



**A MODEL OF QUALITY OF LIFE DEVELOPMENT AFFECTING
THE ELDERLY IN BURIRAM PROVINCE**

Apinan Sonnoi

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Doctor of Philosophy Program
in Leadership for Professional Development**

September 2016

Copyright of Buriram Rajabhat University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของ นายอภิรักษ์ สมน้อย
เรียบร้อยแล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาภาวะผู้นำเพื่อการพัฒนาวิชาชีพ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

คณะกรรมการสอบ

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.มาลี ไชยเสนา)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยาภรณ์ ศิริภาณุมาศ)
ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

..... กรรมการ
(ดร.สุรัชย์ ปิยานุกูล)
ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ จีวัฒนา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำเพื่อการพัฒนาวิชาชีพ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สมคุณา)

วันที่..... เดือน... 25 0. 0. 2556 พ.ศ.....

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์		
ผู้วิจัย	อภิรักษ์ สนน้อย		
ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปิยาภรณ์ ศิริภาณุมาศ	ที่ปรึกษาหลัก	
	ดร.สุรชัย ปิยานุกูล	ที่ปรึกษาร่วม	
ปริญญา	ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต	สาขาวิชา	ภาวะผู้นำเพื่อการพัฒนาวิชาชีพ
สถานศึกษา	มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์	ปีที่พิมพ์	2559

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อ 1) ศึกษาสภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ 2) ศึกษาระดับของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ 3) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ และ 4) สร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยใช้วิธีวิจัยแบบผสมวิธี แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 2 วิธีวิจัยเชิงปริมาณ ศึกษาจากประชากร ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลและเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ทั้ง 23 อำเภอ ในจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 189,816 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรทาโร ยามาเน่ ได้ตัวอย่างจำนวน 400 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติวิเคราะห์ ใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และ ระยะที่ 3 วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง โดยกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา อธิบายและตีความเทียบเคียงกับบริบทการวิจัย โดยวิธีวิเคราะห์แบบอุปนัย ผลการวิจัยพบว่า 1) สภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ด้านร่างกาย สุขภาพของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดัน ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นอยู่ดี อบอุ่น มีความเหมาะสม ความสัมพันธ์กับครอบครัวชุมชน ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมการทำกิจกรรมพอสมควร ด้านสภาพแวดล้อม ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีความเหมาะสม 2) ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านจิตใจ และ อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านร่างกาย และด้านสภาพแวดล้อม 3) ปัจจัยที่ส่งผลต่อ

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่ ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ และ ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบคือ .299, .260, .127, .232 และ .064 ตามลำดับ ส่วนค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ .316, .286, .163, .221, และ .082 ตามลำดับ โดยที่ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 5 ตัวมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ .858 สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ได้ร้อยละ 73.70 ($R^2=0.737, F=220.63$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4) รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้สูงอายุ ควรพัฒนาตนเองช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัว ควรช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ หน่วยงานภาครัฐ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จัดสวัสดิการกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ดูแลความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ อบรมให้ความรู้ จัดตั้งอำนวยความสะดวก จัดบริการสาธารณะ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในชุมชน

TITLE A Model of Quality of Life Development Affecting the Elders in Buriram Province

AUTHOR Apinan Sonnoi

THESIS ADVISORS Assistant Professor Dr. Piyapom Siripanumas Major Advisor
Dr. Surachai Piyanukool Co-advisor

DEGREE Doctor of Philosophy MAJOR Leadership for Professional Development

SCHOOL Buriram Rajabhat University YEAR 2016

ABSTRACT

The aims of this research were: 1) to study quality of life of the elderly in Buriram province, 2) to investigate their levels of quality of life, 3) to analyze the factors affecting their quality of life, and 4) to design the model of developing their quality of life. The mixed research methods were employed. Three phases of the study were categorized: Phase 1: The qualitative research was employed. The target group consisted of 40 informants taking care of the activities relevant to the elders. They were selected by a purposive random sampling method. The data were collected by using an in-depth interview. The content analysis was also conducted. Phase 2: The quantitative research was utilized. The population consisted of 189,816 elders living in municipalities and Subdistrict Administrative Organizations of 23 districts in Buriram province. The Taro Yamane method was employed for calculating the sample size, and the samples of 400 informants were selected by a multistage random sampling technique. The instrument was a questionnaire. The descriptive statistics used Pearson Correlation Analysis and Multiple Linear Regression Analysis: R^2 with the statistical significance set at .05. Phase 3: The qualitative research was used. The target population consisted of 20 experts and scholars involved with and specialized in developing the elders' quality of life. They were selected by a purposive random sampling technique. Workshop was carried out in this phase. The obtained data were analyzed via content analysis, description, interpretation and an analytic induction method. The research results revealed that: 1) The elders' quality of life in the physical aspect, it showed that they were not healthy, having a lot of chronic diseases, such as diabetes and blood pressure. In the mental aspect, they had a good relationship with their family members and took part in different activities organized at their communities. In the environmental aspect, they lived in the proper

residences. 2) Their quality of life was overall found at a high level. Having considered each aspect, it showed that the social relationship and mental aspects were at a high level while physical and environmental aspects were at a moderate level. 3) The factors significantly influenced on their quality of life were as follows: daily routine, relationship with their families and communities, social encouragement, living satisfaction and self-esteem. The regression coefficient indices of T score were .299, .260, .127, .232, and-.064 respectively. The regression coefficient indices of Z score were .316, .286, .163, .221 and .082 respectively. The multiple correlation coefficient index of the five prediction variables was .858. The prediction of their quality of life was 73.70% ($R^2=0.737$, $F=220.63$) at the .05 level of the statistical significance. 4) The study indicated that the model affecting the development of their quality of life should cover the following factors: The elders should develop themselves and help themselves in some cases. Those who are taking care of the elders and their family members should take care of and pay more attention to them importance on them. And government organizations, such as local administrative organizations, subdistrict health promotion hospitals should take full responsibility in developing the elders' quality of life, providing social welfare, organizing activities for good health, providing life and property security, managing suitable environment, promoting the elders' potential, training them, providing facilities and public services and encouraging them to participate in community activities.

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากบุคคลหลายฝ่าย ในการให้คำแนะนำปรึกษาและปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.มาลี ไชยเสนา ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยาภรณ์ ศิริภานุมาศ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ ดร.สุรัชย์ ปิยานุกูล กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ จีวัฒนา กรรมการสอบ ที่กรุณาให้คำแนะนำดูแลลูกศิษย์ จนทำให้วิทยานิพนธ์ สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณนายปัญญา ปานแก้ว รักษาการท้องถิ่นจังหวัดบุรีรัมย์ นายไกรวัลย์ เดือนจำรูญ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดบุรีรัมย์ ดร.รุ่งเรือง แสนโกษา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม นายประหยัด ต๊ะสุยะ ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์ และ นายปรีชา พรหมบุตร พัฒนาการจังหวัดบุรีรัมย์ ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบคุณภาพ ของเครื่องมือ และให้คำแนะนำเป็นอย่างดีสำหรับผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัยทุกท่านในการอำนวยความสะดวก และ บุคลากรผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ตลอดจนผู้ทรงเกียรติทุกท่านที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุน ในการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

บุคคลที่อยู่เบื้องหลังที่สำคัญยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณ พ่อ แม่ ญาติ อันเป็นที่รักและ ขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกคนผู้เป็นกำลังที่สำคัญยิ่งของผู้วิจัย มาโดยตลอด จนกระทั่งงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ในที่สุด

คุณค่าและประโยชน์จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบบูชาพระคุณของบิดา มารดา และบูรพาจารย์ ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาทุกท่าน

อภิรักษ์ ทยาน้อย

สารบัญ

	หน้า
หน้าอำนวยการ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
ประกาศคุณูปการ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพประกอบ	ฎ
บทที่	
1	บทนำ..... 1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1
	ความมุ่งหมายของการวิจัย..... 7
	คำถามเพื่อการวิจัย..... 7
	ความสำคัญของการวิจัย..... 7
	ขอบเขตของการวิจัย..... 8
	นิยามศัพท์เฉพาะ..... 10
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 14
	แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนา..... 14
	แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ..... 18
	แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ..... 36
	สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย..... 54
	สภาพปัญหาและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย..... 73
	บริบทที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์..... 112

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	116
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	125
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	129
การวิจัยระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาสภาพของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์.....	130
การวิจัยระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและ ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์.....	132
การวิจัยระยะที่ 3 การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์.....	141
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	145
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	145
ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	146
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	147
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	202
วิธีการดำเนินการวิจัย.....	202
สรุปผลการวิจัย.....	203
อภิปรายผล.....	205
ข้อเสนอแนะ.....	209
บรรณานุกรม.....	211

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ภาคผนวก.....	229
ภาคผนวก ก หนังสือขอความอนุเคราะห์.....	230
ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ.....	240
ภาคผนวก ค แบบสอบถามสำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ.....	245
ภาคผนวก ง ผลวิเคราะห์การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือผู้เชี่ยวชาญเพื่อการวิจัย.....	259
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	265

มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
Buriram Rajabhat University

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
2.1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการและการตอบสนองความต้องการ ของผู้สูงอายุ	53
2.2 แสดงปัจจัยหลักของคุณภาพชีวิต ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดย่อย	108
2.3 องค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ความหมาย สาระสำคัญในการวัดตัวแปรผล ในการวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์	126
3.1 จำนวนประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ จำแนกรายอำเภอ ในเขตเทศบาลและเขต องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.).....	133
3.2 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ จำแนกตามรายอำเภอ ในเขตเทศบาลและเขตองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)	135
4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมายผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ให้สัมภาษณ์.....	147
4.2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอายุของกลุ่มเป้าหมายผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ให้สัมภาษณ์.....	148
4.3 ผลการวิเคราะห์จำนวนครั้งและร้อยละที่กล่าวถึงประเด็นคำถามที่ 1 ของกลุ่มตัวอย่าง เป้าหมายผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์	150
4.4 ผลการวิเคราะห์จำนวนครั้งและร้อยละที่กล่าวถึงประเด็นคำถามที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่าง เป้าหมายผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์	152
4.5 ผลการวิเคราะห์จำนวนครั้งและร้อยละที่กล่าวถึงประเด็นคำถามที่ 3 ของกลุ่มตัวอย่าง เป้าหมายผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์	153
4.6 ผลการวิเคราะห์จำนวนครั้งและร้อยละที่กล่าวถึงประเด็นคำถามที่ 4 ของกลุ่มตัวอย่าง เป้าหมายผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์	154
4.7 ผลการวิเคราะห์จำนวนครั้งและร้อยละที่กล่าวถึงประเด็นคำถามที่ 5 ของกลุ่มตัวอย่าง เป้าหมายผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์	155
4.8 ผลการวิเคราะห์จำนวนครั้งและร้อยละที่กล่าวถึงประเด็นคำถามที่ 6 ของกลุ่มตัวอย่าง เป้าหมายผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์	157
4.9 ผลการวิเคราะห์จำนวนครั้งและร้อยละที่กล่าวถึงประเด็นคำถามที่ 7 ของกลุ่มตัวอย่าง เป้าหมายผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์	158

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง

หน้า

4.10	ผลการวิเคราะห์จำนวนครั้งและร้อยละที่กล่าวถึงประเด็นคำถามที่ 8 ของกลุ่มตัวอย่าง เป้าหมายผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์	159
4.11	ผลการวิเคราะห์จำนวนครั้งและร้อยละที่กล่าวถึงประเด็นคำถามที่ 9 ของกลุ่มตัวอย่าง เป้าหมายผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์	160
4.12	ผลการวิเคราะห์จำนวนครั้งและร้อยละที่กล่าวถึงประเด็นคำถามที่ 10 ของกลุ่มตัวอย่าง เป้าหมายผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์	162
4.13	จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม	164
4.14	แสดงค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม	166
4.15	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการประมาณค่าแบบช่วงของระดับ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยภาพรวม	167
4.16	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการประมาณค่าแบบช่วงของระดับ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ด้านร่างกาย	167
4.17	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการประมาณค่าแบบช่วงของระดับ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ด้านจิตใจ	169
4.18	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการประมาณค่าแบบช่วงของระดับ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	170
4.19	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการประมาณค่าแบบช่วงของระดับ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ด้านสภาพแวดล้อม	171
4.20	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการประมาณค่าแบบช่วงปัจจัยด้านการ ให้ คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์	172
4.21	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการประมาณค่าแบบช่วงปัจจัยด้านการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์	173
4.22	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการประมาณค่าแบบช่วงปัจจัยด้านความ พึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์	174
4.23	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการประมาณค่าแบบช่วงปัจจัยด้านการ มีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์	176

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
4.24 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการประมาณค่าแบบช่วงปัจจัยด้านการ สนับสนุนทางสังคม ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์	177
4.25 แสดงการกำหนดตัวแปร Norminal/Ordinal Scale เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy) และรหัสตัวแปร	179
4.26 แสดงการกำหนดรหัสตัวแปร Interval/Ratio Scale	180
4.27 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย ระหว่างตัวแปรอิสระทั้งหมดกับ ตัวแปรตามในรูปของเมตริกซ์สหสัมพันธ์ (Correlation matrix)	182
4.28 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ เพื่อค้นหาตัวแปรพยากรณ์ที่ดี โดยวิธีขั้นบันได (Stepwise Multiple Linear Regression)	185
4.29 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของกลุ่มตัวแปรพยากรณ์ที่ดี โดยใช้ตัวแปรพยากรณ์ จำนวน 5 ตัว พยากรณ์ตัวแปรตาม	187
4.30 ตารางแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	196

สารบัญภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
2.1 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในระดับบุคคล	31
2.2 กรอบแนวคิดในการวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์	128
4.1 กรอบแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์	189

มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
Buriram Rajabhat University

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรโลกและประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรที่คล้ายคลึงกัน ประชากรวัยเด็กมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โครงสร้างของประชากรกำลังมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุ" โดย องค์การสหประชาชาติได้ให้นิยามว่าประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ในสัดส่วนเกินร้อยละ 10 หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ เมื่อสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 และอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2546 : 1) และประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ ปี 2548 คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 10.5 และจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-2573 คาดว่าในปี 2571 จะมีผู้อายุเกิน 60 ปี ร้อยละ 23.5 และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.7 ในปี 2573 ส่วนประชากรวัยเด็ก (0-14 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มลดลงอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 24.6 ในปี 2543 เหลือร้อยละ 11.2 ในปี 2573 (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556 : 1)

แนวโน้มโครงสร้างทางประชากรผู้สูงอายุของสังคมไทย เมื่อปี 2553 ระบุว่า มีผู้สูงอายุทั่วประเทศประมาณ 8.5 ล้านคน โดยเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมดในประเทศไทยที่มีประมาณ 65.9 ล้านคน พบว่า มีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 13 และในอนาคตระดับความเป็นสังคมสูงวัยจะทวีความเข้มข้นขึ้นเรื่อยๆ โดยคาดประมาณว่า ในปี 2576 ประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในประเทศไทยจะมีถึง 19 ล้านคน เท่ากับร้อยละ 30 ของประชากรทั้งประเทศ (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2556 : 1) และในปี พ.ศ. 2583 จำนวนประชากรสูงอายุจะเพิ่มเป็นเกือบหนึ่งในสามของประชากรทั้งหมด ขณะเดียวกันจำนวนและสัดