังทรวงอกถูกจำกัด จึงใช้แต่กระบังช่วยในการหายใจ ทำให้การหายใจลำบากโดยเฉพาะการหายใจออกเหมือนนอนราบจะรู้สึกหายใจไม่สะดวก ต้องหายใจทางปาก ประกอบกับจำนวนถุงลมลดลง ถุงลมที่เหลือมีขนาดใหญ่ขึ้นผนังถุงลมแตกง่าย การไหลเวียนโลหิตในหลอดเลือดฝอยที่ถุงลม และการกำซาบของเลือดลดลง การซึมซาบของก๊าซผ่านถุงลมและหลอดเลือดฝอยลดลงเนื่องจากเนื้อที่ที่ใช้ในการซึมซาบลดลง ผนังหลอดเลือดฝอยหนา

และแข็งตัวมากขึ้น รีเฟล็กซ์การไหลลดลง ประสิทธิภาพการไหลลดลง การทำงานของขนกวัดตลอดทาง
 เดินหายใจลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในทางเดินหายใจไม่ดี เกิดการติดเชื้อในทาง
 เดินหายใจได้ง่าย อาจมีหลอดลมอักเสบเรื้อรังและถุงลมโป่งพองด้วย

1.2.1.6 ระบบทางเดินอาหาร (Digestive System)

การย่อยอาหารและความอยากอาหารลดลง เนื่องจากความสามารถในการ
 รับประทานและรสลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของเหงือกและฟัน ผู้สูง
 อายุมักไม่มีฟันหรือใช้ฟันปลอม ทำให้เคี้ยวอาหารไม่ได้ หรือไม่สะดวก ผู้สูงอายุจึงไม่ชอบรับ
 ประทานอาหารที่ต้องเคี้ยวมากๆ เช่น อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ อาหารที่บริโภคจึงไม่ถูกส่วน ผู้สูงอายุ
 มักขาดโปรตีน นอกจากนี้ น้ำย่อยและระดับกรดเกลือในกระเพาะอาหารที่ลดลง หลอดอาหาร เยื่อ
 ทางเดินอาหารเสื่อมสภาพ ตับอ่อนผลิตน้ำย่อยได้ลดลง ตับเสื่อมสภาพ ทำให้การดูดซึมแคลเซียม
 และธาตุเหล็กลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดโรคกระดูกผุและโลหิตจางได้ง่าย และนอกจากนี้ การเคลื่อนไหว
 ของอวัยวะในระบบทางเดินอาหารจะช้าลงทำให้ท้องผูก เวลาถ่ายอุจจาระต้องเบ่งมากขึ้น ทำให้
 ระยะหลังเกิดเป็นริดสีดวงทวาร การรับประทานอาหารที่มีกากน้อย ขาดการบริหารร่างกายหรือไม่ฝึก
 นิสสัยในการขับถ่ายในระยะก่อนเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการเกิดอาการท้องผูกได้
 เช่นกัน อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุอาจมีการถ่ายอุจจาระกระปริบกระปรอยได้ เนื่องจากมีการหย่อนตัว
 ของกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกของทวารหนัก

1.2.1.7 ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine System)

ในผู้สูงอายุต่อมใต้สมองมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและทำงานลดลง เป็นผล
 ทำให้ต่อมไร้ท่ออื่นๆ ซึ่งถูกควบคุมโดยฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองผลิตฮอร์โมนลดลงตามไปด้วย ผู้สูง
 อายุจึงมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ขนรักแร้และหัวเหน่าร่วง อวัยวะเพศเหี่ยวและมี
 ขนาดเล็กลง ตับอ่อนหลังอินซูลินน้อยลงการนำน้ำตาลไปใช้ประโยชน์จึงมีน้อยทำให้ผู้สูงอายุอาจ
 เป็นโรคเบาหวานอย่างอ่อนๆ ได้ หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานได้ง่าย ต่อมหมวกไตทำงานลดลง
 การขับคอร์ติโคสเตอรอยด์ทางปัสสาวะลดลง ทำให้มีการสูญเสียโซเดียมออกไปกับปัสสาวะมากขึ้น
 และต่อมเพศทำงานลดลง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่างและโครงสร้างอวัยวะสืบพันธุ์และ
 อวัยวะที่เกี่ยวข้อง

1.2.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological change)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ในผู้สูงอายุนี้ ส่วนหนึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ทำให้สภาพจิตใจของผู้สูงอายุหดหู่ วิตกกังวล ซึมเศร้า และขาดความกระตือรือร้น เป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคล การปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่างๆ รวมทั้งทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุจะมีการเจ็บป่วยบ่อย หากมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีด้วยแล้ว ก็ยิ่งจะทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอีกด้วย โซโลมอน (Solomon) กล่าวว่า การเกิดความเจ็บป่วย หรือความเสื่อมของร่างกาย และการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น บุตรหลาน คู่สมรส เพื่อน เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ สุรกุล เจนอบรม⁽¹⁰⁾ ได้กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการสูญเสียในด้านต่างๆ ประกอบด้วย

1.2.2.1 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เนื่องจากเพื่อน บุคคลที่เป็นญาติสนิท หรือคู่ชีวิตต้องตายจาก หรือแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รักก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย

1.2.2.2 การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากต้องออกจากการทำงานขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลง เนื่องจากหมดภาระติดต่อทางด้านธุรกิจ การงาน หรือหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่ง ไร้คุณค่าไม่มีความหมายในชีวิต นอกจากนี้ยังมีผลทำให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อนขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคม และขณะเดียวกัน ทำให้ขาดรายได้หรือรายได้ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

1.2.2.3 การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว ในวัยสูงอายุนุตรธิดามักจะมีครอบครัวของตนเองโดยเฉพาะลักษณะสังคมในปัจจุบันที่ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนลดลง บทบาทด้านการให้คำปรึกษาดูแลและสั่งสอนจึงน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว เกิดความว้าเหว และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง

1.2.2.4 การที่ไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศ นับเป็นการสูญเสียทางจิตใจที่สำคัญ ทั้งนี้เพราะ การเปลี่ยนแปลงทางสรีระเคมีของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศได้ ทั้งๆ ที่ยังมีความต้องการทางเพศอยู่ โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศชาย นอกจากนี้เหตุผลทางสังคม วัฒนธรรม โดยเฉพาะเจตคติของสังคม ที่มีต่อเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุ ว่าเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสม นับเป็นสิ่งที่ขัดขวางความต้องการทางเพศ และมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุเกิดความกังวล และมีความหวั่นไหวต่อความมั่นคงในชีวิต

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจในผู้สูงอายุไม่สามารถแยกออกจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคมได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาและสังคม

สิ่งที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจในผู้สูงอายุมีองค์ประกอบ 2 ประการ คือ สิ่งแวดล้อมภายนอกและภายในร่างกาย (Environmental or extrinsic factor, inextrinsic factor) ^(32,33)

1. สิ่งแวดล้อมหรือปัจจัยภายนอกในร่างกาย ได้แก่

1.1 การสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รัก เช่น การสูญเสียคู่สมรส การสูญเสียบุตรหรือบุตรแยกไปอยู่ต่างหาก ทำให้เกิดความว่าเหว รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ไร้ความหมาย ไม่รู้จะหันหน้าไปพึ่งใคร ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า

1.2 การสูญเสียปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสูญเสียบทบาท, การปลดเกษียณจากการทำงานต่างๆ ผู้สูงอายุบางคนยังมีร่างกายและจิตใจที่แข็งแรงพอจะทำงานได้ ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจ ความรู้สึกมีค่าของตนเองลดลง สูญเสียรายได้ ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม ถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการเหลียวแลจากเพื่อนญาติมิตรอย่างใกล้ชิดเหมือนแต่ก่อน

2. ปัจจัยภายในร่างกายเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายในระบบต่างๆ กล่าวข้างต้น ทำให้เกิดโรคทางกายได้ง่าย เช่น โรคหัวใจ โรคข้อ ความจำเสื่อม สูญเสียการได้ยิน ตา มองไม่เห็น เป็นต้น

ปัจจัยที่กล่าวมานี้ทำให้ผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงจิตใจ ทำให้วิตกกังวล กลัวขาดความมั่นใจและความปลอดภัยต่างๆ ผู้สูงอายุมักจะชดเชยด้วยการ สะสมข้าวของ การย้ำทำ การชอบบ่น อารมณ์ไม่คงที่ โกรธง่ายแต่บางรายใจดี ทั้งนี้อยู่กับสภาพแวดล้อมสังคมและประสบการณ์ที่ผ่านมา

1.2.3 การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social change)

ในวัยสูงอายุการปฏิสัมพันธ์กับสังคมจะเริ่มลดลง ทั้งนี้จากภาระหน้าที่และบทบาทในสังคมที่ลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัวจนก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายและจิตใจตามมา กุลยา ตันติผลาชีวะ⁽²⁵⁾ ได้กล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุดังนี้

1.2.3.1 การเปลี่ยนรูปแบบของสังคมในอดีตครอบครัวไทยเป็นครอบครัวใหญ่ มีผู้สูงอายุเป็นผู้นำ ผู้ให้ความรู้ ผู้ถ่ายทอดวิชาการและสนับสนุนพัฒนาความก้าวหน้าให้แก่บุตรหลานและอยู่ในฐานะที่ควรเคารพบูชา ยอมรับนับถือ แต่ในปัจจุบันสังคมไทยเปลี่ยนไป ในลักษณะสังคมอุตสาหกรรมที่มีการแข่งขันมองเห็นประโยชน์ของตนเอง การพึ่งพาอาศัยลดลง การรับรู้ของชนรุ่นใหม่ส่วนใหญ่ได้มาจากภายนอก ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสำคัญ ขาดการยอมรับและการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ผู้สูงอายุต้องพบกับความโดดเดี่ยว รู้สึกถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่งทางใจ

1.2.3.2 การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงานตลอดจนบทบาทในครอบครัวเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุเคยเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งมีหน้าที่ให้การดูแล และหาเลี้ยงครอบครัว ต้องกลายมาเป็นผู้พึ่งพาอาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี มีความรู้สึกที่ตนเองหมดความสำคัญ ปัจจัยเหล่านี้ ก่อให้เกิดความรู้สึกที่ต่ำกว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม

1.2.3.3 ความคับข้องใจทางสังคมการปลดเกษียณ และการที่บุตรหลานหรือสังคมต่างหวังดีที่จะให้ผู้สูงอายุหยุดรับผิดชอบในภารกิจต่างๆ ที่เคยปฏิบัติทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก มีความรู้สึกน้อยใจและเสียใจ ทั้งนี้เพราะการเป็นผู้สูงอายุมิได้หมายความว่า เป็นผู้ขาดสมรรถภาพการทำงาน แต่การมีอายุกลับทำให้คนเรารู้สึกต้องการการยอมรับมากขึ้น นอกจากนี้ การเกษียณอายุหรือยุติการทำงาน อาจมีความหมายที่ดีสำหรับผู้สูงอายุบางกลุ่ม เช่น ผู้ที่มีความเบื่อหน่ายการทำงาน ต้องทำงานเพราะฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวไม่ดี หรือทนทำงานเพื่อรอบำเหน็จ บำนาญ เกษียณอายุ หรือยุติการทำงานแล้วผู้สูงอายุเหล่านี้มักพอใจ

1.2.3.4 การลดความสัมพันธ์กับชุมชนบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนแปลงไป หน้าที่ความรับผิดชอบ และงานที่ต้องใช้ความคิดความขบขันจะลดลง การยอมรับพิจารณาอบหมายงานของชุมชนจะน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่มไม่กล้าแสดงออก ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยลดลง ต้องเปลี่ยนไปสู่สภาพสังคมกลุ่มใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในชุมชนมาก่อนเกิดความเครียดสูง

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับผู้สูงอายุปกติ ซึ่งผู้สูงอายุจะสามารถจัดการปรับตัวต่อสิ่งที่เกิดขึ้นได้ เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.3 ทฤษฎีภาวะผู้สูงอายุ

การศึกษาภาวะผู้สูงอายุ ได้มีทฤษฎีต่างๆ เสนอแนวความคิด และทฤษฎีที่อธิบายปรากฏการณ์ของภาวะผู้สูงอายุในลักษณะของเนื้อหาสาระที่แตกต่างกันไป ทั้งในระดับจุลภาคและมหภาค อย่างไรก็ตามทฤษฎีต่างๆ ที่จะกล่าวต่อไปนี้ยังไม่มีทฤษฎีหนึ่งทฤษฎีใดโดยเฉพาะที่สามารถอธิบายภาวะผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งทางด้านสรีระ จิตใจ และสังคม

เนื่องจากเรื่องราวเกี่ยวกับผู้สูงอายุกำลังเป็นที่สนใจกันอย่างกว้างขวางตามจำนวนผู้สูงอายุที่ทวีเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นจึงมีการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในด้านต่างๆ จนเกิดเป็นศาสตร์ใหม่ขึ้นเรียกว่า “พหุฒาวิทยา” โดยได้แบ่งการศึกษาออกไปหลายสาขา เช่น นักชีววิทยาจะศึกษา

เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพของเซลล์ภายในร่างกาย นักสังคมนิยมมุ่งศึกษาความสัมพันธ์และ วัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ วงการแพทย์และสาธารณสุขสนใจศึกษาเรื่องสุขภาพ การเจ็บป่วย และการป้องกันโรค เป็นต้น จากการศึกษาผู้สูงอายุตามสาขาต่างๆ นี้ทำให้เกิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุขึ้นหลายทฤษฎีตามสาขาของการศึกษาซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นทฤษฎีใหญ่ๆ ได้ 5 กลุ่ม ได้แก่

1.3.1 ทฤษฎีทางด้านชีววิทยา (Biological Theory)

ทฤษฎีภาวะสูงอายุทางด้านชีววิทยา เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบาย สาเหตุของความชราเชิง ชีววิทยา⁽³⁴⁾ ดังนี้

1.3.1.1 ทฤษฎีพันธุศาสตร์ (Genetic Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า คนชราเกิดขึ้นตาม พันธุกรรม มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง อวัยวะบางส่วนของร่างกายคล้ายคลึงกันหลายชั่วอายุ และ ลักษณะนั้นแสดงออกเมื่ออายุมากขึ้น เช่น ผมหงอก ศีรษะล้าน และเดินหลังค่อม

1.3.1.2 ทฤษฎีเนื้อเยื่อ (Collagen Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า สารที่เป็นส่วนประกอบ ของเนื้อเยื่อกระดูกเพิ่มมากขึ้น และมีการจับตัวกันมากขึ้นทำให้ Collagen fiber หดสั้นเข้าเมื่อถึงวัย สูงอายุ ทำให้ปรากฏรอยย่นมากขึ้น และตั้งอยู่ตรงบริเวณกระดูก ข้อต่อซึ่งจะมองเห็นปมกระดูกชัดเจน

1.3.1.3 ทฤษฎีทำลายตนเอง (Auto Immune Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความชราเกิด จากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลง พร้อมๆ กับมีการสร้างภูมิคุ้มกันทำลายตนเองมากขึ้น ดังนั้น การสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลงจะทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมได้ไม่ดี ทำให้เกิด ความเจ็บป่วยได้ง่าย และเมื่อเกิดขึ้นแล้วก็จะรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิตได้

1.3.1.4 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Catastrophe Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่อ บุคคลมีอายุมากขึ้น จะค่อยๆ เกิดความผิดพลาด และความผิดพลาดนี้จะเพิ่มมากขึ้นจนถึงที่ทำให้ เซลล์ต่างๆ ของร่างกายเสื่อมและหมดอายุลง

1.3.1.5 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ภายในร่างกายมนุษย์และสิ่งมีชีวิตทั้งหลาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมที่มีเรดิคัลอย่างอิสระอยู่มากมายตลอดเวลา เรดิคัลเหล่านี้จะทำให้ยื่นเกิดความผิดปกติ และทำให้คอลลาเจนและอีลาสติน ซึ่งเป็นโปรตีนองค์ประกอบของเนื้อเยื่อยึดเหนี่ยวเกิดขึ้นมาก จนทำให้เสียความยืดหยุ่นไป

1.3.2 ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคม

ทฤษฎีภาวะสูงอายุทางด้านจิตวิทยาสังคม เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงจิตวิทยาสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งได้มีนักชราภาพวิทยาสังคมได้เสนอเป็นแนวความคิดและทฤษฎีหลายทฤษฎี⁽³⁴⁾ ดังนี้

1.3.2.1 ทฤษฎีการถดถอย (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ค่อยๆ ถดถอยออกจากสังคม ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและในกลุ่มคนวัยอื่นๆ ด้วยเพื่อเป็นการลดภาวะกดดันทางสังคมบางประการ

1.3.2.2 ทฤษฎีการทำกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งได้จากการมีกิจกรรมและการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ทำให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และมีความรู้สึกว่าเป็นประโยชน์ต่อสังคม

1.3.2.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขได้ก็เมื่อได้กระทำกิจกรรมหรือปฏิบัติตัวเช่นที่เคยกระทำมาก่อน บุคคลใดคุ้นเคยกับการอยู่ร่วมกับคนหมู่มากก็กระทำต่อไป บุคคลใดพอใจชีวิตที่อยู่อย่างสงบ สันโดษ ก็อาจแยกตนเองออกมาอยู่ตามลำพัง ทฤษฎีนี้ได้กล่าวถึงพฤติกรรมของผู้สูงอายุอย่างกว้างๆ ว่าจะต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงมากมายที่เกิดขึ้นในสังคม เช่น การตายของสามีหรือภรรยา การเกษียณอายุ และรายได้ที่ลดลง เป็นต้น

1.3.2.4 ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการพัฒนาด้านจิตวิทยาสังคมของผู้สูงอายุนั้น เป็นช่วงชีวิตที่ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า มั่นคง หรือท้อแท้หมดหวัง สำหรับบุคคลที่มีความรู้สึกที่ชีวิตนั้นมีคุณค่าถ้ามีความมั่นคง ก็จะมีความรู้สึกพึงพอใจในผลของความสำเร็จจากช่วงชีวิตที่ผ่านมา และเกิดความรู้สึกสุขสงบทางใจ และสามารถยอมรับได้ในเรื่องความตายว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุที่ไม่ยอมรับ ก็มีความรู้สึกว่าตนนั้นมีโอกาสเล็กน้อย และไม่ต้องการให้มีชีวิตยืดยาวต่อไปอีก เกิดความท้อถอย สิ้นหวัง คับข้องใจ รู้สึกว่าตนนั้นไม่มีคุณค่า และความสามารถที่จะเผชิญกับภาวะสูงอายุลดน้อยลงด้วย

1.3.2.5 ทฤษฎีพัฒนาของเพค (Peck's Development Theory) ทฤษฎีนี้ เชื่อว่าผู้สูงอายุวัยต้น (55-75 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (75 ปีขึ้นไป) มีความแตกต่างกันทั้งลักษณะนิสัยและการปฏิสัมพันธ์ ทางด้านจิตวิทยาสังคม เขามีความเชื่อว่าผู้สูงอายุมีการพัฒนาการ 3 ประการ คือ

1. ความในการแยกความแตกต่างของตนกับบทบาทในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ความภูมิใจตนเอง และความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ขึ้นอยู่กับบทบาทของหน้าที่การงาน ในทางตรงกันข้ามเมื่อเกษียณอายุ บางคนจะมีความรู้สึกว่าไร้คุณค่า แต่ถ้าความรู้สึกภาคภูมิใจและมีความมีคุณค่าของงานไม่ได้มาจากตำแหน่งหน้าที่ที่เคยทำหลังเกษียณอายุ ความรู้สึกนั้นก็ยังคงมีอยู่ เช่น ผู้สูงอายุที่ชอบปลูกต้นไม้ ก็จะพึงพอใจหลังเกษียณอายุที่จะได้ทำสิ่งที่ต้องการแทนงานอาชีพที่เคยทำเป็นประจำ

2. ความสามารถทางร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ ถ้าผู้สูงอายุนึกถึงสภาพร่างกายยังมีความแข็งแรง จะทำให้ผู้สูงอายุยอมรับความสามารถทางร่างกายที่ลดลง และพยายามปรับตัวให้เหมาะสม ชีวิตก็มีความสุข แต่ถ้าผู้สูงอายุนึกถึงความถดถอยของร่างกาย ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและความพอใจลดน้อยลง

3. การยอมรับว่าร่างกายของตนเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติกับสภาพร่างกายก่อนสูงอายุ การยอมรับร่างกายตามธรรมชาตินี้ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับความตายโดยไม่รู้สึกหวาดกลัว การยอมรับนี้รวมไปถึงกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับความตายด้วย ในทางตรงกันข้ามคนที่ยึดติดกับสภาพร่างกายขณะที่อยู่ในวัยที่อายุน้อยกว่า ก็พยายามยืดชีวิตไว้ให้ยาวนานที่สุด โดยไม่พึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ มีความหวาดกลัวกับความตาย

1.3.3 ทฤษฎีการจัดระเบียบทางสังคม (Social Organization Theory)

ทฤษฎีการจัดระเบียบทางสังคม (Social Organization Theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับสมาชิกของสังคม ไม่ว่าจะเป็นเด็ก ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่อยู่ในสังคมกันอย่างมีระเบียบตามที่สังคมคาดหวังไว้ ทฤษฎีการจัดระเบียบสังคมที่อธิบายผู้สูงอายุในฐานะเป็นสมาชิกคนหนึ่งของสังคม⁽³⁵⁾

การจัดระเบียบทางสังคม เป็นแนวคิดที่ใช้ร่วมกันกับโครงสร้างทางสังคมจะต่างกันเฉพาะในเรื่องเป้าหมายของแนวความคิด กล่าวคือ ถ้าพิจารณาการจัดระเบียบทางสังคม นักสังคมวิทยามักจะศึกษาเรื่องการจัดระเบียบ (orders) ซึ่งเป็นเรื่องของสังคมที่มีวิธีการจัดการเพื่อให้สมาชิกรวมกัน และให้ปฏิบัติกันเป็นระยะเวลานาน จนทำให้สมาชิกรวมกันเป็นกลุ่มและเป็นสังคมขึ้นได้ ในขณะที่การศึกษาโครงสร้างทางสังคมนั้น นักสังคมวิทยามักจะศึกษาองค์ประกอบต่างๆ (elements) ซึ่งมีประโยชน์หรือภาระหน้าที่ต่างๆ (functions) ที่สำคัญที่ทำให้สมาชิกในสังคมยอมรับและปฏิบัติเป็นระยะเวลานาน จนทำให้สมาชิกรวมกันเป็นกลุ่มและเป็นสังคมขึ้น ดังนั้นแนวความคิดพื้นฐานที่จะกล่าวต่อไปนี้มีความเกี่ยวข้องกับการจัดระเบียบทางสังคมและโครงสร้างทางสังคมทั้งนั้น ดังต่อไปนี้

1.3.3.1 สถานภาพและบทบาท

หน่วยสังคมที่เล็กที่สุดในการจัดระเบียบทางสังคมก็คือ สถานภาพและบทบาท สถานภาพ หมายถึง ตำแหน่ง (position) ที่บุคคลครองอยู่ ตำแหน่งต่างๆ ที่แต่ละบุคคลครองอยู่ถือได้ว่าเป็นชุดของสถานภาพ (status set) เช่น ผู้สูงอายุ ก. มีชุดของสถานภาพที่ประกอบด้วย การมีสามี ตา พ่อ เกษตรกรผู้อาวุโส ฯลฯ ส่วนบทบาท หมายถึง หน้าที่ที่บุคคลได้แสดงออกมาตามสถานภาพของตน บทบาทแยกได้เป็นบทบาทคาดหวังจากสังคม และบทบาทที่แสดงจริง ทั้งสถานภาพและบทบาทมีความสำคัญต่อการจัดระเบียบทางสังคมก็เพราะสังคมได้กำหนดว่า บุคคลใดในสังคมควรมีบทบาทอย่างไรบ้าง

1.3.3.2 ค่านิยมทางสังคม (social value)

ค่านิยมก็มีความสำคัญต่อการจัดระเบียบทางสังคมในด้านที่สมาชิกในสังคมประพฤติปฏิบัติตามที่ตนปรารถนา เป็นเครื่องชี้และแสดงลักษณะความประพฤติของคนในสังคม สมาชิกของสังคม จะมีลักษณะค่านิยมคล้ายๆ กัน ซึ่งเป็นทางหนึ่งที่จะช่วยให้สังคมจัดระเบียบและอยู่ร่วมกัน ไพทูลย์ เครือแก้ว ณ ลำพูน⁽³⁶⁾ ได้ให้ความหมายค่านิยมว่า “สิ่ง” ที่คนสนใจ สิ่งที่ปรารถนาจะได้ ปรารถนาจะเป็น หรือกลับกลายมาเป็น สิ่งที่คนถือว่าเป็นสิ่งบังคับต้องทำ ต้องปฏิบัติ เป็นสิ่งที่คน “บูชา” ยกย่อง และมีความสุขที่จะได้เห็น ได้ฟัง ได้เป็นเจ้าของ ค่านิยมของสังคมจึงเป็นวิถีของการจัดรูปความประพฤติที่มีความหมายต่อบุคคล และเป็นแบบฉบับความคิดที่ฝังแน่นสำหรับยึดถือในการปฏิบัติของคนในสังคม นอกจากนี้นักสังคมศาสตร์ได้ให้ความหมายของค่านิยมต่างๆ กัน แต่พอจะสรุปได้ว่าค่านิยมเป็นเกณฑ์ในการเลือกพฤติกรรมที่จะทำ เป็นเกณฑ์ในใจที่จะใช้ตัดสินในการเลือกกำหนดการกระทำ และเป็นความเชื่ออย่างหนึ่งที่เป็นสิ่งที่ปรารถนาหรือสิ่งที่ดี เช่น ค่านิยมที่มีต่อผู้สูงอายุ ได้แก่ ค่านิยมความกตัญญู และค่านิยมเคารพผู้อาวุโส เป็นต้น ดังนั้นค่านิยมทางสังคมอาจจะหมายถึงสิ่งที่สมาชิกในสังคมส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นสิ่งที่มีค่าควรแก่การกระทำและเป็นสิ่งที่คอยควบคุมพฤติกรรม ซึ่งเป็นการจัดระเบียบทางสังคมตามที่สังคมยกย่องว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องในภาวะการณ์ต่างๆ

1.3.3.3 บรรทัดฐานทางสังคม (social norm)

บรรทัดฐานทางสังคมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสมาชิกในสังคมเพื่อให้สังคมได้มีการจัดระเบียบ และมีมาตรการที่สังคมยอมรับเป็นหลักในการพิจารณาลงโทษบุคคลที่ฝ่าฝืน บรรทัดฐานทางสังคมนั้นเป็นลักษณะของวัฒนธรรมที่มนุษย์สร้างขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดว่าบุคคลควรมีความประพฤติที่แตกต่างกันไป เช่น ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ประพฤติปฏิบัติดี เป็นที่ยอมรับของสังคม สังคมจึงได้กำหนดบรรทัดฐานหรือแนวทางที่สมาชิกในสังคมได้ประพฤติปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ สังคมได้สร้างบรรทัดฐานไว้ 3 ประการ คือ

1. วิถีประชา (folkways) เป็นลักษณะของพฤติกรรมมนุษย์ที่ได้รับการอบรมขัดเกลาจากสมาชิกรุ่นก่อนๆ นำมาปฏิบัติจนเคยชินเป็นนิสัย เช่น การยกมือไหว้ ทำอย่างอัตโนมัติต่อผู้สูงอายุ

2. จารีต (mores) มีลักษณะคล้ายกับวิถีประชา ที่บุคคลมีความประพฤติ มาหลายชั่วรุ่นอายุตลอดจนมีความสลับซับซ้อน มีขั้นตอน มีพิธีรีตองมากขึ้น ตลอดจนมีข้อห้าม ต่างๆ ด้วย เช่น การเลี้ยงดูผู้สูงอายุ และทำบุญอุทิศส่วนกุศลเมื่อถึงแก่กรรม

3. กฎหมาย (laws) เป็นแนวทางในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล อะไร ควรละเว้น และอะไรต้องทำ ซึ่งได้กำหนดเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น กฎหมายมรดกที่ผู้สูงอายุจะ มอบให้แก่บุตรธิดาที่เลี้ยงดูตน

การจัดระเบียบทางสังคมจึงจำเป็นต้องมีบรรทัดฐานในระดับต่างๆ กัน ใช้ เป็นเครื่องพิจารณาผู้ที่ฝ่าฝืนระเบียบทางสังคมเพราะฉะนั้นบรรทัดฐานจึงเป็นกฎหมายทางสังคมซึ่ง มีระดับดีกรีของการบังคับหรือลงโทษแตกต่างกัน

1.3.3.4 การจัดลำดับช่วงชั้นทางสังคม (social stratification)

เมื่อพิจารณาการจัดลำดับช่วงชั้นทางสังคมก็คือ การศึกษาการจัดระเบียบ ทางสังคมอย่างหนึ่ง ทั้งนี้เนื่องจากว่าสังคมได้มีการจัดลำดับช่วงชั้นทางสังคมให้สมาชิกได้ยึดถือ ปฏิบัติกันสืบมา สิ่งที่เห็นความแตกต่างของการจัดลำดับช่วงชั้นก็คือ สถานภาพที่สูงและที่ต่ำกว่ากัน ซึ่งมีอยู่ 3 ประเภทด้วยกัน คือ

1. ระบบวรรณะ (caste system) ซึ่งพบในสังคมอินเดีย สมาชิกที่เกิดมา จะต้องอยู่ในวรรณะนั้นตั้งแต่เกิดจนตาย การจัดระเบียบก็เกิดขึ้นได้เอง เพราะทุกคนยอมปฏิบัติตาม ระบบวรรณะ

2. ระบบฐานันดร (estate system) ระบบที่เข้มงวดน้อยกว่าระบบวรรณะ เป็นระบบที่พบกันในยุโรป เน้นที่สถานภาพของบุคคลที่มีกรรมสิทธิ์ในที่ดิน ฐานันดรที่พบได้แก่ ขุนนาง นักบวช พ่อค้า และสามัญชน

3. ระบบชนชั้น (class system) ระบบที่เปิดโอกาสให้คนมีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพ โดยอาศัยความสามารถอย่างเต็มที่ แบ่งได้เป็น 3 ชั้น คือ ชนชั้นสูง ชนชั้น กลาง และชนชั้นต่ำ โดยปกติการกำหนดว่าบุคคลจะอยู่ในชนชั้นใดนั้นพิจารณาจากอาชีพ ระดับ

การศึกษา สถานภาพทางเศรษฐกิจ สถานภาพทางสังคม ฯลฯ สำหรับผู้สูงอายุนั้น บางครั้งนักวิชาการได้จัดให้เป็นชนชั้นทางสังคมหนึ่งด้วยและมีความแตกต่างระหว่างชนชั้นของผู้สูงอายุด้วย

1.3.3.5 สถาบันทางสังคม (social institutions)

การที่มนุษย์มาอยู่รวมกันเป็นสังคมขึ้นนั้น มนุษย์ต้องการการอยู่รวมกันอย่างสงบสุข ทำให้สังคมต้องกำหนดพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่มว่าควรเป็นอย่างไร เช่น สมาชิกควรจะมีสถานภาพและบทบาทอย่างไร ควรจะมีความสัมพันธ์กันอย่างไร ควรจะมีระเบียบหรือกฎเกณฑ์ปฏิบัติอย่างไร เป็นต้น เราเรียก “ระเบียบหรือแนวทางปฏิบัติที่สังคมกำหนดขึ้นเพื่อสนองความต้องการของสมาชิกและสมาชิกได้ยอมรับปฏิบัติกันมาเป็นระยะเวลานาน ทำให้สังคมมีความเป็นระเบียบและอยู่รอดได้” ว่า “สถาบันทางสังคม” จะเห็นได้ว่าสถาบันทางสังคมมีความจำเป็นสำหรับสังคมเพื่อทำหน้าที่ตอบสนองความต้องการของสมาชิกในสังคม ไม่ว่าจะเป็น เด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ตลอดจนควบคุมพฤติกรรมของสมาชิกด้วย เพื่อให้สังคมมีระเบียบและดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด อย่างน้อยเราสามารถพิจารณาองค์ประกอบได้ 4 อย่าง คือ

1. สถาบันทางสังคมจะต้องกำหนดหน้าที่ของสถาบันนั้นอย่างชัดเจน เช่น สถาบันครอบครัวได้ทำหน้าที่ในการผลิตสมาชิก อบรมขัดเกลาสมาชิก ผลิตอาหาร และการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ เป็นต้น
2. สถาบันทางสังคมจะต้องกำหนดแบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกในสถาบันนั้นได้ปฏิบัติ เช่น สถาบันครอบครัวก็มีแบบแผนพฤติกรรมในด้านการสมรส ระบบเครือญาติ และระบบความกตัญญู เป็นต้น
3. สถาบันของสังคมจะมีบุคคลต่างๆ เป็นคนดำเนินงานของสถาบันนั้น เช่น สถาบันครอบครัวจะมีปู่ ย่า พ่อ แม่ และบุตร หรือ ตา ยาย พ่อ แม่ และบุตร
4. สถาบันทางสังคมจะต้องมีศูนย์ดำเนินการในลักษณะของวัตถุ เช่น สถาบันครอบครัว ได้แก่ บ้าน

ดังนั้นแนวความคิดการจัดระเบียบทางสังคมดังกล่าว เมื่อนำมาศึกษาภาวะสูงอายุนั้นจะต้องพิจารณาถึงผู้สูงอายุที่มีสถานภาพ บทบาท ค่านิยม บรรทัดฐาน การจัดลำดับช่วงชั้น และการเป็นสถาบันในปัจจุบัน

1.3.4 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

แนวความคิดเกี่ยวกับสังคมอีกแนวความคิดหนึ่ง ซึ่งก็ถือว่ามีค่าสำคัญและมีความหมายต่อสังคมมากก็คือ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทั้งนี้เนื่องจากการที่มนุษย์อยู่รวมกันเป็นสังคม แม้ว่าจะมีการจัดระเบียบทางสังคม และควบคุมทางสังคม สังคมจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงเป็นเรื่องธรรมดาของโลก ระเบียบกฎเกณฑ์บางอย่างอาจจะเหมาะสมกับสมาชิกกรุ่นปัจจุบัน แต่บางอย่างอาจไม่เหมาะสมกับสมาชิกกรุ่นปัจจุบัน เหมือนบางอย่างเป็นที่ยอมรับของผู้สูงอายุ และบางอย่างผู้สูงอายุไม่ยอมรับ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นตลอดเวลา ในปัจจุบันสังคมต่างๆ ได้มีการติดต่อสื่อสารถึงกัน เพราะความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและวิทยาศาสตร์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความสัมพันธ์และการกระทำระหว่างกันทั่วโลก นอกจากนี้ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ย่อมจะมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ และการปรับตัวของผู้สูงอายุในสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันและอนาคตด้วย

โรเจอร์ส (Roger)⁽³⁷⁾ กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคม คือ “กระบวนการซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในโครงสร้างและหน้าที่ของระบบสังคม” การเปลี่ยนแปลงนั้นต้องเปรียบเทียบความแตกต่างจากระยะเวลาหนึ่ง เปลี่ยนแปลงไปอีกระยะเวลาหนึ่ง (over some periods of time) ฉะนั้นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมก็คือการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางสังคม แต่อาจจะเปลี่ยนแปลงบางส่วนในสังคม เช่น พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลาน เปลี่ยนแปลงไปในบางครั้งเรือนในหมู่บ้าน นอกจากนี้มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมซึ่งไม่มีความจำเป็นที่จะต้องเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ ได้แก่ เครื่องแต่งกาย เนื้อหา แต่ความสัมพันธ์ทางสังคมยังคงเดิม ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมจะมีลักษณะที่เป็นการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและหน้าที่ในระบบสังคม หรือการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้กระบวนการของความสัมพันธ์และการกระทำระหว่างกันเปลี่ยนไป

ลักษณะของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมสามารถมองได้หลายประเด็น ซึ่งสามารถนำไปศึกษาผู้สูงอายุได้ กล่าวคือ

1.3.4.1 จำนวนของการเปลี่ยนแปลง (amount of a change) เน้นที่ความสำคัญของ

การเปลี่ยนแปลงนั้นสำคัญมากหรือน้อย และดูว่ามีปริมาณการเปลี่ยนแปลงมากหรือน้อย เป็นการวัดจากผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

1.3.4.2 ระยะเวลาของการเปลี่ยนแปลง (duration of s change) เน้นที่ระยะเวลาว่าใช้เวลาในการเปลี่ยนแปลงไปอย่างช้าๆ หรือฉับพลัน กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงที่ใช้เวลามากจะแตกต่างกับการเปลี่ยนแปลงโดยฉับพลัน

1.3.5 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงต่างวัฒนธรรม

คาวกิล (Cowgill)⁽³⁸⁾ ได้เสนอทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะผู้สูงอายุเชิงแนวคิดทฤษฎีต่างวัฒนธรรม (Cross-Culture Perspective) ในท่ามกลางของสังคมที่เปลี่ยนไปสู่ความทันสมัย (modernization) ได้พบปรากฏการณ์ทางสังคมเกี่ยวกับภาวะผู้สูงอายุที่มีทั้งเป็นสากล (universals) และผันแปร (variations) ไปตามแต่ละสังคมและวัฒนธรรม กล่าวคือ

1.3.5.1 ปรากฏการณ์ทางสังคมที่เป็นสากลเกี่ยวกับภาวะผู้สูงอายุซึ่งสามารถพบเห็นและเป็นความจริงในทุกๆ สังคม ดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มน้อย (minority) ในสังคม
2. ผู้สูงอายุสตรีมีจำนวนมากกว่าบุรุษ
3. สตรีห้ายสูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีสัดส่วนสูงในสังคม
4. ผู้สูงอายุจะได้รับการปฏิบัติจากสังคมแตกต่างจากบุคคลอื่น
5. ผู้สูงอายุมักเป็นผู้มีบทบาทให้คำปรึกษา หรือควบคุมการดำเนินงานที่ไม่ใช่กำลัง และมักสนใจอยู่กับเรื่องของกลุ่มทางสังคมมากกว่าผลิตทางเศรษฐกิจ
6. ผู้สูงอายุมักจะมีบทบาทเป็นผู้นำทางการเมือง และกิจกรรมทางด้านพลเรือนอื่นๆ

7. จารีต (mores) เป็นตัวกำหนดความรับผิดชอบที่สำคัญระหว่างผู้สูงอายุและบุตร

8. สังคมเห็นคุณค่าของชีวิตและแสวงหามาตรการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ยืนนาน แม้จะเป็นชีวิตในวัยชราก็ตาม

1.3.5.2 ปรัชญาการณืทางสังคมที่เกี่ยวกับภาวะสูงอายุ ซึ่งอาจผันแปรไปตามแต่ละสังคมหรือชุมชนแตกต่างกันไป ท่ามกลางการเปลี่ยนไปสู่ความทันสมัย มีดังต่อไปนี้

1. ในสังคมดั้งเดิม (primitive societies) ผู้สูงอายุน้อยกว่าผู้สูงอายุในสังคมสมัยใหม่ (modern societies)

2. ในสังคมสมัยใหม่การเป็นผู้สูงอายุถูกกำหนดจากอายุเป็นประการสำคัญ แต่ในสังคมดั้งเดิมและสังคมแบบอื่นๆ ถูกกำหนดโดยปัจจัยอื่นๆ เช่น การเป็นปู่ ย่า ตา ยาย เป็นต้น

3. การมีชีวิตยืนยาว (longevity) มีความสัมพันธ์โดยตรงและอย่างมีนัยสำคัญกับระดับของการเปลี่ยนไปสู่ความทันสมัย

4. สังคมสมัยใหม่จะมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุมากกว่าสังคมแบบอื่นๆ

5. สังคมสมัยใหม่จะมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุสตรี โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีหม้ายสูงกว่าสังคมแบบอื่นๆ

6. สังคมสมัยใหม่จะมีสัดส่วนของประชากรผู้เป็นปู่ ย่า ตา ยาย หรือทวด มากกว่าสังคมแบบอื่นๆ

7. ผู้สูงอายุมีสถานภาพสูงในสังคมดั้งเดิม แต่มีสถานภาพต่ำกว่า และไม่แน่ชัดในสังคมสมัยใหม่

8. ในสังคมดั้งเดิมผู้สูงอายุมักจะดำรงตำแหน่งสำคัญทางการเมืองและเศรษฐกิจ แต่ในสังคมสมัยใหม่ผู้สูงอายุส่วนน้อยที่ได้ดำรงตำแหน่งดังกล่าว
9. ในสังคมดั้งเดิมที่มีการเคารพนับถือหรือบูชาบรรพบุรุษ ผู้สูงอายุจะมีสถานภาพสูง
10. หากประชากรผู้สูงอายุมีสัดส่วนน้อยเมื่อเทียบกับประชากรแล้ว ผู้สูงอายุจะมีสถานภาพสูง และสถานภาพต่ำลงเมื่อจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้น
11. เมื่อสังคมมีอัตราการเปลี่ยนแปลงสูงขึ้น สถานภาพของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงในระดับต่ำ ซึ่งจะเป็นแนวโน้มที่สูงขึ้น
12. ความมีเสถียรภาพในที่อยู่อาศัยทำให้ผู้สูงอายุมีสถานภาพสูงขึ้น แต่การไม่มีเสถียรภาพในที่อยู่อาศัย หรือการย้ายถิ่น มักจะทำให้สถานภาพของผู้สูงอายุต่ำลง
13. ในสังคมชนบทผู้สูงอายุมีสถานภาพสูงกว่าในสังคมเมือง
14. ในสังคมสมัยก่อนมีการศึกษาเล่าเรียน (preliterate societies) ผู้สูงอายุมักจะมีสถานภาพสูง แต่เมื่อระดับการศึกษาเล่าเรียนในสังคมสูงขึ้น สถานภาพมีแนวโน้มลดต่ำลง
15. ในสังคมที่ผู้สูงอายุสามารถทำหน้าที่ต่างๆ ที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่าต่อสังคม ผู้สูงอายุมักมีสถานภาพสูง แต่อย่างไรก็ดีข้อสรุปดังกล่าวยังขึ้นอยู่กับระบบค่านิยมของสังคมและกิจกรรมของผู้สูงอายุด้วย
16. การเกษียณอายุการทำงานเป็นปรากฏการณ์สมัยใหม่และส่วนใหญ่พบในสังคมสมัยใหม่ที่มีภาวะการผลิตสูง (modern high productivity societies)
17. ผู้สูงอายุมีสถานภาพสูงในสังคมที่มีครอบครัวแบบขยาย (extended family) และมีแนวโน้มของการมีสถานภาพต่ำลงในสังคม ซึ่งนิยมการมีครอบครัวเดี่ยว (nuclear family) และการแต่งงานแบบที่แยกอยู่ต่างหาก (neolocal marriage)

18. เมื่อสังคมทันสมัยขึ้นความรับผิดชอบในการจัดการบริการด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความต้องการพึ่งพา บริการดังกล่าวจะเปลี่ยนแปลงจากหน้าที่ของครอบครัวมาเป็นภาระหน้าที่ของรัฐ

19. ในสังคมที่เปลี่ยนไปสู่ความทันสมัย ผู้สูงอายุมักจะกลายเป็นผู้มรดกน้อยลง

20. ในสังคมดั้งเดิมบทบาทของสตรีห่ม่ายสูงอายุมักเป็นบทบาทสืบทอดกันมาอย่างชัดเจน (ascribed roles) แต่เมื่อสังคมทันสมัยขึ้นบทบาทเช่นนั้นจะมีความชัดเจนน้อยลง

21. ค่านิยมแบบปัจเจกบุคคลนิยม (individualistic value system) ตามแบบแผนของสังคมตะวันตก มักจะทำให้สถานภาพและเสถียรภาพของผู้สูงอายุลดน้อยลง

22. ในสังคมชนบท การถดถอยจากสังคมหรือการแยกตัวอยู่ตามลำพัง (disengagement) มิใช่ลักษณะสำคัญของผู้สูงอายุ แต่เมื่อสังคมมีระดับของการเป็นสังคมสมัยใหม่ขึ้น การแยกตัวอยู่ตามลำพังของผู้สูงอายุมักสูงขึ้น

2 แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องคุณภาพชีวิต

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต ได้มีการกล่าวถึงอย่างแพร่หลายและเป็นที่สนใจกันมานาน แต่ยังไม่สามารถสรุปออกมาเป็นทฤษฎีได้ว่าเป็นอย่างไร เนื่องจากเป็นแนวความคิดที่หลากหลายแตกต่างกันออกไปตามสภาวะทางด้าน อายุ เชื้อชาติ ศาสนา เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง การปกครอง เป็นต้น

ดังนั้นในความหมายของคุณภาพชีวิต จึงแตกต่างกันออกไปทั้งในเชิงระดับของการวัดและเนื้อหาที่จะวัด ในด้านระดับของการวัดอาจเป็นระดับบุคคล ชุมชน เมือง หรือประเทศ ส่วนด้านเนื้อหาที่จะวัดอาจจะแบ่งแยก หรือผสมผสานกันระหว่างความหมายของคุณภาพชีวิตในเชิงวัตถุวิสัย (objective) และเชิงจิตพิสัย (subjective) เข้าด้วยกัน ในเชิงวัตถุวิสัย

เช่น สภาวะร่างกาย สภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัย หรือรายได้ เป็นต้น ส่วนในเชิงจิตพิสัย เช่น การรับรู้ ความรู้สึก ทักษะคิด เป็นต้น

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าคุณภาพชีวิตไม่อาจที่จะกำหนดความหมายที่ใช้อธิบายเป็นมาตรฐานสากลได้ และไม่อาจสรุปได้ว่าความหมายใดถูกต้องที่สุด แต่ก็มีผู้ให้คำนิยามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่คล้ายคลึงและสอดคล้องกันเป็นส่วนใหญ่ ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (The WHOQOL Group)⁽⁶⁾ ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบบริการสวัสดิการต่างๆ ตลอดจนการเมืองและการปกครองของสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่

องค์การการศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO, 1978) อ้างจาก ชิดชัย สนั่นเสียง⁽³⁹⁾ ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงความรู้สึกของการอยู่อย่างพอใจต่อองค์ประกอบต่างๆ ของชีวิตที่ George and Bearson⁽⁴⁰⁾ ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงมิติของการมีชีวิตที่ดี ประกอบด้วยความสุข ความพอใจในชีวิต และความนับถือตนเอง

Sharma⁽⁴¹⁾ ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงความรู้สึกที่มีความสุข และความพึงพอใจต่อการได้รับหรือมีสิ่งต่างๆ ที่ชีวิตต้องการ

Wallace⁽⁴²⁾ ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงองค์ประกอบทั้งหลายที่ทำให้เกิดความพอใจแก่บุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

พาดิลลา และแกรีน (Padilla & Grant)⁽⁴³⁾ ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ

เรกส์เดล และมอร์โร (Ragsdale & Morrow)⁽⁴⁴⁾ ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึงการรับรู้การมีประสิทธิภาพ หรือความสามารถในการกระทำอย่างมีความหมายเพื่อควบ

คุมหรือจัดการกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตน ทั้งด้านจิตอารมณ์ ความคิดและการดูแลรักษา

ลูอิส (Lewis)⁽⁴⁵⁾ จะให้ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคม โดยมองว่าคุณภาพชีวิต หมายถึงระดับ (degree) ของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมีเป้าหมายในชีวิต และมีความวิตกกังวลน้อยที่สุด

ฮิวส์ (Hughes)⁽⁴⁶⁾ ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นความสุขพึงพอใจในชีวิตตนเองของบุคคล ตลอดจนการตัดสินใจคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง

ฮันเตอร์ (Hunter)⁽⁴⁷⁾ ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจ ที่มีต่อความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดำรงชีวิต คุณภาพชีวิตจะเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมให้รับรู้คุณค่าแห่งตนเอง รู้สึกยินดีและมีความสุขในชีวิต

ลอร์ดตัน (Lawton)⁽⁴⁸⁾ กล่าวว่าคุณภาพชีวิต ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพด้านจิตใจ ความสามารถในการกระทำกิจกรรม การไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น รวมทั้งการรับรู้ความพึงพอใจด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่นที่อยู่อาศัยที่มีมาตรฐาน สิ่งอำนวยความสะดวก ความปลอดภัย และความสะดวกสบาย และสวัสดิการในการดูแลด้านต่างๆ สิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น กิจกรรมทางสังคม และสันติภาพ การซื้อขายทางครอบครัวและสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับองค์กรในสังคม ภาวะเศรษฐกิจและสังคม เช่น รายได้ ภาวะโภชนาการ การมีมาตรฐานในการดำรงชีวิต การมีเอกลักษณ์แห่งตน การมีความสุขด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก

โอเรม (Orem)⁽⁴⁹⁾ กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความสุข (Well being) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภายในจิต

ซ่าน (Zhan)⁽⁵⁰⁾ กล่าวว่า คุณภาพชีวิตคือ ระดับความพึงพอใจ ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล

ดูบาส (Dubos)⁽⁵¹⁾ กล่าวว่า คุณภาพชีวิตคือความอึดอ้อมใจในชีวิต ซึ่งแสดงถึงความสุข การกำหนดหรือตัดสินความสุขของกลุ่มสังคมหนึ่ง จะแตกต่างกับอีกกลุ่มสังคมหนึ่งและแตกต่างกัน ในแต่ละบุคคลด้วย

แคมป์เบล (Campbell)⁽⁵²⁾ ได้กล่าวสรุปว่าแนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเป็นมิติที่มีหลายรูปแบบ เน้นเป็นพิเศษที่ความสุข และความพึงพอใจในชีวิตที่แต่ละคนเปรียบเทียบความคิดเห็น ต่อสถานการณ์เป็นอยู่กับสถานการณ์ที่เขาอยากให้เป็นหรือคาดหวัง ผลที่ได้จะเป็นความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ มีความสุขหรือไม่มีความสุข ซึ่งเป็นการตัดสินของแต่ละบุคคล

ฟลานาแกน (Flanagan)⁽⁵³⁾ ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจในเรื่องต่างๆ ประกอบด้วย ความสุขความสบายในด้านร่างกายและองค์ประกอบในการดำเนินชีวิต การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การมีกิจกรรมทางสังคม มีการพัฒนาตนเอง และมีความรู้สึกอึดอ้อมใจ มีการพักผ่อนหย่อนใจหรือนันทนาการซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุดต่อชีวิตของบุคคล และเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลที่ควรได้รับการตอบสนอง

พนิษฐา พานิชานิชกุล⁽⁵⁴⁾ ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นความพึงพอใจของการดำเนินชีวิต และต้องคำนึงถึงภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู⁽⁵⁵⁾ คุณภาพชีวิตหมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจและมีความสุขในชีวิตของแต่ละบุคคลตามสภาพที่ตนดำรงอยู่ เป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยบุคคลนั้น

ประภา รัตนเมธานนท์⁽⁵⁶⁾ กล่าวว่าคุณภาพชีวิต คือ ความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sense of well being) ซึ่งมีคำที่มีความหมายเหมือนกันคือ คำว่า ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) และมีความหมายใกล้เคียงกับคำว่า ความสุข (Happiness) ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองความรู้สึกภายในตัวบุคคล

ฉัตรวัลย์ ใจอารีย์⁽⁵⁷⁾ ได้สรุปว่าคุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีความหมายกว้างมาก สามารถครอบคลุมเรื่องต่างๆ ทั้งในทางรูปธรรม นามธรรม คุณภาพชีวิตที่ดีนั้น อาจเกิดขึ้น และ/หรือ เป็นของใครก็ได้ ไม่เลือกฐานะ เพศ วัย ศาสนา แต่นักวิชาการส่วนใหญ่ ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sense of well being) คือจะครอบคลุมความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sense of well being) คือจะครอบคลุมความเป็นอยู่ที่ดีของประชากรทุกด้าน ซึ่งมีคำที่มีความหมายเหมือนกัน คือ ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองความรู้สึกภายในตัวบุคคล

อัจฉรา นวจินดา⁽⁵⁸⁾ ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นความพึงพอใจของบุคคลที่เกิดจากการได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคมอย่างเพียงพอ ให้เกิดการมีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ดี

ชัยวัฒน์ ปัญญาพงษ์⁽⁵⁹⁾ ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ชีวิตที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่เป็นภาระและไม่ก่อให้เกิดปัญหาแก่สังคม มีความสมบูรณ์ทั้งกาย จิตใจ มีความสามารถที่จะดำรงสถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและสังคมกับการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้อง เพื่อจะได้มาในสิ่งที่ตนประสงค์ภายใต้เครื่องมือและทรัพยากรที่มีอยู่

วรรณภา กุมารจันทร์⁽⁶⁰⁾ ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจ และรับรู้สถานะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม ของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม ได้แก่ การมีสุขภาพที่ดี ไม่มีการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคในการทำงาน การได้รับการผ่อนคลายด้านจิตใจ การพึงพอใจในรายได้ และการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน ตลอดจนการรับรู้และพึงพอใจในสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

ประภาพร จินนุทยา⁽⁹⁾ ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ระดับการดำรงชีวิตในปัจจุบันตามการรับรู้ต่อองค์ประกอบต่างๆ ที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต ซึ่งได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรม

วาสนา เกื่อนวงษ์⁽⁸⁾ ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ระดับการรับรู้ ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของต่อองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต ได้แก่ สถานภาพทาง เศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรม

จากความหมายต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น สรุปความหมายได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หมายถึง ระดับการรับรู้ ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของบุคคลต่อองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพ ชีวิตได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำ กิจกรรม

2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

การที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบมากมาย ซึ่งแต่ละ องค์ประกอบจะมีความสำคัญมากขึ้นแตกต่างกันไป ตามทัศนะของแต่ละบุคคลหรือสังคม ได้มีนัก วิชาการเสนอองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต ซึ่งมีทั้งคล้ายคลึงและแตกต่างกันไปบ้างในราย ละเอียด ดังนี้

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปัจ อัจจากสุธาทิพย์ อุปาลาบัติ⁽⁶¹⁾ กล่าวถึง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามทฤษฎีของเบนเนท (Bennet) ว่าคุณภาพชีวิตของบุคคล ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ

1. สิ่งที่เป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นความต้องการขั้นต่ำสุดของบุคคล ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า สุขภาพที่แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย มีเศรษฐกิจดี และสังคมดี
2. ความต้องการที่สนองความพอใจของแต่ละบุคคล ได้แก่ ค่านิยมที่เหมาะสมกับ สังคม วัฒนธรรม ความสมดุลระหว่างความต้องการ และความเป็นไปได้ที่จะบรรลุถึงความต้องการ นั้น มีจุดมุ่งหมายของชีวิต

ฮิวและฟอร์มาร์ (Haug & Formar)⁽⁶²⁾ กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นเครื่องบ่งชี้ให้เห็นถึงความผาสุกโดยทั่วไป ตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตที่ดีคือ สุขภาพกาย รายได้เพียงพอ การไม่มีภาวะกดดันทางจิตใจ ตลอดจนการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัวและเพื่อน ระดับสภาพการดำรงชีวิตของมนุษย์ องค์ประกอบของชีวิต ได้แก่ ร่างกาย อารมณ์ สังคม ความคิดและจิตใจ

ฟลานาแกน (Flanagan)⁽⁶³⁾ ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่ามาจากพื้นฐานความต้องการของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านวัตถุ เช่น มีบ้านที่น่านั่ง มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก ทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพที่สมบูรณ์ แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ
2. มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เช่นความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง และบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตร และการเลี้ยงบุตรก็ถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย
3. มีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสช่วยเหลือสนับสนุนผู้อื่น
4. มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพและมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้สนใจการเรียนและเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานทำที่น่าสนใจ ได้รับผลตอบแทนที่ดีและการแสดงออกในทางสร้างสรรค์
5. มีสันทนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬา หรือสิ่งบันเทิงอื่นๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

เบอร์ฮอร์น, เซเฟอร์ และคณะ (Berghorn & Schafer)⁽⁶³⁾ ได้กล่าวถึง องค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไว้ 5 ด้าน คือ สภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรม

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยของผู้สูงอายุ โดยได้ดัดแปลงมาจากองค์ประกอบคุณภาพชีวิต จากกรอบแนวคิดของเบอร์ฮอร์น, เซเฟอร์ และคณะ (Berghorn & Schafer)⁽⁶³⁾ ได้กล่าวถึง องค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไว้ 5 ด้าน คือ สภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรม มีรายละเอียดดังนี้

1. สภาพทางเศรษฐกิจ

เศรษฐกิจนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมากในการที่จะสนองความต้องการในด้านต่างๆ ทั้งในด้านที่อยู่อาศัยที่มีสภาพดี อาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง การซื้อหาอุปกรณ์ในการอำนวยความสะดวกและความสุขของตนเองตลอดจนการมีกิจกรรมต่างๆ กับผู้อื่น เป็นต้น ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจนี้ ถ้าผู้สูงอายุนับว่าตนเองมีรายได้เพียงพอในการใช้จ่าย รู้สึกว่าตนเองมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และมีความเป็นอยู่ที่ดีเยี่ยมทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในชีวิต ดังนั้นฐานะทางเศรษฐกิจที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินเอง จะแสดงให้เห็นถึงความพึงพอใจในชีวิตได้ค่อนข้างชัดเจน

2. สุขภาพ

การที่คนเราจะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขในโลกนั้น องค์ประกอบที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งคือ สุขภาพ เพราะการมีสุขภาพที่ดี ย่อมเป็นที่ปรารถนาของมวลมนุษยทุกคน คนที่มีสุขภาพดี คือคนที่มีความหวัง และคนที่มีความหวัง คือคนที่มีทุกสิ่งทุกอย่าง ดังนั้นสุขภาพจึงเป็นเสมือนวิถีทาง หรือช่องทางที่จะนำไปสู่ความสุข และความสำเริงต่างๆ ในชีวิต ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าสุขภาพดี คือ คุณภาพชีวิตนั่นเอง ด้วยเหตุผลที่ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เกิดโรคได้ง่ายกว่าบุคคลในวัยอื่นๆ เนื่องจากสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเสื่อมถอยลงตามจำนวนอายุที่เพิ่มขึ้น ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนเองมีสุขภาพดี ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หรือยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจิตใจที่เกิดขึ้น ยอมรับความสามารถที่มีขอบเขตจำกัดของร่างกาย และปรับตัวให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ก็จะส่งผลให้เกิดอัตรามโนทัศน์ที่ดีต่อตนเอง และทำให้เกิดความพึงพอใจในสุขภาพที่เป็นอยู่ ดังนั้น ภาวะสุขภาพที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินเอง จึงเป็นที่บ่งบอกถึงความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้ดี⁽¹⁰⁾ เนื่องจากการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยตนเอง อาจไม่สอดคล้องกับการประเมินทางด้านการแพทย์ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดีในทางกายภาพ (Objective perspective) อาจมีความพึงพอใจในชีวิตสูง

ถ้าเขาเชื่อว่าสุขภาพของเขาดี และในทำนองเดียวกัน ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี อาจมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ ถ้าเขาเชื่อว่าสุขภาพของเขาไม่ดี

3. สภาพแวดล้อม

การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลรอบๆ ตัว และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ นับว่ามีความสำคัญต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ซัลลิแวน อ้างจากศรีเรือน แก้วกังวาล⁽⁶⁴⁾ เชื่อว่ามนุษย์ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้โดยไม่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เขาเชื่อว่าตั้งแต่เกิดจนตายมนุษย์ต้องมีสัมพันธภาพกับบุคคลต่างๆ ไม่ทางตรงก็ทางอ้อม นักจิตวิทยาพัฒนาการหลายท่านเชื่อว่าสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในยามสูงวัยทั้งในครอบครัวและนอกครอบครัว เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ เพราะเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการสนองความต้องการทางสังคม การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นของผู้สูงอายุได้แก่ การมีเพื่อนวัยเดียวกัน ผู้สูงอายุมักเลือกคบเพื่อนที่มีอายุใกล้เคียงกันมากกว่าต่างวัยกันมากๆ เพราะสามารถปรับทุกข์สุขแก่กันและกันด้วยความเข้าใจกันมากกว่าต่างวัยกัน มีการศึกษาหลายชิ้นที่แสดงว่าปัจจัยหนึ่งซึ่งให้ความสุขความพอใจในชีวิตยามสูงอายุคือ ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมวัย ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกที่ดีต่อเพื่อน สามารถให้การช่วยเหลือ ให้ความอุปการะแก่กันและกัน มีการร่วมทุกข์ร่วมสุขกัน สามารถให้คำปรึกษาซึ่งกันและกันได้เมื่อมีปัญหาที่แก้ไขไม่ตก ช่วยเหลือ ดูแลกันและกันในยามเจ็บไข้ ความรู้สึกที่ดีดังกล่าว มีความสำคัญมากต่ออารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ ส่วนการมีสัมพันธภาพกับบุคคลที่อายุน้อยกว่านี้ ทฤษฎีของแอร์ริคสัน อ้างจากศรีเรือน แก้วกังวาล⁽⁶⁴⁾ เชื่อว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับลูกหลานเป็นผู้ที่มีขวัญดี ยอมรับความตายความไม่เที่ยงของชีวิตได้ง่ายมีชีวิตชีวา (Zest of Life) และผู้สูงอายุที่บุตรหลานให้ความเคารพนับถือ ไม่เหยียบย่ำดูหมิ่นดูแคลน จะรู้สึกว่าตนเองมีค่า สามารถดำรงบทบาทในครอบครัวได้อย่างเป็นสุข นอกจากนี้แล้วผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกต่อบ้านและชุมชนที่อยู่อาศัย เช่น รู้สึกมีความปลอดภัยจากโจรผู้ร้าย มีเพื่อนบ้านที่ดี การให้บริการที่ดีในสาธารณูปโภคของชุมชน การมีบ้านที่น่าอยู่คงทนถาวร มีความสะดวกสบาย มีความสงบและเป็นส่วนตัว ย่อมทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจและเป็นสุขได้จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี ทั้งในด้านบุคคล สังคม บ้าน และชุมชนที่อยู่อาศัย สามารถบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

4. การพึ่งพาตนเอง

เนื่องจากสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายของผู้สูงอายุเสื่อมถอยลง เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายอ่อนแอ มีโรคภัยไข้เจ็บ ไม่สามารถทำกิจกรรม

ต่างๆ ได้ด้วยตนเอง การดำรงชีวิตพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ จึงกลายเป็นเรื่องที่ยากลำบากมากขึ้น ซึ่งการประเมินการพึ่งพาผู้อื่นในผู้สูงอายุ สามารถประเมินโดยวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยตนเอง เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การเข้าห้องน้ำ การลุกเดิน⁽⁶⁵⁾ นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมอื่นๆ เช่น การซักผ้า การเตรียมอาหาร การคิดคำนวณเงินหรือค่าใช้จ่าย การทำงานที่มีรายได้ การทำกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน การเดินทางไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น การที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกพึงพอใจ สามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง และรู้สึกว่าตนเองไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวหรือเพื่อนฝูง ย่อมก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต แต่ถ้าผู้สูงอายุยังคงรู้สึกว่าตนเองไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวหรือเพื่อนฝูง ย่อมก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต แต่ถ้าผู้สูงอายุยังคงรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง หรือทำให้ลดน้อยลง จำเป็นต้องพึ่งบุตรหลานหรือบุคคลอื่น อาจทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำได้ ทั้งนี้เนื่องจากการพึ่งพาผู้อื่นเป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทที่หนักแล้วสำหรับผู้สูงอายุ กล่าวคือ เป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากผู้ที่มีอิสระในการทำกิจกรรมต่างๆ ตามความต้องการของตนเอง มาเป็นผู้ที่คอยรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ซึ่งเป็นบทบาทที่ยากจะยอมรับได้ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอับอาย คิดว่าตนเองเป็นตัวปัญหาหรือเป็นภาระแก่ผู้อื่น

5. การทำกิจกรรม

ผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรมต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ รู้สึกว่าชีวิตยังมีค่า มีประโยชน์ และมีความหมาย ตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่ไม่มีกิจกรรมจะมีความรู้สึกเบื่อหน่าย หมัดอาลัย มีชีวิตที่เงียบเหงา จิตใจจะเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว ชนิดของกิจกรรมที่จัดให้ผู้สูงอายุจะแตกต่างกันออกไปตามความสนใจและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุตามแนวคิดของเบร์ฮอร์นและเชเฟอร์ (Berghorn & Schafer)⁽⁶³⁾ มี 3 ประเภท ดังนี้คือ

1. กิจกรรมที่มีรูปแบบ (Formal activities) ได้แก่ การทำบุญ การเข้าวัด การมีกิจกรรมในสโมสร
2. กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ (Informal activities) ได้แก่ การมีสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนบ้าน การเดินทาง การซื้อสิ่งของต่างๆ เป็นต้น
3. กิจกรรมที่ทำคนเดียว (Solitary activities) ได้แก่ งานอดิเรก ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ เป็นต้น

คล้ายคลึงกับ Lemon กล่าวถึง กิจกรรมว่าเป็นรูปแบบของการกระทำใดๆ หรืองานต่างๆ ที่สนใจนอกเหนือจากการทำงานเพื่อการดำรงชีวิตซึ่งแบ่งกิจกรรมออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ (Informal activity) ได้แก่ การพบปะสังสรรค์กับเพื่อน ญาติ การช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัว
2. กิจกรรมที่มีรูปแบบ (Formal activity) ได้แก่ การเข้าร่วมในสมาคมต่างๆ การเข้ากลุ่มทางศาสนา การเป็นอาสาสมัครเพื่อสังคมเป็นกิจกรรมภายนอกครอบครัว
3. กิจกรรมเพื่อการพักผ่อนและงานอดิเรก (Leisure activity and Hobby) ได้แก่ การทำงานในยามว่าง กิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ การทำสวน ปรับปรุงตกแต่งบ้าน

จากทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (The activities Theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมสูง จะมีการปรับตัวได้ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และทฤษฎีกิจกรรมยังทำนายว่า บุคคลที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมได้จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองดี ซึ่งบุคคลเหล่านี้เป็นผู้ประสบความสำเร็จในการดำรงชีวิต (Borrow & Smith)⁽⁶⁶⁾ ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองยังคงสามารถรักษาระดับการทำกิจกรรมได้มาก หรือทำได้อย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ ย่อมแสดงถึง ผู้สูงอายุมองตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม มีความสุข และความพอใจที่จะทำกิจกรรมนั้นๆ ดังนั้นผู้สูงอายุที่ต้องการมีความสุขในชีวิตนั้น จะพยายามรักษาระดับกิจกรรมของตนไว้ให้มากที่สุด

2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตหรือ การวัดระดับคุณภาพชีวิต จะมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ในการวิจัย การประเมินคุณภาพชีวิตอาจจะประเมินด้วยบุคคลนั้นๆ หรือบุคคลอื่นเป็นผู้ประเมิน ซึ่งได้มีการแสดงทัศนะในการประเมินคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ดังนี้

กฤษดา ตงศิริ⁽⁶⁷⁾ กล่าวว่า การประเมินความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นเป็นการประเมินเชิงจิตวิสัย (subjective approach) ซึ่งเป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลตามสภาพที่ตนเองดำรงอยู่ เป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยบุคคลนั้น

สตรอมเบิร์ก (Stromberg)⁽⁶⁸⁾ ได้แสดงทัศนะในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสภาวะที่มีการเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ การประเมินคุณภาพชีวิตจึงสามารถประเมินได้ 3 ลักษณะ คือ

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (objective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินผู้ป่วยโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ หรือบุคลากรอื่นๆ ในที่มีสุขภาพ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน
2. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (subjective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับค่านิยมคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความพึงพอใจและความสุขที่ตนเองได้รับ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน
3. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ (subjective scale yielding qualitative data) เป็นการประเมินโดยผู้ป่วยเอง ผลออกมาเป็นการบรรยาย และบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

องค์การยูเนสโก(UNESCO)⁽⁶⁹⁾ ให้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิต 2 ด้าน คือ

1. ด้านวัตถุวิสัย (objective) การประเมินด้านวัตถุวิสัย เป็นการวัด โดยอาศัยข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น ข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม
2. ด้านจิตวิสัย (subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึก และเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิตการรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิตรวมทั้งสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต

ฟลินน์ และฟรานทซ์ (Flynn & Fraz) อ้างจากจำเรียง ฐรมะสุวรรณ⁽⁷⁰⁾ เสนอ 2 หลักใหญ่ๆ ในการประเมินคุณภาพชีวิต คือ

1. ประเมินในเชิงวัตถุวิสัย (objective approach) แสดงถึงภาวะทางกายภาพ ลักษณะเหตุการณ์ พฤติกรรม หรือลักษณะของบุคคลซึ่งตัดสินโดยบุคคลอื่น หรือด้วยตัวเองจากข้อมูลที่เป็นจริง เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา หน้าที่การงาน เป็นต้น

2. ประเมินในเชิงจิตวิสัย (subjective approach) เป็นการรับรู้ด้วยตนเองจากกรอบการรับรู้ ประสบการณ์ที่ผ่านๆ มาของตนเอง เช่น ความปรารถนา ความพอใจในชีวิต และเห็นว่าการตัดสินโดยตนเองนี้ จะสะท้อนถึงระดับการประเมินที่น่าเชื่อถือที่สุด

กล่าวโดยสรุป ในการจะประเมินคุณภาพชีวิต การศึกษาส่วนมากจะให้ความชัดเจนในประเด็นการประเมิน ได้แก่บุคคลประเมินคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง และการประเมินโดยบุคคลอื่น เช่น บุคลากรทีมสุขภาพ หรือประเมินโดยทักษะของผู้ศึกษาและ/หรือวัตถุประสงค์ของผู้ศึกษา

3 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกออกเป็นปัจจัยหลัก 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านประชากร ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยทางด้านสังคม ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 ปัจจัยทางด้านประชากร

3.1.1 เพศ เพศเป็นลักษณะพื้นฐานทางประชากรที่ถือสภาพมาแต่กำเนิดและเป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบุคคลในสังคม ในสังคมไทยตั้งแต่อดีตได้กำหนดหน้าที่ของเพศชายและหญิงไว้อย่างชัดเจน เพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว⁽⁷¹⁾ มีบทบาทความรับผิดชอบด้านการหาเลี้ยงครอบครัว การประกอบอาชีพ ส่วนเพศหญิง สังคมกำหนดบทบาทให้

ความเคารพยกย่องเพศชายในฐานะผู้นำครอบครัว นอกจากนี้ทางด้านสรีระร่างกายของเพศหญิงจะอ่อนแอกว่าเพศชาย ความสามารถทางด้านร่างกายก็เช่นกัน ทำให้เพศหญิงต้องพึ่งพาผู้อื่นและมีข้อจำกัดในการประกอบกิจวัตรประจำวันมากกว่าเพศชาย Hanlon and Pickett⁽⁷²⁾ จากการที่เพศชายได้รับความเคารพยกย่องจากสังคมทำให้เพศชายเกิดความรู้สึกว่า ตนเองมีคุณค่ามากกว่าจึงเกิดความพึงพอใจ ทำให้เกิดความสุขประภพ จินันทุยา⁽⁹⁾ ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเฮมิกา ยามะรัตน์⁽⁷³⁾ ได้ทำการศึกษารัฐธรรมนูญเกษียณอายุของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และการศึกษาของกนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ⁽⁷⁴⁾ ที่ได้ทำการศึกษารัฐธรรมนูญเกษียณอายุในเขตอำเภอเมืองและอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ดังนั้น เพศจึงเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3.1.2 อายุ อายุมักใช้เป็นตัวแปรที่สำคัญในทางประชากรศาสตร์ เนื่องจากเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงวัยของแต่ละบุคคล อายุที่เพิ่มมากขึ้นสภาพร่างกายก็ยิ่งเสื่อมโทรมลงตามลำดับความเสื่อมทางกายทำให้เกิดความคับข้องใจ เนื่องจากไม่สามารถจะประกอบกิจวัตรประจำวันเช่นเดิมได้ระดับการพึ่งพาผู้อื่นย่อมมีสูงขึ้นไปตาม Hanlon and Pickett⁽⁷²⁾ กล่าวว่า การพึ่งพาผู้อื่นจะทำให้ผู้สูงอายู้สึกว่าเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่ำลงได้ Edward and Klemmack⁽⁷⁵⁾ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในรัฐเวอร์จิเนีย สหรัฐอเมริกา พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ความพึงพอใจในชีวิตที่ทำให้บุคคลรู้สึกมีความสุขและรับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษานี้สอดคล้องกับประภพ จินันทุยา⁽⁹⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-87 ปี

3.1.3 สถานภาพสมรส เป็นลักษณะที่สำคัญทางประชากรอีกอย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากสถานภาพสมรสเป็นตัวบ่งชี้ถึงการสนับสนุนทางสังคม บุคคลที่มีคู่สมรสจะได้รับความเคารพยกย่องและนับถือที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม⁽⁷⁶⁾ ในขณะที่เดียวกันจะทำให้รู้สึกว่ามีเพื่อนคู่คิดไม่รู้สึกเหงาหรือโดดเดี่ยว ทำให้เกิดกำลังใจและความอบอุ่นตลอดจนเกิดความรู้สึกมั่นคงในชีวิตทำให้เกิดการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Robert and Krouse)⁽⁷⁷⁾ นอกจากนี้ยังพบอีกว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูง⁽⁷⁸⁾ จากการศึกษานี้ของ มารศรี นุชแสงพลี⁽⁸³⁾ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจใน

ชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนบ่อนไก่ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล พนาวัฒน์กุล⁽⁷⁹⁾ จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์⁽⁸⁰⁾ ประภาพร จินันท์ยา⁽⁹⁾ และพนิชฐา พานิชานีระกุล⁽⁵⁴⁾

3.2 ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ

3.2.1 ประเภทของงานอาชีพก่อนอายุ 60 ปี อาชีพเป็นตัวบ่งชี้ให้เห็นถึงสภาพทางเศรษฐกิจ การศึกษา และสถานภาพทางสังคม เพราะผู้ที่มีการศึกษาดีย่อมประกอบอาชีพที่ต้องใช้ความรู้จากการศึกษาซึ่งทำให้เป็นที่นับหน้าถือตาจากสังคม รวมทั้งรายได้ที่ได้รับก็จะอยู่ในเกณฑ์ดีกว่า เช่น แพทย์ วิศวกร อาจารย์ เป็นต้น สำหรับผู้ที่มีอาชีพอยู่ในภาคเกษตรกรรมมักจะมีการศึกษาน้อยเพราะการประกอบอาชีพส่วนใหญ่จะใช้แรงงานและประสบการณ์มากกว่าความรู้ อีกทั้งอาชีพในภาคเกษตรกรรมจะให้ผลตอบแทนที่ต่ำ⁽⁸¹⁾ การประกอบอาชีพที่ได้รับรายได้น้อยจะทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่า เกิดความพอใจในชีวิต นอกจากนี้ อาชีพที่ทำรายได้ดีย่อมทำให้ผู้ประกอบอาชีพนั้นสามารถเก็บออมไว้ใช้ในยามสูงอายุและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเองได้จากการศึกษาของ คิมเมล, ไพรส์ และวอลท์เกอร์ (Kimmel, Jay and Liang)⁽⁸²⁾ พบว่า อาชีพก่อนเกษียณอายุมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจภายหลังเกษียณอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นประเภทของงานอาชีพก่อนที่จะมีอายุ 60 ปีน่าจะเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3.2.2 รายได้ นับว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบัน เพราะรายได้เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ มีโอกาสได้รับการตอบสนองทั้งด้านร่างกายจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม เนื่องจากรายได้ทำให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม มีอาหารที่มีคุณค่า ได้รับบริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพ และสามารถจัดซื้อหาสิ่งอำนวยความสะดวกและความสุขสบาย⁽⁸³⁾ มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิต ดังนั้น ผู้ที่มีรายได้สูง จึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี^(50, 79, 84) การศึกษาของ กนกพร สุคำวัง⁽⁸⁵⁾ พบว่าผู้สูงอายุถึงแม้มีโรคประจำตัว ได้แก่ ข้อเข่าเสื่อมแต่ถ้าผู้สูงอายุมีรายได้สูงก็จะสามารถดูแลตนเองได้ดี มีโอกาสและความรู้สึกที่อยากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ต่ำ และการศึกษาของ จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์⁽⁸⁰⁾ พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีกิจกรรมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ เนื่องจากรายได้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นใจ เพราะ

สามารถซื้อหาสิ่งต่างๆ ตลอดจนค่าใช้จ่ายที่อาจจะต้องใช้ในการเข้ากลุ่มหรือชมรมต่างๆ การได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนเองยังมีคุณค่าต่อสังคม ไม่เหงา ไม่โดดเดี่ยว สิ่งต่างๆ ดังกล่าวล้วนแล้วแต่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้คุณภาพชีวิตตนเอง เราได้สามารถทำให้ผู้สูงอายุได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกนอกเหนือจากสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต และทำให้ได้รับการตอบสนองของความต้องการของตนเองได้ ทำให้มีความสุขสบายมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี บุคคลที่มีรายได้สูง จะมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้การดูแลตนเองเป็นผลสำเร็จตามความต้องการ ส่วนผู้ที่มีรายได้ต่ำหรือมีรายได้ปานกลางมักจะมีปัญหาการเงิน ทำให้เกิดความรู้สึกกังวลเป็นทุกข์⁽⁴⁹⁾ รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁸⁶⁾ ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีการปฏิบัติกิจกรรมดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ระดับต่ำ

3.3 ปัจจัยทางด้านสังคม

3.3.1 การศึกษา การศึกษาเป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิต ช่วยทำให้บุคคลได้รับรู้ความเป็นไปในโลกและชีวิตด้านต่างๆ สามารถจะดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพ⁽⁸⁷⁾ ตามค่านิยมของไทย ผู้ที่มีโอกาสในการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสที่จะได้รับการยกย่องนับหน้าถือตามากกว่า และมีโอกาสประสบความสำเร็จในชีวิตมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาด้อยกว่าเมื่ออยู่ในวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีการศึกษาสูงได้มองย้อนกลับไปในช่วงชีวิตที่ผ่านมาย่อมเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจและพึงพอใจ นอกจากนี้การศึกษายังมีความสัมพันธ์กับระบบเศรษฐกิจ กล่าวคือบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสแสวงหาอาชีพที่ดี มีความมั่นคง และได้รับค่าตอบแทนสูงซึ่งทำให้สามารถทำงานหาเลี้ยงตนเองได้⁽⁸⁸⁾ และยังสามารถเก็บออมไว้ในยามสูงอายุ รายได้ดีนั้นทำให้มีอำนาจ

3.3.2 การอยู่อาศัย การที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัยกับใครนั้น นับว่าเป็นตัวแปรสำคัญตัวหนึ่งที่บ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในสังคมไทยซึ่งถือว่าการครอบครัวเป็นสถาบันที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัวจึงมีผลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุ เนื่องจากคู่สมรสหรือบุตรหลานในครอบครัวสามารถเป็นที่พึ่งทางเศรษฐกิจ เป็นขวัญและกำลังใจให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องการความรัก ความเคารพยกย่องนับถือ และความเอาใจใส่ดูแลในยามเจ็บไข้ได้ป่วยหรือต้องการความช่วยเหลือ บุคคลในครอบครัวจึงเป็นผู้ที่จะช่วยประคับประคองความรู้สึก

ของผู้สูงอายุให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีความมั่นคงในชีวิต ทำให้เกิดความสบายใจ ความพึงพอใจในชีวิตในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวเนื่องจากได้สูญเสียคู่สมรสไปแล้วหรือไม่มีบุตรหลานดูแล จะเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ว้าเหว่ และรู้สึกว่าตนเองปราศจากความหมาย ย่อมส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตลดต่ำลง จากการศึกษาเรื่องภาพรวมผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวในสังคมไทยในปี พ.ศ. 2532 ของปัทมา อมรศิริสมบุญ⁽⁸⁹⁾ พบว่ามีผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวถึงร้อยละ 7 ของประชากรผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวไม่มีการศึกษามากกว่าที่มีการศึกษา

3.3.3 สถานที่พักอาศัย การมีบ้านพักอาศัยเป็นของตนเองนับเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงหลักประกันในชีวิต การอาศัยอยู่ในบ้านที่เป็นของตนเองหรือคู่สมรสยอมทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง อบอุ่นใจมากกว่าที่จะต้องอาศัยอยู่ในบ้านผู้อื่นซึ่งตนเองไม่ได้เป็นเจ้าของผู้สูงอายุที่มีบ้านพักอาศัยเป็นของตนเองน่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบ้านพักอาศัยเป็นของตนเอง อย่างไรก็ตามก็ตีพบข้อขัดแย้งของตัวแปรกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยจากการศึกษาของ ประภาพร จินันทุยา⁽⁹⁾ พบว่าผู้สูงอายุที่มีบ้านเป็นของตนเองมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบ้านเป็นของตนเอง โดย Yurick⁽⁹⁰⁾ กล่าวว่า การมีบ้านเป็นของตนเองนั้นผู้สูงอายุจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการบำรุงรักษาซ่อมแซมซึ่งเป็นรายจ่ายที่สูง นับว่าเป็นภาระอย่างหนึ่งที่ผู้สูงอายุจะต้องแบกรับไว้

4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจุบันงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมีมากขึ้นจากในอดีต เนื่องจากทางภาครัฐและเอกชนได้ให้ความสำคัญของผู้สูงอายุมากขึ้น จากกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา 54 บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือจากรัฐ

จำเจียง กูรมะสุวรรณ และคณะ⁽⁷⁰⁾ ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า สามารถทำนายคุณภาพชีวิตทั้งด้านความสุขและความพึงพอใจได้ถูกต้อง ร้อยละ 61 เท่าๆ กัน

เจียมจิต แสงสุวรรณ⁽⁹¹⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหมู่บ้านม่วงหวาน จังหวัดขอนแก่น พบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยทั่วไปอยู่ในระดับดี เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีความแตกต่างกันในด้านรายได้ต่ำกับรายได้สูง และในกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพดีกับสุขภาพไม่ดี พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประภาพร จินันทุยา⁽⁹⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง พบว่า ประมาณร้อยละ 85 ของกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำและปานกลาง มีเพียงร้อยละ 15 ที่มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง

มาลี เลิศมาลีวงศ์ และคณะ⁽⁹²⁾ ได้ทำการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า รายได้ ระยะเวลาในการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

วาสนา เกื้อนวงษ์⁽⁸⁾ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่ง มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 51.2

พินุช จันทรวงศ์⁽⁹³⁾ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

กันยารัตน์ อุดลวรรณ⁽⁹⁴⁾ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคกลางของประเทศไทย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี

เอกรัตน์ เชื้ออินตา⁽⁹⁵⁾ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี

ฉัตรทอง อินทร์นอก⁽⁹⁶⁾ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของ

ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี

ศิริพร ลิ้มพัฒนานานนท์⁽⁹⁷⁾ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันตกของประเทศไทย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี

ดวงใจ เปลีียนบำรุง⁽⁹⁸⁾ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี

วันที ขำเพ็ง⁽⁹⁹⁾ ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนบทจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 69.1 มีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลาง

จีรนุช สมโชค⁽¹⁰⁰⁾ ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานอยู่ระดับดี

กอบกุล สุดสวัสดิ์⁽¹⁰¹⁾ ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวและผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนอยู่ในระดับสูง เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ

วรรณภา กุมารจันทร์⁽⁶⁰⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

วรัญ ตันชัยสวัสดิ์⁽¹⁰²⁾ ได้ศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวในชุมชนกับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่าอุบัติการณ์ของโรควิตกกังวลและโรคประสาทซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 40 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวซึ่งมีเพียงร้อยละ 15 ผลที่ได้ชี้แนะว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการอยู่สถานสงเคราะห์ของผู้สูงอายุมีผลทำให้เกิดอาการโรควิตกกังวลและโรคประสาทซึมเศร้าสูงขึ้น

Tidermark และคณะ⁽¹⁰³⁾ ได้ทำการศึกษาถึงโรคทางกายอย่าง Femoral neck ว่ามีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างไร โดยทำการศึกษากับผู้สูงอายุ 90 คน อายุระหว่าง 66-92 ปี โดยทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเดิม 2 ครั้ง ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตจาก EuroQol กับผลของการวัดความเจ็บปวดต่างๆ ความทนทุกข์ทรมาน การต้องพึ่งพิงในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกัน โดยในกลุ่มที่มีค่าคะแนนความเจ็บปวดสูงจะมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าในกลุ่มที่มีค่าคะแนนความเจ็บปวดต่ำ

Woodward และคณะ⁽¹⁰⁴⁾ ได้ทำการศึกษาพัฒนาแบบประเมินคุณภาพชีวิตทางด้านเพศ (SLQQ) โดยเป็นการศึกษาถึงความบกพร่องเกี่ยวกับสมรรถภาพทางเพศ โดยได้ทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความชุกของการมีปัญหากับสมรรถภาพทางเพศนั้นมีประมาณ ร้อยละ 52 ในช่วงอายุ 40-70 ปี

Matsubayashi และคณะ⁽¹⁰⁵⁾ ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยทำการศึกษาผู้สูงอายุที่เป็นชาวญี่ปุ่นตั้งแต่ปี 1991-1997 โดยทำการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวัน พบว่า คุณภาพชีวิตในด้านเกี่ยวกับด้านความสุข ด้านสุขภาพ และด้านความพึงพอใจในชีวิต มีความสัมพันธ์ต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

Uenishi และคณะ⁽¹⁰⁶⁾ ได้ทำการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคตาแข็ง อายุ 47-86 ปี จำนวน 114 คน เป็นผู้ป่วยนอกของคลินิกตา จากการศึกษา พบว่า คะแนนประเมินของความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงความท้อแท้สิ้นหวังในอนาคตด้วย

Schneider และคณะ⁽¹⁰⁷⁾ ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบความแตกต่างขององค์กรในบริการกับคุณภาพชีวิต โดยเป็นการศึกษาถึงระดับการบริการทางสังคมและสาธารณสุข รวมถึงความรุนแรงของปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยทำการศึกษากับผู้ที่มาใช้บริการ 232 คน เก็บข้อมูล 2 ครั้ง ห่างกัน 6 เดือน พบว่า คะแนนอารมณ์ด้านลบมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

Saxena และคณะ⁽¹⁰⁸⁾ ได้ทำการศึกษาแบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (WHOQOL-Bref) โดยทำการศึกษาแบบข้ามวัฒนธรรมซึ่งมีการเข้าร่วมกัน 14 ประเทศ ทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา โดยมีการแปล 12 ภาษา ผู้เข้าร่วม 4804 คน จึงได้เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อที่สามารถใช้ได้หลายวัฒนธรรม ซึ่งหัวข้อหรือประเด็นที่ได้ซึ่งแสดงออกถึงคุณภาพชีวิตมีดังนี้

1. ด้านสุขภาพกายโดยทั่วไปและความเป็นอยู่ที่ดี ประกอบด้วย

- 1.1 ปราศจากความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย
- 1.2 มีพลังที่จะปฏิบัติงานต่างๆ ได้อย่างเต็มศักยภาพ
- 1.3 มีการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ
- 1.4 สามารถที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ
- 1.5 ปราศจากการพึ่งพาษาหรือการรักษาต่างๆ
- 1.6 มีความสามารถที่จะปฏิบัติงานได้

2. ด้านสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี ประกอบด้วย

- 2.1 มีความสุขและสนุกกับชีวิต
- 2.2 สามารถที่จะใส่ใจมีสมาธิในการกระทำต่างๆ
- 2.3 มีความรู้สึกที่ดีกับตนเอง
- 2.4 ไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตา
- 2.5 ปราศจากความรู้สึกไม่ดีต่างๆ
- 2.6 เชื้อมั่น และมั่นใจในบุคลิกภาพของตน

3. ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

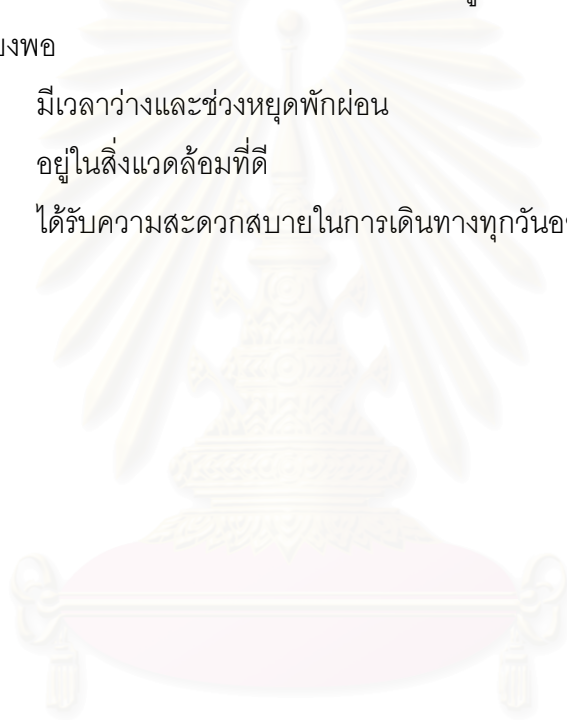
- 3.1 สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นได้
- 3.2 ได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากคนรอบข้าง
- 3.3 มีความสนใจทางเพศเป็นปกติ ไม่มีปัญหา

4. เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม

- 4.1 ความรู้สึกปลอดภัยทางด้านร่างกาย
- 4.2 สิ่งแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย
- 4.3 ไม่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ
- 4.4 ได้รับการดูแลเรื่องสวัสดิการ การรักษาพยาบาลอย่างเพียงพอ
- 4.5 มีการพัฒนาในเรื่องข่าวสารและความรู้ สามารถได้รับ และเปลี่ยนแปลงให้

ทันสมัยอย่างเพียงพอ

- 4.6 มีเวลาว่างและช่วงหยุดพักผ่อน
- 4.7 อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี
- 4.8 ได้รับความสะดวกสบายในการเดินทางทุกวันอย่างพอเพียง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Design)

ลักษณะของประชากร และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample selection)

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราและสถานที่พักผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง (Population to be sampled) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค สังกัดกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม และสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยเข้าพักมาอย่างน้อย 6 เดือน เป็นผู้ที่สามารถพูดตอบคำถามได้ รับรู้เกี่ยวกับบุคคล สถานที่ เวลา ได้ตรงตามความเป็นจริง ไม่มีภาวะบกพร่องด้านการได้ยิน ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และไม่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และไม่มีภาวะบกพร่องทางด้านความจำ

รายชื่อหน่วยงานที่จัดบริการที่พักผู้สูงอายุเอกชนและสถานสงเคราะห์คนชราภาค
รัฐบาล จากเอกสารกองบริหารงานวิจัย หมายเลข 038/44 เรื่องการวิจัยผู้สูงอายุในประเทศไทย:
นามานุกรมหน่วยงานส่งเสริมและฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ผู้สูงอายุ⁽¹¹⁾

ตัวอย่าง (Samples) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค สังกัดกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เป็นผู้รับบริการประเภทสามัญ คือ ได้รับการสงเคราะห์ซึ่งทางราชการอุปการะเลี้ยงดูโดยไม่เสียค่าบริการ และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยเสียค่าบริการให้แก่สถานที่พักนั้นๆ ตามระเบียบกำหนด และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้ที่สุ่มเลือกได้โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling)

ขนาดตัวอย่าง (Sample Size) คำนวณโดยการใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงพรรณนา⁽¹⁰⁹⁾

$$\text{โดยการใช้สูตร} \quad n = \frac{Z^2 \alpha_{/2} \sigma^2}{d^2}$$

กำหนดให้ n = ขนาดตัวอย่าง (Sample Size)

Z = ค่า Z จากตารางเมื่อ $\alpha = 0.05$ (two tailed test)
เท่ากับ 1.96

σ^2 = ค่าความแปรปรวน (ได้จากการทำ Pilot study)
เท่ากับ 123.82

d = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ งานวิจัยนี้
ยอมรับความคลาดเคลื่อนได้ไม่เกิน 1% ของค่าเฉลี่ย
คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจากการทำ Pilot study
(ค่าเฉลี่ยคือ 107.90) เท่ากับ 1.08

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า} \quad n &= \frac{(1.96)^2 (123.82)}{(1.08)^2} \\ &= 406 \end{aligned}$$

ดังนั้นจึงศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 406 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง (Sampling Techniques) ตัวอย่างได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นแรก แบ่งหน่วยงานที่จัดสถานบริการที่พักรักษาผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ประกอบด้วย สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค, สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค2, โกลเด้นเยียร์เนิสซิ่งโฮม, บ้านวิภาวดี, บ้านรังสฤษฎ์, โรงพยาบาลหัวเฉียว, โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท2, โรงพยาบาลโชคชัย4ซ้อยเนิสซิ่งโฮม, โรงพยาบาลเซ็นทรัลปาร์ค, โรงพยาบาลธนบุรี2, โรงพยาบาลมิชชั่น, โรงพยาบาลมิตรภาพ, โรงพยาบาลยันฮี, โรงพยาบาลสุทธิสาร และอาคารสรวงคนิเวศ(ที่พักรักษาผู้สูงอายุสภาคาชาดไทย) โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.1 สถานสงเคราะห์คนชราภาครัฐบาล

1.2 สถานที่พักรักษาผู้สูงอายุเอกชน

ขั้นที่สอง เลือกสถานที่พักรักษาผู้สูงอายุที่เป็นตัวแทนของแต่ละกลุ่ม ดังนี้

2.1 สถานสงเคราะห์คนชราภาครัฐบาล เลือกสถานที่พักรักษาผู้สูงอายุทั้ง 2 แห่ง คือ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค2

2.2 สถานที่พักรักษาผู้สูงอายุเอกชน เลือกโดยจับสลากสุ่มเลือกสถานที่พักรักษาผู้สูงอายุ จาก 13 แห่ง เพื่อให้ได้ผู้สูงอายุครบตามจำนวนที่ต้องการศึกษา คือ 203 คน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขั้นที่สาม คำนวณจำนวนตัวอย่างโดยคิดสัดส่วนของประชากรตามหน่วยงานที่จัดบริการที่พักผู้สูงอายุ ซึ่งสถานสงเคราะห์คนชราภาคีรัฐบาลมีผู้สูงอายุจำนวน 338 คน และสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนมีผู้สูงอายุจำนวน 335 คน จึงคิดเป็นสัดส่วน 1:1 มีรายละเอียดดังนี้

3.1 สถานสงเคราะห์คนชราภาคีรัฐบาลมีผู้สูงอายุจำนวน 338 คน ดังนั้นจึงศึกษากับผู้สูงอายุจำนวน 50% ของขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ คิดเป็นผู้สูงอายุจำนวน 203 คน โดยคำนวณตามสัดส่วนดังนี้

3.1.1 สถานสงเคราะห์คนชราร้านบางแค มีผู้สูงอายุจำนวน 240 คน ดังนั้นจึงศึกษากับผู้สูงอายุจำนวน 144 คน คิดเป็นร้อยละ 71 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในสถานสงเคราะห์คนชราภาคีรัฐบาล

3.1.2 สถานสงเคราะห์คนชราร้านบางแค 2 มีผู้สูงอายุจำนวน 98 คน ดังนั้นจึงศึกษากับผู้สูงอายุจำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 29 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในสถานสงเคราะห์คนชราภาคีรัฐบาล

ซึ่งประชากรผู้สูงอายุได้มาจากการจับสลากสุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ หากสุ่มได้ผู้สูงอายุที่ไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้จะทำการจับสลากใหม่จนกว่าจะได้ผู้สูงอายุครบตามจำนวน

3.2 สถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนมีผู้สูงอายุจำนวน 335 คน ดังนั้นจึงศึกษากับผู้สูงอายุจำนวน 50% ของขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ คิดเป็นผู้สูงอายุจำนวน 203 คน โดยสุ่มเลือกสถานที่พักจาก 13 แห่ง โดยจะทำการศึกษากับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แต่ปรากฏว่าขณะผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่พักในสถานที่พักเอกชนนั้นมีผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้มีเพียงจำนวน 195 คน คิดเป็นร้อยละ 96 ของจำนวนผู้สูงอายุในสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนที่ต้องการศึกษา ซึ่งไม่ครบตามจำนวนที่คำนวณขนาดตัวอย่างเป็นจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 4 ของจำนวนผู้สูงอายุในสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนที่ต้องการศึกษา ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่พักในสถานที่พักเอกชนไม่ผ่านการทดสอบด้วยแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา ผู้สูงอายุบางท่านมีความบกพร่องด้านความสามารถทางสมอง และผู้สูงอายุบางท่านมีปัญหาด้านการได้ยิน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษากับผู้สูงอายุทุกคนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทั้งหมดจำนวน 195 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่พัก
มีทั้งหมด 31 ข้อ

1. ข้อมูลทั่วไป

- | | |
|-----------------------|-------------|
| 1.1 ส่วนบุคคล | จำนวน 5 ข้อ |
| 1.2 ประวัติการศึกษา | จำนวน 1 ข้อ |
| 1.3 การงานและเศรษฐกิจ | จำนวน 4 ข้อ |
| 1.4 ประวัติครอบครัว | จำนวน 5 ข้อ |
| 1.5 สุขภาพ | จำนวน 2 ข้อ |

2. ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่พัก

- | | |
|---------------------------------|-------------|
| 2.1 เหตุผลและการตัดสินใจเข้าพัก | จำนวน 2 ข้อ |
| 2.2 สภาพแวดล้อม | จำนวน 1 ข้อ |
| 2.3 การบริการ | จำนวน 5 ข้อ |
| 2.4 กิจกรรม | จำนวน 4 ข้อ |
| 2.5 ความสัมพันธ์ทางสังคม | จำนวน 2 ข้อ |

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (CMT: Chula Mental Test)

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ⁽⁵⁾ ได้พัฒนาขึ้นและได้รับการทดสอบว่ามีคุณค่า (Criterion Validity) โดยพิจารณาคุณค่าในการจำแนกผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมออกจากผู้สูงอายุปกติ และมีความน่าเชื่อถือเหมาะสมที่จะเป็นแบบคัดกรองสภาพจิตผู้สูงอายุไทย เป็นแบบทดสอบที่มีค่าความเชื่อถือได้และความแม่นยำตรงอยู่ในเกณฑ์ดี มีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 83 ถึง 100 และมีค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 90 ถึง 94

การตรวจคัดกรองผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อม ทำโดยให้ผู้สูงอายุตอบคำถามซึ่งมีทั้งหมด 13 ข้อใหญ่ รวม 19 ข้อย่อย โดยครอบคลุมเนื้อหาใน 13 ประเด็น ดังนี้

- | | |
|--|--------------|
| 1. อายุ (Age) | มี 1 ข้อย่อย |
| 2. เวลา (Time) | มี 1 ข้อย่อย |
| 3. สิ่งของ 3 อย่าง (Three things) | มี 3 ข้อย่อย |
| 4. เดือน (Month) | มี 1 ข้อย่อย |
| 5. บุคคล 2 คน (Persons) | มี 2 ข้อย่อย |
| 6. ความรู้ทั่วไป (Rice) | มี 1 ข้อย่อย |
| 7. การปฏิบัติตามคำสั่ง (Do follow) | มี 1 ข้อย่อย |
| 8. สุภาษิต (Proverb) | มี 1 ข้อย่อย |
| 9. การพูดทวนประโยค (Speak follow) | มี 1 ข้อย่อย |
| 10. การตัดสินใจ (Judgement) | มี 1 ข้อย่อย |
| 11. การนับเลข (Count 10 to 20) | มี 1 ข้อย่อย |
| 12. การเรียกชื่อสิ่งของ 2 อย่าง (Naming objects) | มี 2 ข้อย่อย |
| 13. การลบเลขต่อเนื่อง 3 จำนวน (Substraction) | มี 3 ข้อย่อย |

การให้คะแนน จะคิดคะแนนในแต่ละข้อย่อยทั้ง 19 ข้อ หากตอบถูกจะได้ 1 คะแนน หากตอบผิดจะได้ 0 คะแนน รวมคะแนนทั้งสิ้น 19 คะแนน

เกณฑ์ในการตัดสินว่าผู้สูงอายุมีอาการสมองเสื่อม จะใช้คะแนนจุดตัดที่ 15 คือ ผู้ที่ได้คะแนนตั้งแต่ 15 คะแนน ถือว่าเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาด้านความจำ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตโดยประเมินด้านจิตพิสัย ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับข้อความจากแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของ วาสนา เกื่อนวงษ์⁽⁸⁾ ซึ่งได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน กรุงเทพมหานคร หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) กับประชากรกลุ่มผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90

ซึ่งวาสนา เกื่อนวงษ์⁽⁸⁾ ได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของ ประภาพร จินันทุยา ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตของ เบอร์กฮอร์น (Berghorn)

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ใช้แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของประภาพร จินันทุยา ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ชุดเดียวกันกับของวาสนา เกื่อนวงษ์ แต่หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) กับประชากรกลุ่มต่างๆ อีกครั้ง ดังนี้

1. พิรณัฐ จันทรคุปต์⁽⁹³⁾ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง ได้หาค่าความเชื่อมั่นกับประชากรกลุ่มผู้สูงอายุชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88

2. กันยารัตน์ อุบลวรรณ⁽⁹⁴⁾ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคกลางของประเทศไทย ได้หาค่าความเชื่อมั่นกับประชากรกลุ่มผู้สูงอายุในอำเภอเสนาให้และอำเภอเมือง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93

3. เอกรัตน์ เชื้ออินธา⁽⁹⁵⁾ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย ได้หาค่าความเชื่อมั่นกับประชากรกลุ่มผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91

4. ฉัตรทอง อินทร์นอก⁽⁹⁶⁾ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ได้หาค่าความเชื่อมั่นกับประชากรกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .88

5. ศิริพร ลิ้มพัฒนานนท์⁽⁹⁷⁾ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันตกของประเทศไทย ได้หาค่าความเชื่อมั่นกับประชากรกลุ่มผู้สูงอายุที่ตำบลหนองพลับและทับใต้ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .84

6. ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง⁽⁹⁸⁾ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย ได้หาค่าความเชื่อมั่นกับประชากรกลุ่มผู้สูงอายุที่ตำบลสะเตงและตำบลบุดี อำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93

ผู้วิจัยได้หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. นำแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไปทดสอบกับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค2 จำนวน 30 คน
2. นำผลที่ได้จากการทำ try out มาตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87

จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการศึกษา และได้หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 398 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.9265

จำนวนคำถาม มีลักษณะเป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด 34 ข้อ

ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ

1. องค์ประกอบด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจ ประกอบด้วย ข้อคำถามที่แสดงถึงความรู้สึกของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความเพียงพอของรายได้และทรัพย์สิน จำนวน 5 ข้อ

2. องค์ประกอบด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถามที่แสดงถึงความรู้สึกด้านร่างกายและจิตใจ จำนวน 9 ข้อ

3. องค์ประกอบด้านสภาพแวดล้อม ประกอบด้วย ข้อคำถามที่แสดงถึงความรู้สึกของผู้สูงอายุเกี่ยวกับสิ่งที่อยู่แวดล้อมตัวผู้สูงอายุ ได้แก่ ญาติมิตร สถานที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ จำนวน 7 ข้อ

4. องค์ประกอบด้านการพึ่งพาตนเอง ประกอบด้วย ข้อคำถามที่แสดงถึงความรู้สึกของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเองและผู้อื่น จำนวน 8 ข้อ

5. องค์ประกอบด้านการทำกิจกรรม ประกอบด้วย ข้อคำถามที่แสดงถึงความรู้สึกของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนจำนวน 5 ข้อ

คำตอบในแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

1. เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุมาก

2. เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ของผู้สูงอายุผู้สูงอายุปานกลาง

3. เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุ

4. ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุ

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

- | | |
|-----------------------|---------|
| 1. เห็นด้วยมากให้ | 4 คะแนน |
| 2. เห็นด้วยปานกลางให้ | 3 คะแนน |
| 3. เห็นด้วยน้อยให้ | 2 คะแนน |
| 4. ไม่เห็นด้วยให้ | 1 คะแนน |

การแปลผลระดับคุณภาพชีวิต มีคะแนนตั้งแต่ 34-136 คะแนน โดยพิจารณาแบ่งระดับคุณภาพชีวิต โดยรวมและรายด้านออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ซึ่งพิจารณาจากค่าพิสัยของคะแนนคุณภาพชีวิต⁽¹⁶⁾ ดังนี้

ตารางที่ 1 การแปลผลระดับคุณภาพชีวิต โดยพิจารณาแบ่งระดับคุณภาพชีวิต โดยรวมและรายด้านออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ซึ่งพิจารณาจากค่าพิสัยของคะแนนคุณภาพชีวิต⁽⁸⁾ ดังนี้

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิต รายด้าน	คุณภาพชีวิต ไม่ดี	คุณภาพชีวิต ปานกลาง	คุณภาพชีวิต ดี
1. ด้านสภาพทางเศรษฐกิจ	5 – 20	5 - 9	10 - 14	15 - 20
2. ด้านสุขภาพ	9 – 36	9 - 17	18 - 26	27 - 36
3. ด้านสิ่งแวดล้อม	7 – 28	7 - 13	14 - 20	21 - 28
4. ด้านการพึ่งพาตนเอง	8 – 32	8 - 15	16 - 23	24 - 32
5. ด้านการทำกิจกรรม	5 – 20	5 - 9	10 - 14	15 - 20
ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม	34 – 136	34 - 67	68 - 101	102 - 136

การรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัว จากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงอธิบดีกรมประชาสงเคราะห์ ผู้ปกครองสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และผู้อำนวยการสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เพื่อเสนอเรื่องขออนุมัติในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยติดต่อสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และขอความร่วมมือจากอธิบดีกรมประชาสงเคราะห์และผู้อำนวยการสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนแต่ละแห่ง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3. ผู้วิจัยจะดำเนินทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุด้วยตนเอง จากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (CMT) และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยชี้แจงให้ผู้สูงอายุทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อให้ได้ข้อมูลตรงตามความเป็นจริงที่สุด

4. นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ข้อมูลที่รวบรวมได้นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์และตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่งก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC (Statistical Package for Social Personal Computer)

1. สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษารวมถึงระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ใช้ Chi-square เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล
3. ใช้ Unpaired t-test เพื่อศึกษาความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล
4. ใช้ Unpaired t-test และ ANOVA เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา descriptive study คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ และทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง จากที่ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 406 คน เก็บรวบรวมได้ 398 คน คิดเป็นร้อยละ 98

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบของตารางประกอบคำบรรยายโดยแบ่งเป็นลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไป และการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ตอนที่ 2 ลักษณะคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ตอนที่ 3 ศึกษาความแตกต่างของลักษณะคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ตอนที่ 4 ศึกษาความแตกต่างของปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ตอนที่ 1

จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไป และการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (398 คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	83	20.9
หญิง	315	79.1
อายุ		
<70 ปี	88	22.1
70-80 ปี	218	54.8
> 80 ปี	92	23.1
Mean = 76.08, SD = 7.28		
สถานที่พักผู้สูงอายุ		
สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค	203	51.0
สถานที่พักผู้สูงอายุเอกชน	195	49.0
สถานภาพสมรส		
โสด	92	23.1
สมรส และอยู่ด้วยกัน	14	3.5
สมรส และแยกกันอยู่	32	8.0
หม้ายหย่าร้าง	63	15.9
หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต	197	49.5

ตารางที่ 4.1 (ต่อ) แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (398 คน)	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	397	99.7
คริสต์	1	0.3
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	142	36.7
ประถมศึกษา	154	38.7
มัธยมศึกษา	45	11.3
อนุปริญญาขึ้นไป	57	14.3
อาชีพเดิม		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	69	17.3
เกษตรกรรม	53	13.3
รับจ้าง	110	27.6
ค้าขาย หรือธุรกิจส่วนตัว	102	25.6
ข้าราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ	64	16.2

ตารางที่ 4.1 (ต่อ) แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (398 คน)	ร้อยละ
การดำรงชีวิตก่อนเข้าพักในสถานที่พักผู้สูงอายุ		
อยู่คนเดียว	104	26.2
อยู่กับคู่สมรส	36	9.0
อยู่กับบุตรหลาน หรือญาติ	254	63.8
อื่นๆ เช่น อยู่กับนายจ้าง	4	1.0
ลักษณะที่อยู่อาศัยเดิม		
บ้านพักส่วนตัว	183	46.0
บ้านของบุตรหลาน ญาติ	122	30.7
อื่นๆ เช่น บ้านนายจ้าง, บ้านเช่า, บ้านบุคคลอื่น	93	23.3
ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว		
อยู่คนเดียว	104	26.1
เข้ากันได้ดี ไม่ค่อยทะเลาะกัน	216	54.3
ทะเลาะกันบ้างนานๆครั้ง	68	17.1
ทะเลาะกันเป็นประจำ	10	2.5
ผู้ดูแลใกล้ชิดก่อนเข้าพักในสถานที่พักผู้สูงอายุ		
ไม่มีผู้ดูแล	118	29.7
คู่สมรส	36	9.0
บุตรหลาน หรือญาติ	244	61.3

ตารางที่ 4.1 (ต่อ) แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (398 คน)	ร้อยละ
การใช้สารเสพติดในปัจจุบัน		
ไม่ได้ใช้สารเสพติด	375	94.2
ใช้สารเสพติด	23	5.8
ปัญหาสุขภาพจากการวินิจฉัยของแพทย์		
สุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว	93	23.4
มีปัญหาสุขภาพ	305	76.6
เหตุผล และการตัดสินใจเข้าพัก		
ตัดสินใจเอง	286	71.8
บุตรหลาน หรือญาติ ตัดสินใจ	87	21.9
อื่นๆ เช่น นายจ้าง, บุคคลอื่น	25	6.3

จากตารางที่ 4.1 แสดงลักษณะของข้อมูลทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 315 คน คิดเป็นร้อยละ 79.1 และเป็นเพศชายจำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 20.9

โดยส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 70-80 ปี มีจำนวน 218 คน คิดเป็นร้อยละ 54.8 รองลงมาอายุมากกว่า 80 ปี มีจำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 23.1 โดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 76.08 ± 7.28

กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคมีจำนวน 203 คน คิดเป็นร้อยละ 51 และได้จากสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนมีจำนวน 195 คน คิดเป็นร้อยละ 49

สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหม้ายเนื่องจากคู่สมรสเสียชีวิต มีจำนวน 197 คน คิดเป็นร้อยละ 49.5 รองลงมาคือเป็นโสดมีจำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 23.1

เกือบทุกคนที่นับถือศาสนาพุทธ มีจำนวน 397 คน คิดเป็นร้อยละ 99.7

ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา มีจำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 38.7 รองลงมาคือไม่ได้ศึกษา มีจำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 36.7

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเดิมคือ รับจ้าง มีจำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 27.6 รองลงมาประกอบอาชีพค้าขายหรือประกอบธุรกิจส่วนตัว มีจำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 25.6

การดำรงชีวิตก่อนเข้าพักในสถานที่พักผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่กับบุตรหลาน หรือญาติ จำนวน 254 คน คิดเป็นร้อยละ 63.8 รองลงมาคืออยู่คนเดียว จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 26.2

และส่วนใหญ่พักบ้านส่วนตัว จำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 46 รองลงมาพักอยู่กับบุตรหลานหรือญาติ จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 30.7

ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ก็เข้ากันได้ดีไม่ค่อยทะเลาะกัน จำนวน 216 คน คิดเป็นร้อยละ 54.3

โดยส่วนมากบุตรหลานหรือญาติจะเป็นผู้ดูแล จำนวน 244 คน คิดเป็นร้อยละ 61.3 รองลงมาคือไม่มีผู้ดูแล มีจำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 29.7

ในปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้สารเสพติด จำนวน 375 คน คิดเป็นร้อยละ 94.2 มีเพียง 23 คนเท่านั้นที่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 5.8

ในเรื่องของปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพตามการวินิจฉัยของแพทย์ จำนวน 305 คน คิดเป็นร้อยละ 76.6

และเหตุผลหรือการตัดสินใจที่จะเข้าพัก ส่วนใหญ่ตัดสินใจเอง จำนวน 286 คน คิดเป็นร้อยละ 71.8 รองลงมาคือบุตรหลานหรือญาติตัดสินใจ จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 21.9

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.2 ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ข้อมูลทั่วไป	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค (n = 203)		สถานที่พักผู้สูงอายุเอกชน (n = 195)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	30	14.8	53	27.2	9.27	.003**
หญิง	173	85.2	142	72.8		
อายุ						
<70 ปี	41	20.2	47	24.1	12.87	.002**
70-80 ปี	100	49.3	118	60.5		
> 80 ปี	62	30.5	30	15.4		
Mean = 76.08, SD = 7.28	Mean = 77.57, SD = 8.13		Mean = 74.53, SD = 5.92			
สถานภาพสมรส						
โสด	53	26.1	39	20.0	21.27	.000 **
สมรส และอยู่ด้วยกัน	-	-	14	7.2		
สมรส และแยกกันอยู่	11	5.5	21	10.8		
หม้ายหย่าร้าง	37	18.2	26	13.3		
หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต	102	50.2	95	48.7		

* P < .05, ** P < .01

ตารางที่ 4.2 (ต่อ) ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ข้อมูลทั่วไป	สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค (n = 203)		สถานที่พักผู้สูงอายุ เอกชน (n = 195)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ศาสนา						
พุทธ	201	99.5	195	100	-	-
คริสต์	1	0.5	-	-		
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้ศึกษา	72	35.5	70	35.9	94.84	.000*
ประถมศึกษา	116	57.1	38	19.5		
มัธยมศึกษา	12	5.9	33	16.9		
อนุปริญญาขึ้นไป	3	1.5	54	27.7		
อาชีพเดิม						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	20	9.9	49	25.1	100.97	.000*
เกษตรกรรม	53	26.1	-	-		
รับจ้าง	70	34.5	40	20.5		
ค้าขาย หรือธุรกิจส่วนตัว	49	24.1	53	27.2		
ข้าราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ	11	5.4	53	27.2		

* P < .05, ** P < .01

ตารางที่ 4.2 (ต่อ) ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ข้อมูลทั่วไป	สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค (n = 203)		สถานที่พักผู้สูงอายุ เอกชน (n = 195)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การดำรงชีวิตก่อนเข้าพักใน สถานที่พักคนชรา						
อยู่คนเดียว	56	27.6	48	24.6	12.13	.007*
อยู่กับคู่สมรส	10	4.9	26	13.3		
อยู่กับบุตรหลาน ญาติ	133	65.5	121	62.1		
อื่นๆ เช่น อยู่กับนายจ้าง	4	2.0	-	-		
ลักษณะที่อยู่อาศัยเดิม						
บ้านพักส่วนตัว	44	21.7	139	71.3	123.72	.000*
บ้านของบุตรหลาน ญาติ	72	35.4	50	25.6		
อื่นๆ เช่น บ้านบุคคลอื่น	87	42.9	6	3.1		
ความสัมพันธ์กับสมาชิกใน ครอบครัว						
อยู่คนเดียว	56	27.6	48	24.6	31.11	.000*
เข้ากันได้ดี ไม่ค่อย ทะเลาะกัน	88	43.4	128	65.6		
ทะเลาะกันบ้างนานๆครั้ง	49	24.1	19	9.8		
ทะเลาะกันเป็นประจำ	10	4.9	-	-		
ผู้ดูแลใกล้ชิดก่อน เข้าพักใน สถานที่พักผู้สูงอายุ						
ไม่มีผู้ดูแล	70	34.5	48	24.6	38.73	.000*
คู่สมรส	4	2.0	32	16.4		
บุตรหลาน หรือญาติ	129	63.5	115	59.0		

* P < .05, ** P < .01

ตารางที่ 4.2 (ต่อ) ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ข้อมูลทั่วไป	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค (n = 203)		สถานที่พักผู้สูงอายุเอกชน (n = 195)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การใช้สารเสพติดในปัจจุบัน (n=398)						
ไม่ได้ใช้สารเสพติด	180	88.7	195	100	46.37	.000*
ใช้สารเสพติด	23	11.3	-	-		
ปัญหาสุขภาพจากการวินิจฉัยของแพทย์						
สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว	25	12.3	68	34.9	28.26	.000*
มีปัญหาสุขภาพ	178	87.7	127	65.1		
การตัดสินใจเข้าพัก						
ตัดสินใจเอง	176	86.7	110	56.4	119.30	.000*
บุตรหลาน หรือญาติตัดสินใจ	2	1.0	85	43.6		
อื่นๆ เช่น บุคคลอื่น	25	12.3	-	-		

* P < .05, ** P < .01

จากตารางที่ 4.2 ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่าลักษณะของ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขต กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ส่วนใหญ่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ น้อยกว่า ระดับ 0.05 ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านเพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, อาชีพเดิม, การ ดำรงชีวิตก่อนเข้าพักในสถานที่พักคนชรา, ลักษณะที่อยู่อาศัยเดิมก่อนเข้าพักในสถานที่พักผู้สูงอายุ, ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวก่อนเข้าพักในสถานที่พักผู้สูงอายุ, ผู้ที่ดูแลใกล้ชิดก่อนเข้าพัก ในสถานที่พักผู้สูงอายุ รวมถึงการใช้สารเสพติด, ปัญหาสุขภาพตามการวินิจฉัยของแพทย์ และเหตุ ผลหรือการตัดสินใจที่จะเข้าพัก ยกเว้นปัจจัยเกี่ยวกับศาสนาที่ไม่พบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2

ลักษณะคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ตารางที่ 4.3 แสดงค่า จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของลักษณะคุณภาพชีวิต

ลักษณะคุณภาพชีวิต	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค (n = 203)		สถานที่พักผู้สูงอายุเอกชน (n = 195)		รวม (n = 398)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. สถานภาพทางเศรษฐกิจ	ปานกลาง	31	15.3	-	-	31	7.8
	ดี	172	84.7	195	100	367	92.2
		Mean = 17.13 , SD = 2.42		Mean = 19.85 , SD = 0.75		Mean = 18.47 , SD = 2.26	
2. สุขภาพ	ไม่ดี	2	1.0	-	-	2	0.5
	ปานกลาง	71	35.0	13	6.7	84	21.1
	ดี	130	64.0	182	93.3	312	78.4
	Mean = 28.53 , SD = 4.46		Mean = 33.28 , SD = 3.26		Mean = 30.86 , SD = 4.58		
3. สภาพแวดล้อม	ปานกลาง	6	3.0	-	-	6	1.5
	ดี	197	97.0	195	100	392	98.5
		Mean = 25.82, SD = 2.11		Mean = 27.35, SD = 1.03		Mean = 26.57, SD = 1.84	

ตารางที่ 4.3 (ต่อ) แสดงค่า จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ของลักษณะคุณภาพชีวิต

ลักษณะคุณภาพชีวิต	สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค (n = 203)		สถานที่พักผู้สูงอายุ เอกชน (n = 195)		รวม (n = 398)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4. การพึ่งพาตนเอง						
ไม่ดี	22	10.8	7	3.6	29	7.3
ปานกลาง	46	22.7	38	19.5	84	21.1
ดี	135	66.5	150	76.9	285	71.6
	Mean = 25.51, SD = 6.64		Mean = 27.55, SD = 5.26		Mean = 26.51, SD = 6.08	
5. ด้านกิจกรรม						
ไม่ดี	23	11.3	12	6.2	35	8.8
ปานกลาง	52	25.6	45	23.0	97	24.4
ดี	128	63.1	138	70.8	266	66.8
	Mean = 16.14, SD = 4.24		Mean = 16.73, SD = 3.78		Mean = 16.43, SD = 4.02	
ด้านรวม						
ไม่ดี	50	24.6	7	3.6	57	14.3
ปานกลาง	54	26.6	44	22.6	98	24.6
ดี	99	48.8	144	73.8	243	61.1
	Mean = 113.16 , SD = 14.73		Mean = 124.78 , SD = 11.99		Mean = 118.85 , SD = 14.65	

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ลักษณะคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ในด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มีจำนวน 367 คน คิดเป็นร้อยละ 92 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจ เท่ากับ 18.47 ± 2.26

ลักษณะคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มีจำนวน 312 คน คิดเป็นร้อยละ 78.4 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพ เท่ากับ 30.86 ± 4.58

ลักษณะคุณภาพชีวิตในด้านสภาพแวดล้อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มีจำนวน 392 คน คิดเป็นร้อยละ 98.5 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านสภาพแวดล้อม เท่ากับ 26.57 ± 1.84

ลักษณะคุณภาพชีวิตในด้านการพึ่งพาตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มีจำนวน 285 คน คิดเป็นร้อยละ 71.6 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านการพึ่งพาตนเอง เท่ากับ 26.51 ± 6.08

ลักษณะคุณภาพชีวิตในด้านกิจกรรม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มีจำนวน 266 คน คิดเป็นร้อยละ 66.8 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านกิจกรรม เท่ากับ 16.43 ± 4.02

และลักษณะคุณภาพชีวิตในด้านรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มีจำนวน 243 คน คิดเป็นร้อยละ 61.1 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านรวม เท่ากับ 118.85 ± 14.65

ตอนที่ 3

ศึกษาความแตกต่างของลักษณะคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ตารางที่ 4.4 ความแตกต่างของลักษณะคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ลักษณะคุณภาพชีวิต (n=398)	จำนวน	Mean	SD	T	P-value
1.สถานภาพทางเศรษฐกิจ					
สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค	203	17.13	2.4	15.24	.000*
สถานที่พักผู้สูงอายุเอกชน	195	19.85	0.7		
2. สุขภาพ					
สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค	203	28.53	4.5	12.15	.000*
สถานที่พักผู้สูงอายุเอกชน	195	33.28	3.3		
3. สภาพแวดล้อม					
สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค	203	25.82	2.1	9.23	.000*
สถานที่พักผู้สูงอายุเอกชน	195	27.35	1.0		
4. การพึ่งพาตนเอง					
สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค	203	25.51	6.6	3.40	.001*
สถานที่พักผู้สูงอายุเอกชน	195	27.55	5.3		
5. ด้านกิจกรรม					
สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค	203	16.14	4.2	1.45	0.146
สถานที่พักผู้สูงอายุเอกชน	195	16.73	3.7		
ด้านรวม					
สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค	203	113.16	14.7	8.64	.000*
สถานที่พักผู้สูงอายุเอกชน	195	124.78	11.9		

* P < .05, ** P < .01

จากตารางที่ 4.4 พบว่า มีคุณภาพชีวิตด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจ, สุขภาพ, สภาพแวดล้อม, การพึ่งพาตนเอง และด้านรวม ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนด้านกิจกรรมไม่พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 4

ศึกษาความแตกต่างของปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
ในเขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 4.5 ความแตกต่างของปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
ในเขตกรุงเทพมหานคร

ปัจจัยส่วนบุคคล (n=398)	จำนวน	Mean	SD	t/F	P-value
เพศ					
ชาย	83	123.40	10.5	3.99	.000**
หญิง	315	117.65	15.35		
อายุ					
< 70 ปี	88	123.40	13.71	25.93	.000**
70-80 ปี	218	120.76	14.20		
>80 ปี	92	109.96	19.92		
สถานภาพสมรส					
โสด	92	117.61	17.06	1.76	.173
คู่สมรสเสียชีวิต	197	118.20	13.50		
อื่นๆ	109	121.06	14.34		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้ศึกษา	142	117.97	14.16	10.68	.000**
ประถมศึกษา	154	116.18	14.90		
มัธยมศึกษา	45	118.68	16.38		
อนุปริญญาขึ้นไป	57	128.40	9.12		
อาชีพเดิม					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	69	120.23	11.63	13.75	.000**
เกษตรกรรม	53	109.16	17.35		
รับจ้าง	110	117.27	13.92		
ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว	102	119.06	14.99		
ข้าราชการ การหรือรัฐวิสาหกิจ	64	127.76	9.77		

* P < .05, ** P < .01

ตารางที่ 4.5 (ต่อ) ความแตกต่างของปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
ในเขตกรุงเทพมหานคร

ปัจจัยส่วนบุคคล (n=398)	จำนวน	Mean	SD	t/F	P-value
การดำรงชีวิตก่อนเข้าพักในสถานที่พักผู้สูงอายุ					
อยู่คนเดียว	104	122.09	15.72	5.296	.005**
อยู่กับคู่สมรส	36	122.16	14.25		
อยู่กับบุตรหลาน หรือญาติ	258	117.11	14.00		
ลักษณะที่อยู่อาศัยเดิม					
บ้านพักส่วนตัว	183	122.32	13.70	13.26	.000**
บ้านของบุตรหลาน หรือญาติ	122	118.02	14.73		
อื่นๆ เช่น บ้านบุคคลอื่น	93	113.10	14.52		
ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว (n=294)					
เข้ากันได้ดี	216	120.40	12.64	16.05	.000**
ทะเลาะกันบ้างนานๆ ครั้ง	68	110.46	16.20		
ทะเลาะกันเป็นประจำ	10	109.60	7.76		
ผู้ดูแลใกล้ชิดก่อนเข้าพักในสถานที่พักผู้สูงอายุ (n=280)					
ไม่มีผู้ดูแล	118	121.16	15.27	11.22	.000**
คู่สมรส	36	127.33	7.89		
บุตรหลาน หรือญาติ	244	116.49	14.51		

* P < .05, ** P < .01

ตารางที่ 4.5 (ต่อ) ความแตกต่างของปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
ในเขตกรุงเทพมหานคร

ปัจจัยส่วนบุคคล (n=398)	จำนวน	Mean	SD	t/F	P-value
การใช้สารเสพติดในปัจจุบัน					
ไม่ได้ใช้สารเสพติด	375	119.34	14.76	3.88	.001**
ใช้สารเสพติด	23	110.86	9.81		
ปัญหาสุขภาพ					
สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว	93	129.94	10.68	10.57	.000**
มีปัญหาสุขภาพ	305	115.47	14.02		
เหตุผลในการเข้าพัก					
ไม่มีผู้ดูแล	276	118.32	15.65	1.18	.236
อื่น ๆ เช่น มีปัญหาที่บ้าน	122	120.04	12.05		
การตัดสินใจในการเข้าพัก					
ตัดสินใจเอง	286	120.31	13.77	2.99	.003**
บุคคลอื่นตัดสินใจให้	112	115.12	16.16		

* P < .05, ** P < .01

จากตารางที่ 4.5 จากการศึกษพบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันส่วนใหญ่จะมีลักษณะคะแนนคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ลักษณะส่วนบุคคลดังกล่าว ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพเดิม การดำรงชีวิตก่อนเข้าพัก ในสถานที่พักผู้สูงอายุ ลักษณะที่อยู่อาศัยเดิม ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว ผู้ที่ดูแลใกล้ชิดก่อนเข้าพักในสถานที่พักผู้สูงอายุ การใช้สารเสพติด ปัญหาสุขภาพ และการตัดสินใจในการเข้าพัก ส่วนปัจจัยด้านสถานภาพสมรสและเหตุผลในการเข้าพำนั้นไม่พบว่าลักษณะที่ต่างกันจะมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.6 ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเบื้องต้น ได้แก่ สภาพแวดล้อม การบริการ
กิจกรรม และความสัมพันธ์ทางสังคม กับคะแนนคุณภาพชีวิต

ปัจจัยส่วนบุคคล (n=398)	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับ คะแนนคุณภาพชีวิต
จำนวนสมาชิกในห้องพัก	-.288 *
คะแนนความพึงพอใจในลักษณะการบริการ	.052
คะแนนความพึงพอใจในด้านกิจกรรม	.102 *
คะแนนความพึงพอใจในด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม	.176 *

* P < .05, ** P < .01

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ปัจจัยด้านจำนวนสมาชิกในห้องพัก มีความสัมพันธ์ทางลบกับ
คะแนนคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนความพึงพอใจในลักษณะ
การบริการ ไม่พบว่ามีสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติ ส่วนคะแนน
ความพึงพอใจในด้านกิจกรรม และคะแนนความพึงพอใจในด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคมมีความ
สัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Design) ซึ่งเป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนเอกชน โดยได้ทำการศึกษาที่ได้ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) จากสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค จำนวน 203 คน และจากสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนจำนวน 195 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 398 คน เก็บข้อมูลโดยการคัดกรองอาการทางด้านสมองเสื่อม สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลทางด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากนั้นเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติเชิงอนุมานทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในสถานที่พักผู้สูงอายุทั้ง 2 ประเภท

สรุปผลการวิจัย

ตอนที่ 1 จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไป และการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

1.1 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคล

เพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 315 คน คิดเป็นร้อยละ 79.1 และเป็นเพศชายจำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 20.9

อายุ โดยส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 70-80 ปี มีจำนวน 218 คน คิดเป็นร้อยละ 54.8 รองลงมาอายุมากกว่า 80 ปี มีจำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 23.1 โดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 76.08 ± 7.28

สถานที่พักผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค มีจำนวน 203 คน คิดเป็นร้อยละ 51.0 และได้จากสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชน มีจำนวน 195 คน คิดเป็นร้อยละ 49.0

สถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหม้ายเนื่องจากคู่สมรสเสียชีวิต มีจำนวน 197 คน คิดเป็นร้อยละ 49.5 รองลงมาคือเป็นโสด มีจำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 23.1

ศาสนา เกือบทุกคนที่นับถือศาสนาพุทธ มีจำนวน 397 คน คิดเป็นร้อยละ 99.7 มีเพียง 1 คนที่นับถือศาสนาคริสต์ คิดเป็นร้อยละ 0.3

ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา มีจำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 38.7 รองลงมาคือไม่ได้ศึกษา มีจำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 36.7

อาชีพเดิม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเดิมคือรับจ้าง มีจำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 27.6 รองลงมาประกอบอาชีพค้าขายหรือประกอบธุรกิจส่วนตัว มีจำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 25.6

การดำรงชีวิตก่อนเข้าพักในสถานที่พักผู้สูงอายุ การดำรงชีวิตก่อนเข้าพักในสถานที่พักผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับบุตรหลานหรือญาติ จำนวน 254 คน คิดเป็นร้อยละ 63.8 รองลงมาคืออยู่คนเดียว จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 26.2

ลักษณะที่อยู่อาศัยเดิม ส่วนใหญ่พักบ้านส่วนตัว จำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 46 รองลงมาพักอยู่กับบุตรหลานหรือญาติ จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 30.7

ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ก็เข้ากันได้ดีไม่ค่อยทะเลาะกัน จำนวน 216 คน คิดเป็นร้อยละ 54.3

ผู้ดูแลใกล้ชิดก่อนเข้าพักในสถานที่พักผู้สูงอายุ โดยส่วนมากบุตรหลานหรือญาติจะเป็นผู้ดูแล จำนวน 244 คน คิดเป็นร้อยละ 61.3 รองลงมาคือไม่มีผู้ดูแล มีจำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 29.7

การใช้สารเสพติดในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้สารเสพติด จำนวน 375 คน คิดเป็นร้อยละ 94.2 มีเพียง 23 คนเท่านั้นที่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 5.8

ปัญหาสุขภาพจากการวินิจฉัยของแพทย์ ในเรื่องของปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจากการวินิจฉัยของแพทย์ จำนวน 305 คน คิดเป็นร้อยละ 76.6

เหตุผลหรือการตัดสินใจเข้าพัก เหตุผลหรือการตัดสินใจที่จะเข้าพักส่วนใหญ่ ตัดสินใจเองจำนวน 286 คน คิดเป็นร้อยละ 71.8 รองลงมาคือบุตรหลานหรือญาติตัดสินใจ จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 21.9

1.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคมีลักษณะข้อมูลทั่วไปส่วนใหญ่แตกต่างจากสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ปัจจัยดังกล่าวได้แก่ ปัจจัยทางด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพเดิม การใช้สารเสพติด ปัญหาด้านสุขภาพ เหตุผลที่เข้าพักรวมถึงการดำรงชีวิต ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลใกล้ชิด ลักษณะที่อยู่อาศัยก่อนเข้าพักในสถานที่พักผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยทางด้านศาสนาไม่พบว่ามีแตกต่างกันในผู้สูงอายุของสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและผู้สูงอายุเอกชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 2 ลักษณะคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ลักษณะคุณภาพชีวิตในด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มีจำนวน 367 คน คิดเป็นร้อยละ 92.2 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจ เท่ากับ 18.47 ± 2.26

ลักษณะคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มีจำนวน 312 คน คิดเป็นร้อยละ 78.4 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพ เท่ากับ 30.86 ± 4.58

ลักษณะคุณภาพชีวิตในด้านสภาพแวดล้อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มีจำนวน 392 คน คิดเป็นร้อยละ 98.5 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านสภาพแวดล้อม เท่ากับ 26.57 ± 1.84

ลักษณะคุณภาพชีวิตในด้านการพึ่งพาตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มีจำนวน 285 คน คิดเป็นร้อยละ 71.6 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านการพึ่งพาตนเอง เท่ากับ 26.51 ± 6.08

ลักษณะคุณภาพชีวิตในด้านกิจกรรม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มีจำนวน 266 คน คิดเป็นร้อยละ 66.8 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านกิจกรรม เท่ากับ 16.43 ± 4.02

ลักษณะคุณภาพชีวิตในด้านรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มีจำนวน 243 คน คิดเป็นร้อยละ 61.1 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านรวม เท่ากับ 118.85 ± 14.65

ตอนที่ 3 ศึกษาความแตกต่างของลักษณะคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

จากผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคแตกต่างจากผู้สูงอายุในสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคแตกต่างจากผู้สูงอายุในสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนทั้งในด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม และการพึ่งพาตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และเมื่อพิจารณาคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านโดยเฉลี่ยพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในสถานที่พักเอกชนมีคะแนนสูงกว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค ยกเว้นคุณภาพชีวิตในด้านกิจกรรม ซึ่งไม่พบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคมีความแตกต่างจากผู้สูงอายุในสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ผลการศึกษาได้อภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชน และปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต จากผลการศึกษาพบว่า ลักษณะคุณภาพชีวิตในด้านรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มีจำนวน 243 คน คิดเป็นร้อยละ 61.1 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง มีจำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 24.6 และอยู่ในระดับไม่ดีมีจำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 14.3 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านรวม เท่ากับ 118.85 ± 14.65 โดยเมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค พบว่า คุณภาพชีวิตด้านรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 48.8 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง มีจำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 26.6 และอยู่ในระดับไม่ดี มีจำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 24.6 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านรวม เท่ากับ 113.16 ± 14.73 ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุในสถานที่พักเอกชน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 144 คน คิดเป็นร้อยละ 73.8 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง มีจำนวน 44 คน คิดเป็น

ร้อยละ 22.6 และอยู่ในระดับไม่ดีมีจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 3.6 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านรวม เท่ากับ 124.78 ± 11.99 ที่เป็นดังนี้อาจเป็นเพราะการให้บริการและการดูแลของสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนนั้นมีความเป็นมาตรฐานในระดับที่สามารถตอบสนองคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุที่พักอยู่สถานที่พักดังกล่าวได้

จากผลการศึกษาดังกล่าว สอดคล้องกับศิริพร ลิ้มพัฒนานนท์⁽⁹⁷⁾ ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันตกของประเทศไทย และดวงใจ เป็ลยีนบำรุง⁽⁹⁸⁾ ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคใต้ของประเทศไทย และกันยารัตน์ อุบลวรรณ⁽⁹⁴⁾ ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคกลางของประเทศไทย โดยส่วนใหญ่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกับเจียมจิต แสงสุวรรณ และคณะ⁽⁹¹⁾ ที่ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหมู่บ้านม่วงหวานจังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามผลการศึกษา ก็มีความแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ดังการศึกษาของวาสนา เกื้อนวนษ์⁽⁸⁾ ที่ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และจากการศึกษาของจิระพร อภิชาติบุตร⁽¹¹⁰⁾ ที่ทำการศึกษาผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัดในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 300 คน พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ลักษณะดังกล่าว ชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างของสิ่งแวดล้อมและถิ่นที่อยู่ที่เป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งอาจมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ได้ผู้วิจัยได้ปรับข้อความจากแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของวาสนา เกื้อนวนษ์ ซึ่งทำการศึกษากับผู้สูงอายุที่พักอาศัยในครัวเรือนทั่วไป ซึ่งอาจมีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตที่มีความแตกต่างกันกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานที่พักผู้สูงอายุ

2. จากผลการศึกษาความแตกต่างของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคแตกต่างจากผู้สูงอายุในสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคแตกต่างจากผู้สูงอายุในสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนทั้งในด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม และการพึ่งพาตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ที่เป็นดังนี้อาจเป็นเพราะความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค

และผู้สูงอายุในสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนที่แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดทั้งในด้านเพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, อาชีพเดิม, การดำรงชีวิตก่อนเข้าพัก, ลักษณะที่อยู่อาศัยเดิม, ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว, ผู้ที่ดูแลใกล้ชิด, การใช้สารเสพติด, ปัญหาสุขภาพ และเหตุผลในการเข้าพัก โดยจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ลักษณะดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อระดับคะแนนคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันรวมถึงการพิจารณาในด้านการให้บริการของสถานที่พักผู้สูงอายุที่เป็นส่วนของการราชการและเอกชนนั้น อาจมีการให้บริการที่แตกต่างกันในรายละเอียดโดยขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจฐานะของผู้สูงอายุที่จะสามารถเลือกใช้บริการของสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนได้เนื่องจากจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการบริการ ลักษณะการบริการจึงน่าจะมีคุณภาพที่แตกต่างกันไปในแต่ละที่ เช่นในเรื่องของคุณภาพการดูแลตามความคาดหวังของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ประเด็นหลักๆ ได้แก่ อาหาร, การดูแล, สิ่งแวดล้อม และบุคคลากร ดังเช่น อังคนา ตันท์เอกคุณ⁽¹¹¹⁾ ที่ได้ทำการศึกษาคุณภาพการดูแลตามความคาดหวังของผู้สูงอายุ ได้พบประเด็นหลักทั้ง 4 ประการ ที่จะส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รวมถึงความพึงพอใจของผู้สูงอายุในแต่ละบุคคลด้วย โดย อาภากร ชัยสุริยา⁽¹¹²⁾ ได้ทำการศึกษาในเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยด้านเพศ และความสัมพันธ์ที่มีต่อเจ้าหน้าที่ ส่งผลต่อความพึงพอใจในสถานสงเคราะห์ที่แตกต่างกัน ซึ่งลักษณะความพึงพอใจก็เป็นส่วนหนึ่งในการพิจารณาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และข้อจำกัดต่างๆ ของสถานสงเคราะห์คนชราก็ยังเป็นส่วนหนึ่งต่อการพัฒนาในเรื่องคุณภาพการให้บริการ ดังเช่น นิภา ส. ตุมรสุนทร และนางลักษณณ์ เอมประดิษฐ์⁽¹¹³⁾ ได้ทำการศึกษาการให้บริการในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ พบว่าปัญหาในการให้บริการของสถานสงเคราะห์ในแต่ละที่นั้นมีความคล้ายคลึงกัน คือ บุคคลากรมีจำนวนจำกัด ปัญหาการปรับตัวเข้ากับผู้สูงอายุ และปัญหาภาวะเบียดเบียนในสถานสงเคราะห์ เป็นต้น ลักษณะดังกล่าวจึงเป็นข้อจำกัดในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่แตกต่างกันของสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชน และเมื่อพิจารณาระดับคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านโดยเฉลี่ยพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในสถานที่พักเอกชนมีคะแนนสูงกว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค ยกเว้นคุณภาพชีวิตในด้านกิจกรรม ซึ่งไม่พบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค มีความแตกต่างจากผู้สูงอายุในสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่เป็นดังนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบการจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุนั้น มีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน ได้แก่ กายบำบัด เช่น การออกกำลังกาย, อาชีวบำบัด เช่น การฝึกอาชีพงานฝีมือ, นันทนาการ เช่น การร้องเพลง ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์, ศาสนา เช่น การไปทำบุญ ฟังธรรม สวดมนต์ เป็นต้น รูปแบบดังกล่าวได้มีการประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลาย ทั้งนี้ยังขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และความเหมาะสมในการจัดกิจกรรมให้

กับสมาชิกในแต่ละสถานที่อีกด้วย การศึกษาในด้านกิจกรรมของผู้สูงอายุ นั้น สุรกุล เจนอบรม ได้ทำการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมสูง จะมีการปรับตัวได้ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม บุคคลที่จะสามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมได้ จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง⁽¹¹⁴⁾

3. จากผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันส่วนใหญ่จะมีลักษณะคะแนนคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ลักษณะส่วนบุคคลดังกล่าวได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพเดิม การดำรงชีวิตก่อนเข้าพักในสถานที่พักผู้สูงอายุ ลักษณะที่อยู่อาศัยเดิม ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว ผู้ที่ดูแลใกล้ชิดก่อนเข้าพักในสถานที่พักผู้สูงอายุ การใช้สารเสพติด ปัญหาสุขภาพ และเหตุผลในการตัดสินใจเข้าพัก ส่วนปัจจัยด้านสถานภาพสมรสและเหตุผลในการเข้าพักนั้นไม่พบว่ามีลักษณะที่แตกต่างกันจะมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในส่วนของปัจจัยทางด้านเพศของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันพบว่า มีคะแนนคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน โดยเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต พบว่าเพศชายสูงกว่าเพศหญิง (ชาย=123.4±10.5, หญิง=117.65±15.35) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากเพศหญิงมักจะอ่อนไหวในเรื่องของอารมณ์และสุขภาพทางด้านร่างกาย อันจะส่งผลต่อรายละเอียดปลีกย่อยของลักษณะคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับประภาพร จินันทุยา⁽⁹⁾ ที่ศึกษาไว้ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างหญิง อันเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงยังมีความรู้สึกที่ตนเองมีความสามารถด้านร่างกายต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย ปรับตัวได้ยากกว่า รวมทั้งเพศหญิง จะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่น และมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าเพศชาย จึงเป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ส่วนกันยารัตน์ อุบลวรรณ⁽⁹⁴⁾ ได้ศึกษาปัจจัยทางด้านเพศ พบว่า มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่เมื่อพิจารณาในแต่ละเพศแล้ว จะเห็นว่าเพศชายมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมากกว่าเพศหญิง โดยให้เหตุผลว่าลักษณะของสังคมไทยในสมัยก่อนมีการอบรมเลี้ยงดูเพศชายให้มีลักษณะความเป็นผู้นำและกำหนดบทบาทให้อยู่ในฐานะหัวหน้าครอบครัว เป็นที่พึ่งของสมาชิกทุกคนในครอบครัวรวมทั้งแม่บ้านด้วย ส่วนเพศหญิงนั้น จะถูกกำหนดบทบาทให้เป็นแม่บ้าน ต้องอยู่ภายใต้การปกครองและต้องให้ความเคารพในความเป็นผู้นำของเพศชายด้วย ไม่ว่าเพศชายจะนำพาไปทางไหนเพศหญิงต้องปฏิบัติตาม แม้บางครั้งจะไม่เห็นด้วยและวรรณา กุมาร

จันทร์⁽⁶⁰⁾ ที่ได้ศึกษาปัจจัยด้านเพศของผู้สูงอายุ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าเพศชายมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศหญิง โดยกล่าวว่าเพศเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพของบุคคลในสังคม แสดงถึงค่านิยมของบุคคลที่บ่งบอกถึงคุณภาพ พลังอำนาจ และความสามารถตามธรรมชาติของมนุษย์ตามปัจจัยกรรมพันธุ์ โดยเฉพาะในสังคมไทยในสมัยก่อนมีค่านิยมให้เกียรติเพศชายเป็นหัวหน้าครอบครัว ดังนั้นการตัดสินใจจึงขึ้นอยู่กับหัวหน้าครอบครัว นอกจากนี้ลักษณะทางสรีระของเพศชายและลักษณะงานอาชีพ จะบ่งบอกถึงความสามารถทางด้านร่างกายมากกว่าเพศหญิง เพศหญิงจึงรู้สึกว่าเป็นเพศอ่อนแอ มีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูง และมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าเพศชาย และการที่เพศชายได้รับการยกย่องจากสังคม ทำให้เพศชายเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า จึงเกิดความพึงพอใจในชีวิต และถึงแม้ว่าภรรยาจะเสียชีวิตลงผู้ที่เป็นสามีที่ได้เข้ามาอยู่ในสถานที่พักผู้สูงอายุซึ่งมีเจ้าหน้าที่ดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีจึงรู้สึกที่ตนเองได้รับความสำคัญเช่นเดิม

ในส่วนของปัจจัยทางด้านอายุของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันพบว่ามีความแตกต่างโดยเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุ 70-80 ปี มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้วยวิธีการทดสอบค่าความต่างของคะแนนเฉลี่ยรายคู่แบบ Sheffe ที่เป็นดังนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดในด้านสุขภาพร่างกาย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อกรดำเนินชีวิต และลักษณะคุณภาพชีวิตโดยตรงสอดคล้องกับการศึกษาของประภาพร จินันทุยา⁽⁹⁾ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 70-87 ปี โดยได้อธิบายไว้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะที่แตกต่างกันตามช่วงอายุ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากขึ้นจะมีระดับพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้น การพึ่งพาผู้อื่นจะทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกที่ตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างต่ำลงได้ แต่กลุ่มตัวอย่างหรือผู้สูงอายุวัยต้น จะมีสุขภาพดีกว่า และสามารถดูแลตนเองได้มากกว่า ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 60-69 ปี จึงมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 70-87 ปี และสอดคล้องกับ วรรรณา กุมารจันทร์⁽⁶⁰⁾ ที่ได้ศึกษาปัจจัยด้านอายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($r_s = -.325, p < .05$) โดยอธิบายไว้ว่า อายุเป็นตัวบ่งชี้ถึงวัยของบุคคล ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต และความสามารถในการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพราะอายุมากขึ้นจะทำให้สมรรถภาพทางกายลดลง ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมตลอด

จนการประกอบอาชีพ การเปลี่ยนแปลงอาชีพหรือการเกษียณอายุราชการจะมีผลต่อจิตใจผู้สูงอายุ ผลการศึกษาสอดคล้องกับกอบกุล สุขสวัสดิ์⁽¹⁰¹⁾ ที่ได้ศึกษาพบ ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุของผู้สูงอายุกับค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต โดยพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (97.36) รองลงมาได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 70-79 ปี และอายุ 80 ปีขึ้นไป ตามลำดับ (93.33 และ 88.41) โดยให้เหตุผลไว้ว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้นความเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจก็เพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ ความเสื่อมของร่างกายจะปรากฏให้เห็นในทุกระบบ และส่งผลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ เพิ่มขึ้น ในด้านจิตใจเป็นผลสืบเนื่องมาจากความรู้สึกเหงาและว้าเหว่ ไม่ว่าจะเป็นการจากไปของคู่สมรส บุตร หรือเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกันประการหนึ่ง ประการต่อมาผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลต่อความไม่มั่นคงในชีวิต เนื่องจากสภาพความเสื่อมทางกายทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ในผู้สูงอายุช่วง 60-69 ปี ส่วนใหญ่ยังสามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้ และรู้สึกกว่าตนเองไม่ได้เป็นภาระของครอบครัวและสังคม ย่อมทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ขณะผู้สูงอายุช่วง 80 ปีขึ้นไป น่าจะสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองน้อยลง ต้องพึ่งพานุทรหลานหรือผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความพึงพอใจในชีวิตลดน้อยลง คุณภาพชีวิตก็ย่อมจะลดน้อยลงตามไปด้วย

ในส่วนของปัจจัยทางด้านสถานภาพสมรสของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันไม่พบว่ามีคะแนนคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่เป็นดังนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตสามารถเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และยอมรับได้ส่วนหนึ่ง อีกทั้งยังต้องเผชิญกับการสูญเสียบุคคลที่ตนเองรัก หรือเคยรู้จัก ลักษณะดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวและเข้าใจชีวิตได้ง่ายกว่าวัยอื่น ส่วนหนึ่งพบว่า สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีสถานะภาพโสด อาจเนื่องจากหลายสาเหตุที่ทำให้อยู่คนเดียว และในกลุ่มการศึกษานี้ เป็นการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุในสถานที่พักผู้สูงอายุ อาจทำให้เกิดความแตกต่างกับในหลาย ๆ การศึกษา ยกตัวอย่างเช่น ประภาพร จินันทุยา⁽⁹⁾ ที่ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีคุณภาพชีวิตสูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสโสด หมายถึง หย่า/แยก โดยอธิบายไว้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ยังคงอยู่ร่วมกับคู่สมรส มีความรู้สึกอบอุ่นที่มีเพื่อนวัยใกล้เคียงกันเป็นที่ปรึกษา คอยให้ความช่วยเหลือ ปลอดภัยนใจให้กำลังใจ นอกจากนี้ จะทำให้กลุ่มตัวอย่างนี้ไม่รู้สึกเหงาหรือโดดเดี่ยว มีความมั่นคงทางอารมณ์ และมีความรู้สึกมั่นคงในชีวิต ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่ จึงมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสโสด หมายถึง หย่า/แยก รวมถึงดวงใจ เปลี่ยนบำรุง⁽⁹⁸⁾ ได้ศึกษาพบว่าทั้งในกลุ่มที่มีสถานภาพสมรส

คู่และเดี่ยวมีจำนวนของผู้ที่มีระดับคุณภาพชีวิตดีมากกว่าผู้ที่มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง แต่ในผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีสัดส่วนของผู้ที่มีระดับคุณภาพชีวิตดีมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยว โดยให้เหตุผลว่า ผู้ที่อยู่กับคู่สมรสจะได้รับความรัก ความเห็นอกเห็นใจจากคู่สมรส มีเพื่อนคอยพูดคุยปรึกษาเมื่อมีปัญหาทำให้รู้สึกว่าจะต้องใช้ชีวิตอยู่ตามลำพังเหมือนผู้ที่ไม่ใช่คู่สมรส ดังนั้นในผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสจึงมีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตตนเองสูงกว่าผู้ที่ต้องอยู่ลำพัง

ในส่วนของปัจจัยทางด้านระดับการศึกษาของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน พบว่า มีคะแนนคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของผู้สูงอายุในกลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา ในกลุ่มที่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา และกลุ่มที่จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตน้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยวิธีการทดสอบค่าความต่างของคะแนนเฉลี่ยรายคู่แบบ Sheffe ที่เป็นดังนี้อาจเนื่องมาจาก ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาในระดับสูงจะมีลักษณะการพัฒนาความคิด การตัดสินใจแก้ไขปัญหา รวมถึงองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษายังสามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์กับชีวิตประจำวันอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ ศิริพร ลิ้มพัฒนานนท์⁽⁹⁷⁾ ที่ศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตในระดับดีเพิ่มขึ้นเมื่อได้รับการศึกษา โดยให้เหตุผลว่า การศึกษา ส่งเสริมให้บุคคลเกิดสติปัญญา มีโอกาสหาความรู้และมีเหตุผล สิ่งเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ถึงการปรับตัวในบทบาทหน้าที่ และยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง และการเปลี่ยนแปลงของสังคมในปัจจุบัน ทำให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น ซึ่งผลการวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างระดับคุณภาพชีวิตกับระดับการศึกษา เป็นความสัมพันธ์ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .001 และสอดคล้องกับจิระพร อภิชาติบุตร⁽¹¹⁰⁾ ที่ได้ศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r = .176$) กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ยังมีจำนวนปีการศึกษามากขึ้น (แสดงถึงระดับการศึกษาสูง) แนวโน้มระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุยิ่งสูงขึ้น ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษา ส่งเสริมให้บุคคลเกิดสติปัญญา ช่วยให้มีความสามารถในการคิด พิจารณาสถานการณ์ต่าง ๆ มีเหตุมีผล มีโอกาสหาความรู้ และรับฟังข้อมูลข่าวสารได้อย่างเข้าใจ สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ถึงการปรับตัวในบทบาทหน้าที่ และยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งกับตนเอง และสังคมปัจจุบันได้ดีกว่า

ในส่วนของปัจจัยทางด้านอาชีพเดิมของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน พบว่า มีคะแนนคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีอาชีพเกษตรกรรมพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตต่ำกว่าในทุกกลุ่ม ซึ่งได้แก่ กลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ กลุ่มที่ประกอบอาชีพรับจ้าง กลุ่มที่ประกอบอาชีพค้าขาย หรือธุรกิจส่วนตัว และกลุ่มที่ประกอบอาชีพข้าราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และยังพบว่า ในกลุ่มที่ประกอบอาชีพข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตมากกว่าทุกกลุ่มอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Sheffe ที่เป็นดังนี้อาจเป็นเพราะในกลุ่มที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เป็นกลุ่มที่มักมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ไม่มีเงินออมไว้ใช้ในยามชรา อีกทั้งยังต้องเหน็ดเหนื่อยตรากตรำกับงานหนัก ซึ่งจะส่งผลโดยตรงกับสุขภาพและคุณภาพชีวิตซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีสุขภาพที่ดี⁽¹⁰¹⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมน่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม โดยให้เหตุผลว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรมอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม ทั้งนี้เนื่องจากอาชีพเกษตรกรรมให้ผลผลิตและรายได้ต่ำ อีกทั้งยังต้องพึ่งพาธรรมชาติเป็นส่วนใหญ่ ผลผลิตต่ำ รายได้ไม่ดีทำให้ไม่มีเงินออมสำหรับไว้ใช้จ่ายในยามสูงอายุ ในยามปกติก็ยอมมีกำลังซื้อน้อย สิ่งอำนวยความสะดวกหรือแม้แต่อาหารที่มีประโยชน์ ที่อยู่อาศัยในสภาพดีก็ลดน้อยลง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก็ย่อมแตกต่างกันออกไป ผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างจากประภาพร จินนุทยา⁽⁹⁾ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยประกอบอาชีพอื่นๆ โดยให้เหตุผลว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีความรู้สึกว่าเป็นตัวลดบทบาทในทันทีทันใด เมื่อมีอายุครบ 60 ปี ซึ่งเป็นการถูกลดบทบาทที่ได้เคยปฏิบัติหน้าที่การทำงานวันละไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง แต่สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เคยประกอบอาชีพอื่นๆ นั้น ไม่ต้องถูกลดเกษียณ บทบาทต่างๆ อาจเปลี่ยนแปลงไปบ้าง ซึ่งก็จะเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป นอกจากนี้ยังเป็นไปได้ว่า อาชีพอื่นๆ เช่น กิจการส่วนตัวต่างๆ อาจจะมีรายได้ที่สูงกว่าและมีฐานะทางเศรษฐกิจที่มั่นคง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพอื่นๆ มีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ

ในส่วนของปัจจัยทางด้านปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน พบว่า มีคะแนนคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ พบว่า มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหาทางสุขภาพ

ภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ ประภาพร จินันท์ยา⁽⁹⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว โดยให้เหตุผลว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว จะส่งผลกระทบต่อจิตใจทำให้มีความวิตกกังวลทั้งในแง่ของโรคที่เป็นอยู่ รวมทั้งการรักษาที่ต้องใช้เวลานานกว่าวัยอื่นหรือในแง่ของการเป็นภาระแก่บุตรหลาน อาจก่อให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อถอย ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามที่ต้องการได้ ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นมากขึ้น ตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว ไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ มีกำลังที่สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่น ทำให้มีโอกาสเห็นโลกกว้าง มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและพบปะเพื่อนฝูง ผู้สูงอายุจึงมีคุณภาพชีวิตสูงกว่า และผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ จิระพร อภิชาติบุตร⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาพบว่า สุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณภาพตนเองแข็งแรงดี มีแนวโน้มที่จะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี โดยชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าคุณภาพของตนไม่ดี จะแสดงความรู้สึกเปล่าเปลี่ยว และแปลกแยกมากกว่า ซึ่งอาจเป็นผลทำให้เกิดความรู้สึกซึมเศร้า นอกจากนี้สุขภาพอนามัยมีส่วนเกี่ยวข้องกับระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ เพราะถ้าผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายอ่อนแอ มีโรคภัยไข้เจ็บ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ทำให้ต้องขอรับความช่วยเหลือจากลูกๆ ซึ่งอาจจะทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตต่ำลงได้ เนื่องจากการพึ่งพิงเป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทที่น่ากลัวสำหรับผู้สูงอายุ คือต้องเปลี่ยนจากบทบาทของผู้ที่มีอิสระมาเป็นผู้ต้องพึ่งพิง ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ยากจะยอมรับได้ ดังนั้นสุขภาพอนามัยจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร และสอดคล้องกับ เจียมจิต แสงสุวรรณ⁽⁹¹⁾ ที่ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระหว่างผู้สูงอายุที่มีสภาวะสุขภาพดีกับผู้สูงอายุที่มีสภาวะสุขภาพไม่ดี พบว่ามีความแตกต่างกัน เนื่องจากการมีสภาวะสุขภาพดีจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ไม่เป็นภาระแก่คู่สมรส หรือบุตรหลาน ซึ่งการเป็นภาระไม่เพียงแต่หมายถึงค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการดูแลและช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ อีกด้วย

ลักษณะดังกล่าวเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ความแตกต่างของปัจจัยด้านการใช้สารเสพติด เนื่องจากผู้ที่ใช้สารเสพติดจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทำให้อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ แม้ผลการศึกษานี้จะพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยเฉลี่ยของผู้สูงอายุในกลุ่มที่ใช้สารเสพติดจะต่ำกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างก็มีขนาดค่อนข้างแตกต่างกัน การสรุปผลการวิจัยจึงจำเป็นต้องพิจารณาการศึกษาอื่น ๆ ด้วย

ในส่วนของปัจจัยทางด้านลักษณะความเป็นอยู่เดิม ได้แก่ การดำรงชีวิต ลักษณะที่อยู่อาศัย ผู้ดูแล และความสัมพันธ์กับผู้ดูแล ที่แตกต่างกัน พบว่าจะมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเมื่อพิจารณารายละเอียดปลีกย่อย พบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เดิมดำรงชีวิตอยู่กับคู่สมรส โดยมีคู่สมรสดูแล และเข้ากันได้ดีกับผู้ดูแล อีกทั้งมีบ้านพักที่เป็นส่วนตัว จะมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่แตกต่างจากกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Sheffe ที่เป็นดังนี้อาจเป็นเพราะปัจจัยด้านลักษณะความเป็นอยู่เดิมจะมีผลต่อคุณภาพชีวิต ยกตัวอย่างเช่น ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เดิมดำรงชีวิตอยู่กับคู่สมรส และคู่สมรสดูแล และมีความสัมพันธ์ที่ดี จะเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยปรับประคองจิตใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ช่วยกันแบ่งเบาภาระและปัญหา ทำให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในปัจจุบันได้

ในส่วนของปัจจัยทางการตัดสินใจในการเข้าพักที่แตกต่างกัน พบว่า จะมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ย พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ตัดสินใจในการเข้าพักเอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่บุคคลอื่นเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าพักให้ ที่เป็นดังนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุที่ตัดสินใจในการเข้าพักเอง เป็นกลุ่มที่มีอิสระทางความคิด และไม่ได้ถูกบีบบังคับ ซึ่งแตกต่างกับอีกกลุ่มที่อาจไม่เต็มใจในการเข้าพักในสถานที่พักจึงอาจส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตในปัจจุบันได้ จากการศึกษา ลักษณะการเข้าพักในสถานที่พักผู้สูงอายุของ วิทยาลัยครูจันทระเกษม⁽¹¹⁵⁾ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตัดสินใจในการเข้าพักด้วยตนเอง จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้สูงอายุบางรายเข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์โดยมิได้บอกให้ทางครอบครัวทราบเนื่องจากเกรงว่าจะไม่ได้รับอนุญาตให้เข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์ หรือบางรายมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับสมาชิกในครอบครัว นอกจากผู้สูงอายุเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเองแล้วยังมีบุคคลอื่นที่เป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา คือ บุตร ญาติสนิท แพทย์ บางคนก็ได้รับคำแนะนำจากเพื่อนบ้านให้มาอยู่ในสถานสงเคราะห์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในสถานที่พักที่แตกต่างกัน

ในส่วนของปัจจัยทางด้านจำนวนสมาชิกในห้องพักนั้น พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.288$) ที่เป็นดังนี้อาจเนื่องมาจากจำนวนสมาชิกที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลกระทบต่อลักษณะความเป็นส่วนตัว พื้นที่ในการใช้สอย และความแออัดที่เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานที่พักผู้สูงอายุได้ จากการศึกษาของวิทยาลัยครูจันทระเกษม⁽¹¹⁵⁾ พบว่า สำหรับผู้ที่เข้ารับบริการแบบสามัญใน

สถานที่พักผู้สูงอายุ ห้องพักห้องหนึ่งจะมีคนชราอยู่รวมกันประมาณ 11 – 12 คน เติงนอนตั้งเรียงติดต่อกันซึ่งมีลักษณะแออัดค่อนข้างมากลักษณะดังกล่าวส่งผลต่อความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในสถานที่พักผู้สูงอายุ

ในส่วนของปัจจัยทางด้านคะแนนความพึงพอใจในด้านกิจกรรม และคะแนนความพึงพอใจในด้านสัมพันธภาพทางสังคมนั้น พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.102$ และ $.176$ ตามลำดับ) ที่เป็นดังนี้อาจเป็นเพราะลักษณะความพึงพอใจในด้านกิจกรรมและสัมพันธภาพทางสังคม เป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์และสร้างความพอใจให้กับผู้สูงอายุรวมถึงสัมพันธภาพที่ดีทางด้านสังคมนั้นจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพกายและจิตช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีความสุข ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย ในส่วนของปัจจัยทางด้านความพึงพอใจ ในลักษณะการบริการไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่เป็นดังนี้อาจเป็นเพราะลักษณะการให้บริการของสถานที่พักผู้สูงอายุนั้นมีรูปแบบบางอย่างที่ใกล้เคียงกัน ยกตัวอย่างเช่น การดูแลในด้านปัจจัย 4 ความสะอาดของที่พัก ซึ่งทำได้เป็นอย่างดีเป็นมาตรฐาน จึงอาจไม่เห็นความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตอย่างเด่นชัดได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะ

1. แม้ว่าระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จะมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจ, สุขภาพ, สภาพแวดล้อม และด้านกิจกรรม อยู่ในระดับดี แต่พบว่าผู้สูงอายุในสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านสูงกว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค ดังนั้นรัฐบาลจึงควรเพิ่มการดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคในด้านต่างๆ เช่น เพิ่มบุคคลากรด้านสุขภาพเพื่อดูแลผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมง เป็นต้น

2. ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ทั้งภาครัฐบาลและเอกชน รวมถึงผู้สูงอายุที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุทั้งภาครัฐบาลและเอกชน และผู้สูงอายุทั่วไป ให้มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าในปัจจุบัน โดยทุกฝ่ายต้องร่วมมือกันในการให้ความรักและดูแลผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ ทั้งระดับครอบครัว ระดับชุมชน และระดับประเทศ และควรมีการส่งเสริมสถาบันครอบครัวให้มีความรัก ให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุโดยเลี้ยงดูผู้สูงอายุให้มีความสุขในบั้นปลายของชีวิต และแม้ว่าจะไม่ได้พักอาศัยร่วมกับผู้สูงอายุก็ควรไปเยี่ยมเยียนบ้างเพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นใจ และไม่รู้สึกรำเหว

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความพร้อมในการรองรับสถานการณ์ของผู้สูงอายุในแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือรับผิดชอบ เช่น ความพร้อมในการให้บริการด้านสุขภาพอนามัย และสถานที่พักของผู้สูงอายุให้มีมาตรฐานที่ดีเพื่อรองรับผู้สูงอายุในอนาคต ซึ่งภาครัฐบาลและภาคเอกชนควรมีการส่งเสริมให้ประชาชนมีการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะก้าวสู่วัยสูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นความพร้อมในด้านการเงิน ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย การเตรียมจิตใจให้พร้อมที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ และที่สำคัญการเตรียมความพร้อมด้านสถานที่พักอาศัยในวัยสูงอายุ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุทั้งภาครัฐบาลและเอกชน ในระดับภาค รวมไปถึงระดับประเทศ เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถอ้างอิงไปถึงประชากรได้กว้างขวางยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อจะได้ข้อมูลเพิ่มเติมมากขึ้นอันจะเป็นประโยชน์ในการนำผลวิจัยมาเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

1. World Health Organization. The World Health Report: Life in the 21st century “A vision for all”. Geneva: World Health Organization; 1988.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: งานสำมะโนประชากรและเคหะ ฝ่ายสถิติประชากรและเคหะ กองสถิติสังคม; 2543.
3. นพวรรณ จงวัฒนา. **ฐานข้อมูลผู้สูงอายุในประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.
4. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. **การสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
5. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. **ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพลับพลึง; 2542.
6. The World Health Organization Quality Of Life Group. **The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument**. In: Orley J, Kuyken W, editors. Quality of life assessment: International perspectives. New York: Springer-Verlag; 1994.
7. สันทัด เสริมศรี. **ประชากรศาสตร์ทางสังคม**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน สาขาวิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
8. วาสนา เกื้อนวงษ์. **พฤติกรรม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร** [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
9. ประภาพร จินันทุยา. **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง** [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2536.
10. สุรกุล เจนอบรม. **วิทยาการผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2534.

11. รัตนา เพชรอุไร, พรทิพย์ อาณาประโยชน์, ดาราวรรณ เจียมเพิ่มพูน. **การวิจัยผู้สูงอายุในประเทศไทย: นามานุกรมหน่วยงานส่งเสริมและฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ผู้สูงอายุ.** เอกสารกองบริหารงานวิจัย หมายเลข 038/44 มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
12. Barrow GM, Smit PA. **Aging, aginism and society.** St. Paul : West Publishing; 1979.
13. Anderson. **Newton's Geriatric Nursing.** Sain Louise : The C.V. Proosby; 1971.
14. จันทรฉาย ฉายากุล. **ประสิทธิผลการให้ความรู้เรื่องการฝึกออกกำลังกาย.** กรุงเทพฯ: (ม.ป.ท.); 2538.
15. สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. **สังคมวิทยาภาวะสูงอายุ ความเป็นจริงและการคาดการณ์ในสังคมไทย.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2539.
16. กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย. **แผนประชาสงเคราะห์แม่บทฉบับที่ 2 พ.ศ. 2530-2534.** กรุงเทพฯ: กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย; 2530.
17. ฝน แสงสิงแก้ว. **ข้อคิดบางประการในเรื่องสุขภาพจิตผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ: บ้านบางแค; 2526.
18. ประพิน วัฒนกิจ. "มโนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ". **วารสารกองการพยาบาล** 2531; 15: 8-12.
19. บรรลุ ศิริพานิช. **การบริการสุขภาพจิตผู้สูงอายุ: การประชุมวิชาการทางสุขภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 3. (ม.ป.ท); 2526.
20. ชุติมา หฤทัย. "นโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข". **วารสารกองการพยาบาล** 2531; 15: 1-7.
21. วิฑูรย์ แสงสิงแก้ว. "แผนการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ". **วารสารสุขศึกษา: พลศึกษา สันทนาการ** 2533; 7: 4.
22. สถาบันวิจัยโภชนาการ. "โภชนาการผู้สูงอายุ". **หมอชาวบ้าน** 2531; 5: 10-9.
23. สุพัตรา สุภาพ. **สังคมและวัฒนธรรมไทย ค่านิยม ครอบครัว ศาสนา ประเพณี.** พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2531.
24. กุลยา ตันติผลาชีวะ. **การพยาบาลผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เจริญกิจ; 2524.
25. กุลยา ตันติผลาชีวะ. **การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ.** กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์; 2528.
26. นิศา ชูโต. **คนชราไทย.** กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2525.

27. วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์, โยธิน แสงวงดี. **ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและการมีโครงการพัฒนาที่มีต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย : รายงานการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2530.** กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2530.
28. บุญมาส สันธูประมา. **สังคมวิทยาความสูงอายุ.** เชียงใหม่: สมพรการพิมพ์; 2539.
29. ศรีทับทิม พานิชพันธ์. "การบริหารสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย". **วารสารสังคมสงเคราะห์,** 2534; 6 : 52-86.
30. ราชบัณฑิตยสถาน. **พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525.** พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์; 2531.
31. ศีราวงศ์ ทับสายทอง. **จิตวิทยาวัยผู้ใหญ่.** กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533.
32. จีราวรรณ ประกอบผล. "สุขภาพจิตผู้สูงอายุ". **สรรพสิทธิเวชสาร** 2531; 9: 181-7.
33. Burgess AW. **Mental health function and dysfunctions: Psychiatric nursing in the hospital and community.** 5th ed. California: Appleton and Large; 1990.
34. Pherson Mc, Barry D. **Aging as a social process.** Toronto: Butterworth; 1983.
35. สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. **การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม: แนวทางการศึกษาวิเคราะห์และวางแผน.** ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา; 2536.
36. ไพฑูรย์ เครือแก้ว ณ ลำพูน. **ลักษณะสังคมไทย.** กรุงเทพฯ: เลียงเชียงจงเจริญ; 2515.
37. Roger E. **Modernization among Peasants.** New York : Holt, Rinchart and Winston; 1969.
38. Cowgill, DO. **Aging and moderniztion: a theory of aging in cross-culture perspective.** New York: Meredith Corporation; 1972.
39. ชิดชัย สนั่นเสียง. "แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต". **วารสารประชากรศึกษา** 2528; 8 : 56-65.
40. George LK, Bearson LB. **Quality of life in older persons.** New York: Human Science Press; 1980.
41. Sharma RC. **Population, resource, environment and quality of life: the meaning of quality of life.** New Delhi: Dhanpat Rai & Sons; 1988.

42. Wallace S. Identification of quality of life indicators for use in family planning programme in developing countries. (n.p.): Pennsylvania State University; 1988.
43. Padilla GV, Grant MM. Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *ANS Adv Nurs Sci* 1985; 8: 45-60.
44. Ragsdale D, Morrow DR. Quality of life as a function of HIV classification. *Nurs Res* 1990; 39: 355-9.
45. Lewis FM. Experienced personal control and quality of life in late – stage cancer patients. *Nurs Res* 1982; 31: 113-9.
46. Hughes B. *Aging and later life: gerontological approaches to quality of life*. London: SAGE Publications; 1993.
47. Hunter S. Adult day care: promoting quality of life for the elderly. *J Gerontol*, 1992; 18: 17-20.
48. Lowton MP. The structure of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a reinterpretation. *J Gerontol* 1983; 38: 181-9.
49. Orem DE. *Nursing concepts of practice*. New York: Mc. Graw-Hill Book; 1980.
50. Zhan L. Quality of Life: concept and measurement issues. *J Adv Nurs*, 1992; 17: 795-800.
51. Dubos R. The state of health and the quality of Life. *West J Med* 1976; 125: 8-9.
52. Campbell A. Subjective measure of well - being. *Am Psycho* 1976; 31: 117-24.
53. Flanagan JC. Measurement of quality of life: current state of the art. *Arch Phys Med Rehabil*, 1982; 63: 56-9.
54. พนิษฐา พานิชชีวะกุล. การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสมมติสำหรับผู้สูงอายุในชนบท [วิทยานิพนธ์สาธาณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.
55. ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2532.

56. ประภา รัตน์เมธานนท์. การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจวาย [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2532.
57. ฉัตรวลัย ใจอารีย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533.
58. อัจฉรา นวจินดา, ขจีจรัส ภิรมย์ธรรมศิริ. ความพึงพอใจ: ตัวแปรกลาง การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2534. กรุงเทพฯ: 21 เซ็นจูรี; 2534.
59. ชัยวัฒน์ ปัญจพงษ์. คุณภาพชีวิต ประชากรศึกษา. กรุงเทพฯ: ภาควิชาศึกษาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2526.
60. วรธนา กุมารจันทร์. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543.
61. สุชาติพิศ อุบาลาบดี. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533.
62. Haug MR, Folmar SJ. Longevity, gender and life quality. J Health Soc Behav. 1986; 27: 332-45.
63. Berghorn FS, Schafer DE. Associates. The dynamics of aging. Colorado: Westview Press; 1981.
64. ศรีเรือน แก้วกังวาล. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. กรุงเทพฯ: (มปท.), 2538.
65. Calkins E, Davis PJ, Ford AB. The practice of geriatrics. Philadelphia: W.B. Saunders; 1986.
66. Barrow GM, Smit PA. Aging aginism and society. St. Paul. Minn: West Publishing Company; 1976.
67. กฤษฎา ตงศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2531.

68. Frank-Stromberg M. Selecting an instrument to measure quality of life. *Oncol Nurs Forum* 1984; 11: 88-91.
69. UNESCO. Evaluation the quality of life in Belgium. *Soc Indic Res*, 1980; 7: 312.
70. จำเรียง ฐุระสุวรรณ, นิตยา ภาสูนันท์, วินัส ตันติบูล. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2532.
71. อานนท์ อาภาภิรม. มนุษย์กับสังคม: สังคมไทย วัฒนธรรมไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย; 2535.
72. Hanlon JJ, Pickett GE. *Public health : administration and practice*. 8th ed. St.Louis: Times Mirror/Mosby College Publishing; 1984.
73. เขมิกา ยามะรัตน์. ความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา: ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2527.
74. กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ. ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้เกษียณอายุราชการในเขตอำเภอหาดใหญ่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2531.
75. Edward JN, Klemmack, DL. Correlates of life satisfaction: A re-examination. *J Gerontol* 1973; 28: 499-502.
76. วาทีณี บุญชะลัดกี, ยุพิน วรสิริอมร. จุดเปลี่ยนนโยบายประชากรประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2539.
77. Roberts SJ, Krouse HJ. Enhancing self care through active negotiation. *Nurse Prac* 1988; 13: 44-52.
78. มารศรี นุชแสงพลี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีผู้สูงอายุในชุมชนบ่อนไก่กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมและมานุษยวิทยา มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2532.
79. สุวิมล พนาวัฒนกุล. อัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2531.

80. จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ** [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
81. นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์. **สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบของเศรษฐกิจสังคม และประชากรสูงอายุในประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2532.
82. Kimmel DC, Price KF, Walker JW. Retirement choice and retirement satisfaction. J Gerontol 1978; 33: 575-85.
83. Hogstel MO. Nursing care of the older adult. Texas : Delmar Publishers; 1981.
84. ปราโมทย์ วังสะอาด. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์** [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2530.
85. กนกพร สุคำวัง. **แบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม** [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
86. ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง** [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
87. สมจิตต์ สุพรรณทศน์, นิภา มนูญปัจจุ. **ประชากรและคุณภาพชีวิต**. กรุงเทพฯ: ศรีอนันต์, 2525.
88. ยนต์ ชุ่มจิต. **สังคมวิทยาการศึกษา**. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์; 2530.
89. ปัทมา อมรศิริสมบูรณ์. **การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2535**. กรุงเทพฯ: 21 เซ็นจูรี; 2535.
90. Yurik AG. The aged person and the nursing process. Connection: Appleton Century-Crofts; 1984.
91. เจียมจิต แสงสุวรรณ. **การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหมู่บ้านม่วงหวาน จังหวัดขอนแก่น** [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2536.

92. มาลี เลิศมาลีวงศ์, สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. **ความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ**. Rama Nurs J. 1995; 1: 24-33.
93. พิรุณช จันทรวงศ์. **พฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง** [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
94. กันยารัตน์ อุบลวรรณ. **พฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคกลางของประเทศไทย** [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
95. เอกรัตน์ เขื่อนอินตา. **พฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย** [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
96. ฉัตรทอง อินทร์นอก. **พฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย** [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
97. ศิริพร ลิ้มพัฒนานนท์. **พฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันตกของประเทศไทย** [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
98. ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง. **พฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย** [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
99. วันทนีย์ ขำเพ็ง. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนบทจังหวัดนครราชสีมา** [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
100. จีรณัฐ สมโชค. **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน** [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
101. กอบกุล สุดสวัสดิ์. **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช** [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมวิทยามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.

102. วรรณ ตันชัยสวัสดิ์. **ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุและอิทธิพลของการอยู่ในสถาน
สงเคราะห์คนชรา: การศึกษาขั้นต้น**. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2528.
103. Tidemark J, Zethraeus N, Svensson O, Törnkvist H, Ponzer S. Femoral neck fractures in the elderly: functional outcome and quality of life according to EuroQol. *Qual Life Res* 2002; 11: 473-81.
104. Woodward JM, Hass SL, Woodward PJ. Reliability and validity of the sexual life quality questionnaire (SLQQ). *Qual Life Res* 2002; 11: 365-77.
105. Matsubayashi K, Okumiya K, Osaki Y, Fujisawa M, Doi Y. Quality of life of old people living in the community. *Lancet* 1997; 350 : 1521-2.
106. Uenishi Y, Tsumura H, Miki T, Shiraki K. Quality of life of elderly Japanese patients with glaucoma. *Int J Nurs Pract* 2003; 9: 18-25.
107. Schneider J, Wooff D, Carpenter J, Brandon T, McNiven F. Community mental healthcare in England: associations between service organisation and quality of life. *Health Soc Care Community*, 2002; 10: 423-34.
108. Saxena S, Carlson D, Billington R. World Health Organisation Quality Of Life. The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-Bref): the importance of its items for cross-cultural research. *Qual Life Res* 2001; 10: 711-21.
109. ภิรมย์ กมลรัตนกุล, มนต์ชัย ชาลาประวรรตน์, ทวีสิน ต้นประยูร. **หลักการทำให้วิจัยให้สำเร็จ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2543.
110. จิระพร อภิชาติบุตร. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การอุปถัมภ์จากครอบครัว และการบริการสุขภาพในชุมชนกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัดเขต กรุงเทพมหานคร** [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
111. อังคนา ตัณฑ์เอกคุณ. **คุณภาพการดูแลตามความคาดหวังของผู้สูงอายุในสถาน
สงเคราะห์คนชรา** [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.

112. อภากร ชัยสุริยา. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพอใจของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค** [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2543.
113. นิภา ส. ตุมรสุนทร และนางลักษณ์ เอมประดิษฐ์. **รูปลักษณะการจัดบริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุของในสถานสงเคราะห์ภาครัฐบาลและเอกชนในอนาคต**. รายงานการวิจัย คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2538.
114. สุรกุล เจนอบรม. **วิทยาการผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครูศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2534.
115. วิทยาลัยครูจันทระเกษม. **การสัมมนา ผู้เฒ่าถูกทอดทิ้งจริงหรือ**. กรุงเทพฯ: 2528.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมในงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมในการวิจัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยครั้งนี้

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ ดังนี้

1. เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริม รักษา ป้องกัน ตลอดจนฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไปในอนาคต
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและการจัดบริการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุที่พักในสถานสงเคราะห์คนชราทั้งภาครัฐบาลและเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุต่อไป

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ท่าน โดยใช้แบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 3 ชุด ดังต่อไปนี้

- | | |
|--|--------------|
| 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป | จำนวน 36 ข้อ |
| 2. แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา | จำนวน 19 ข้อ |
| 3. แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ | จำนวน 34 ข้อ |

ประการสำคัญที่ท่านควรทราบคือ การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใดๆ เป็นพิเศษทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลท่านเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

หากท่านมีข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ นางสาวอัมภัสชา พานิชชอบ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกธนาคารกรุงเทพ โทรศัพท์ 0-2256-4298 ซึ่งยินดีให้คำตอบท่านทุกประการ

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่อง การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค
และสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. 2545

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อนำข้อมูลของผู้สูงอายุที่พักในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยต่อไปในอนาคต

วิธีการวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ซึ่งจะครอบคลุมเกี่ยวกับเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปสรุปผลรวมของการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ อีกทั้งข้าพเจ้ายังมีสิทธิในการปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัยเมื่อใดก็ได้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลงนาม ผู้ยินยอม

ลงนาม พยาน

ลงนาม ผู้วิจัย

คำชี้แจงแบบสอบถาม

งานวิจัยเรื่อง “การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล” (A Study of Quality of Life of the Elderly in Bangkae Homes and Private Homes for the Aged in Bangkok and Boundaries)

1. แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ชุด ดังนี้
 - 1.1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 31 ข้อ
 - 1.2. แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (CMT) จำนวน 19 ข้อ
(Chula Mental Test)
 - 1.3. แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 34 ข้อ
2. ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ฟังทุกข้อ กรุณาตอบตามความเป็นจริงมากที่สุด คำตอบที่ได้จะไม่มีผลใดๆ กับท่านทั้งสิ้น และทุกคำตอบจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ โดยจะนำคำตอบไปวิเคราะห์ในภาพรวมเท่านั้น
3. ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

เลขที่แบบสอบถาม _____

วันที่เก็บข้อมูล ____ / ____ / 2545

สถานที่เก็บข้อมูล

- สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค _____
- สถานที่พักผู้สูงอายุเอกชน _____

ระยะเวลาเข้าพัก ____ ปี ____ เดือน [เข้าพักเมื่อวันที่ ____ เดือน _____ พ.ศ. ____]

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1. ส่วนบุคคล

1. เพศ
1. ชาย
2. หญิง
2. อายุ ____ ปี [เกิดวันที่ ____ เดือน _____ พ.ศ. ____]
3. สถานภาพสมรส
1. โสด
2. สมรส : อยู่ด้วยกัน
3. สมรส : แยกกันอยู่
4. หม้าย : หย่าร้าง
5. หม้าย : คู่สมรสเสียชีวิต
4. จำนวนบุตร ____ คน
5. ศาสนา
1. พุทธ
2. คริสต์
3. อื่นๆ ระบุ _____

1.2. ประวัติการศึกษา

6. ระดับการศึกษาสูงสุด
1. ไม่ได้เรียนหนังสือ
2. จบการศึกษา ระบุ _____

1.3. การงานและเศรษฐกิจ

7. อาชีพเดิม

1. เกษตรกรรม
2. รับจ้าง
3. ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว
4. ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ
5. ไม่ได้ประกอบอาชีพ
6. อื่นๆ ระบุ _____

8. รายได้เดิม (ต่อเดือน โดยประมาณ) ระบุจำนวนเงิน _____ บาท

9. แหล่งที่มาของรายได้ปัจจุบัน

1. เงินเก็บสะสม
2. เงินบำนาญ / บำนาญ
3. คู่สมรส บุตร และญาติ
4. อื่นๆ ระบุ _____

10. รายได้ปัจจุบัน (ต่อเดือน โดยประมาณ) ระบุจำนวนเงิน _____ บาท

1.4. ประวัติครอบครัว

11. การดำรงชีวิตก่อนเข้าพักในสถานที่พักแห่งนี้

1. อยู่คนเดียว
2. อยู่กับคู่สมรส
3. อยู่กับบุตรหลาน ญาติ
4. อื่นๆ ระบุ _____

12. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่อาศัยในบ้านเดียวกัน (รวมผู้ตอบแบบสอบถาม)

1. อยู่คนเดียว
2. อยู่ _____ คน

13. ลักษณะที่อยู่อาศัยเดิม

1. บ้านพักส่วนตัว
2. บ้านของบุตรหลาน ญาติ
3. อื่นๆ ระบุ _____

14. ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน

1. เข้ากันได้ดี ไม่ค่อยทะเลาะกัน
2. ทะเลาะกันบ้าง นานๆ ครั้ง
3. ทะเลาะกันเป็นประจำ

15. ผู้ดูแลใกล้ชิดก่อนเข้าพักในสถานที่พักแห่งนี้

- 1. ไม่มีผู้ดูแล
- 2. คู่สมรส
- 3. บุตรหลาน ญาติ
- 4. อื่นๆ ระบุ _____

1.5. สุขภาพ

16. การใช้สารเสพติด ในปัจจุบัน

- 1. ไม่ได้ใช้สารเสพติด
- 2. ใช้สารเสพติด
 - 2.1. บุหรี่
 - 2.2. สุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
 - 2.3. อื่นๆ ระบุ _____

17. ปัญหาสุขภาพ (จากการตรวจทางการแพทย์)

- 1. สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว
- 2. มีปัญหาสุขภาพ ได้แก่
 - 2.1. โรคทางระบบประสาท โรคทางจิตเวช
 - 2.2. โรคทางคอ หู เช่น โรคหวัด ไชน์ส ฯลฯ
 - 2.3. โรคทางตา การมองเห็น เช่น ตาฝ้า ต้อกระจก ฯลฯ
 - 2.4. โรคทางหู การได้ยิน เช่น หูตึง หูอื้อ ฯลฯ
 - 2.5. โรคในช่องปากและฟัน เช่น ฟันผุ ปวดฟัน เหงือกอักเสบ
 - 2.6. โรคหัวใจ หลอดเลือดหัวใจ
 - 2.7. โรคความดันโลหิต
 - 2.8. โรคเบาหวาน
 - 2.9. โรคทางระบบหายใจ เช่น หืด หอบ ฯลฯ
 - 2.10. โรคระบบกระเพาะอาหารหรือทางเดินอาหาร เช่น โรคกระเพาะ
 - 2.11. โรคทางระบบขับถ่าย
 - 2.12. โรคทางระบบทางเดินปัสสาวะ
 - 2.13. โรคกระดูก
 - 2.14. โรคปวดเรื้อรัง เช่น ปวดข้อ ปวดเข่า ปวดหลัง ปวดศีรษะ
 - 2.15. อื่นๆ ระบุ _____

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่พัก

2.1. เหตุผลและการตัดสินใจเข้าพัก

18. เหตุผลที่เข้าพักในสถานที่พักแห่งนี้

1. ไม่มีผู้ดูแล

2. อื่นๆ ระบุ _____

19. ผู้ตัดสินใจให้เข้าพักในสถานที่พักแห่งนี้

1. ตัดสินใจเอง

2. บุตรหลาน ญาติ

3. อื่นๆ ระบุ _____

2.2. สภาพสิ่งแวดล้อม

20. ลักษณะห้องพัก

1. พักอยู่คนเดียว

2. พักรวมกับ _____ ทั้งหมดจำนวน _____ คน

2.3. การบริการ

ข้อ	ท่านพอใจในบริการต่อไปนี้ ในระดับใด	พอใจ มาก	พอใจ	เฉยๆ	ไม่พอ ใจ	ไม่พอใจ มาก
21.	อาหาร (จำนวนมื้อ ปริมาณ รสชาติ คุณภาพ)					
22.	เสื้อผ้า (การทำความสะอาด)					
23.	ความสะอาดที่พัก					
24.	การช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่					
25.	การให้คำปรึกษา					

2.4. กิจกรรม

ข้อ	ท่านพอใจในกิจกรรมต่อไปนี้ ในระดับใด	พอใจ มาก	พอใจ	เฉยๆ	ไม่พอ ใจ	ไม่พอใจ มาก
26.	ด้านกายภาพบำบัด (การออกกำลังกาย เครื่องมือทำกายภาพบำบัด)					
27.	ด้านอาชีพบำบัด (งานประดิษฐ์ ทำอาหาร)					
28.	ด้านนันทนาการ (จัดงานปีใหม่ ฟังวิทยุ จัดวันผู้สูงอายุ จัดท่องเที่ยว ดูโทรทัศน์)					
29.	ด้านศาสนา (ฟังธรรม นั่งสมาธิ)					

2.5. ข้อมูลด้านความสัมพันธ์ทางสังคม

ข้อ	ท่านพอใจในเรื่องต่อไปนี้ ในระดับใด	พอใจ มาก	พอใจ	เฉยๆ	ไม่พอ ใจ	ไม่พอใจ มาก
30.	เพื่อน					
31.	บุตรหลาน ญาติ					

แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (CMT)
(Chula Mental Test)

“ต่อไปนี้จะเป็นการทดสอบสมองและความจำ คำถามที่ใช้ทดสอบบางคำถามอาจจะง่ายหรือต้องมีการ
สมมุติ ขอให้ผู้สูงอายุช่วยพยายามตอบด้วย”

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
1. <u>“ปีนี้คุณอายุเท่าไร?”</u>	_____	1 / 0
2. <u>“ขณะนี้กี่โมง?”</u> (อาจตอบคลาดเคลื่อนได้ 1 ชั่วโมง)	_____	1 / 0
3. พูดคำว่า <u>“ร่ม กะทะ ประตู่”</u> ให้ฟังซ้ำๆ ซัดๆ 2 ครั้ง แล้วบอกให้ผู้ถูกทดสอบทวนชื่อทั้งสามดังกล่าวนั้นที่ (ชื่อที่ถูก 1 ชื่อ = 1 คะแนน)	“ร่ม” “กะทะ” “ประตู่”	1 / 0 1 / 0 1 / 0
4. <u>“เดือนนี้เดือนอะไร?”</u> (อาจตอบเป็นเดือนไทย / เดือนสากลก็ได้)	_____	1 / 0
5. <u>“คนนั้นเป็นใคร?”</u> (ให้ถามถึงบุคคล 2 คน เช่น แพทย์, พยาบาล, หรือบุคคลใกล้เคียง)	บุคคลที่ 1 บุคคลที่ 2	1 / 0 1 / 0
6. <u>“ข้าว 1 ถัง มีกี่ลิตร / กี่กิโลกรัม?”</u>	20 ลิตร / 15 กก.	1 / 0
7. ให้ผู้ถูกทดสอบทำตามคำสั่ง ที่จะบอกต่อไปนี้ <u>“ให้ตบมือสามทีแล้วออกดอก”</u> (ให้ 1 คะแนน ถ้าทำได้ถูกต้องครบทุกขั้นตอน)		1 / 0
8. จงบอกความหมายของสุภาษิตต่อไปนี้ <u>“หนีเสือปะจระเข้”</u> ตัวอย่างคำตอบที่ถูกต้อง		1 / 0
1. หนีจากสิ่งที่ไม่ดีไปพบสิ่งที่ไม่ดีอีก		
2. หนีจากสถานการณ์หรือบุคคลที่เป็นอันตรายไปพบสถานการณ์หรือบุคคลที่เป็นอันตรายอีก		
3. หนีจากสิ่งที่เลวร้ายไปพบสิ่งที่เลวร้ายกว่าเดิม		

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
9. บอกผู้ถูกทดสอบว่าจงฟังประโยคต่อไปให้ดีเมื่อฟังจบแล้วให้พูดตามทันที “ฉันชอบดอกไม้ เสียงเพลง แต่ไม่ชอบหมา” (ให้ 1 คะแนน ถ้าพูดได้ถูกต้องตามลำดับทั้งประโยค)		1 / 0
10. ถามผู้ถูกทดสอบว่า “ถ้าลืมกุญแจบ้านจะทำอย่างไร” (ให้ 1 คะแนน ถ้าคำตอบมีเหตุผลเหมาะสม โดยที่คำตอบนั้นแสดงถึงความพยายามที่จะ แก้ไขปัญหาด้วยความเป็นไปได้และไม่ก่อให้เกิดความเสียหายมาก) <u>ตัวอย่างคำตอบที่ได้คะแนน</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. ทดลองนำกุญแจอันอื่นหรือวัสดุอื่นที่ใส่แทนได้ที่มีอยู่ในบริเวณใกล้เคียงมาลองไขกุญแจ 2. ตามช่างทำกุญแจ (ถ้าอยู่ไม่ไกลนัก) 3. ไปขอกุญแจที่ผู้อื่นมีเก็บไว้ (เช่น ญาติ) ในกรณีที่อยู่ไม่ไกลจากบ้าน 4. หาทางเข้าบ้าน (ถ้าสามารถทำได้) หรือขอความช่วยเหลือจากผู้อยู่ใกล้เคียง เช่น ปีนหน้าต่าง, งัดช่องลม <u>ตัวอย่างคำตอบที่ไม่ได้คะแนน</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่รู้จะทำอย่างไร นั่งรอจนกว่าจะมีคนอื่นกลับมา 2. ฟังประตูเข้าไป 3. ไปเอากุญแจที่บุคคลอื่นในบ้านเก็บไว้แต่อยู่ไกลมาก เช่น อยู่ต่างจังหวัดหรือใช้เวลาเดินทางนาน มาก 	1 / 0	
11. บอกให้ผู้ถูกทดสอบ นับเลขจาก 10 – 20 (ให้ 1 คะแนน ถ้าสามารถนับได้ถูกต้องตามลำดับทั้งหมด)		1 / 0
12. ชี้ไปที่ นาฬิกา แล้วถามว่าคืออะไร ? / เรียกว่าอะไร ?		1 / 0
ชี้ไปที่ ปากกา แล้วถามว่าคืออะไร ? / เรียกว่าอะไร ?		1 / 0
13. บอกผู้ถูกทดสอบ ลบเลขทีละ 3 จาก 20 ทั้งหมด 3 ครั้ง $20 - 3 = a$ $a = 17$ $17 - 3 = b$ $b = 14$ $14 - 3 = c$ $c = 11$ (ให้คะแนนตามจำนวนเลขที่ลบได้ถูกต้อง ครั้งละ 1 คะแนน)		1 / 0 1 / 0 1 / 0

แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ผู้สูงอายุตอบคำถาม โดยให้คำตอบตรงกับความเป็นจริงตามความรู้สึกของผู้สูงอายุ ซึ่งมีเกณฑ์การตอบดังนี้

เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุ
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุ

ข้อความ	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย
สถานภาพทางเศรษฐกิจ				
1. ท่านรู้สึกว่าคุณมีเงินเพียงพอสำหรับซื้ออาหารที่อยากรับประทานตามที่ต้องการ				
2. ท่านรู้สึกว่าคุณมีเงินเพียงพอสำหรับซื้อเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มตามที่ต้องการ				
3. ท่านรู้สึกว่าคุณมีเงินเพียงพอสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเมื่อจำเป็น				
4. ท่านรู้สึกว่าคุณมีเงินมากพอที่จะทำบุญได้ทุกครั้งที่อยากทำ				
5. ท่านรู้สึกว่าคุณมีทรัพย์สินมากพอที่จะเลี้ยงดูตนเองตลอดชีวิต				
สุขภาพ				
6. ท่านรู้สึกว่าคุณมีสุขภาพแข็งแรงดีเช่นเดียวกับบุคคลที่อยู่ในวัยเดียวกันกับท่าน				
7. ท่านรู้สึกว่าคุณมีการมองเห็นปกติ				
8. ท่านรู้สึกว่าคุณได้ยินเสียงชัดเจนดี				
9. ท่านรู้สึกว่าคุณเคี้ยวอาหารได้ดี				
10. ท่านรู้สึกว่าการย่อยอาหารของท่านปกติ				
11. ท่านรู้สึกว่าการขับถ่ายของท่านปกติ				
12. ท่านรู้สึกว่าคุณตระหนานดูแลเอาใจใส่ท่านดี				
13. ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง				
14. ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถปรับตัวได้กับการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ ในชีวิต เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียญาติมิตร				

ข้อความ	เห็น ด้วย มาก	เห็นด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่ เห็น ด้วย
สภาพแวดล้อม				
15. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพที่พักที่ท่านอยู่ในปัจจุบันมีความคงทนถาวรดี				
16. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพที่พักของท่านมีน้ำดื่มใช้ที่สะอาดและเพียงพอ				
17. ท่านรู้สึกว่าเป็นสุขและสบายใจเมื่ออยู่ในสถานที่พักแห่งนี้				
18. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพเตียงนอนให้ความเคารพนับถือท่าน				
19. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพเพื่อนฝูงเข้าใจและยอมรับในตัวท่าน				
20. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพที่พักที่ท่านอยู่มีสภาพแวดล้อมและสาธารณูปโภคที่ดี				
21. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพที่พักที่ท่านอยู่มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน				
การพึ่งพาตนเอง				
22. ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถทำอาหารสำหรับตนเองได้ หากท่านต้องการ				
23. ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถเดินขึ้นบันไดได้ด้วยตัวเอง				
23. ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำความสะอาดร่างกายได้				
25. ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถจัดการการใช้จ่ายเงินของตนเองได้				
26. ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถเดินทางด้วยตนเองเพื่อไปสังสรรค์พูดคุยกับเพื่อนที่พักในสถานที่พักแห่งนี้ได้				
27. ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถเดินทางไปธุระนอกบ้านคนเดียวได้				
28. ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถดูแลตนเองได้				
29. ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวได้เมื่อจำเป็น				
การทำกิจกรรม				
30. ท่านรู้สึกว่าคุณได้ไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไปวัด ไปโบสถ์ ทำบุญตักบาตร ตามที่ท่านต้องการ				
31. ท่านรู้สึกว่าคุณได้มีส่วนร่วมในงานสังคม / ชมรม เช่น งานประจำปี กิจกรรมในสถานที่พักแห่งนี้ได้ตามที่ต้องการ				
32. ท่านรู้สึกว่าคุณได้ทำงานอดิเรกหรือพักผ่อนหย่อนใจ เช่น เย็บปักถักร้อย ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ตามที่ท่านต้องการ				
33. ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถไปเยี่ยมเยียนเพื่อนตามที่ต้องการได้				
34. ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถไปจับจ่ายซื้อของตามที่ท่านต้องการได้				

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอัมภัสชา พานิชชอบ เกิดเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2517 ที่อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจากโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในปีการศึกษา 2538 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2543 ปัจจุบันรับราชการตำแหน่งพนักงานคุมประพฤติ 3 สำนักงานคุมประพฤติประจำศาลอาญากรุงเทพใต้ กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย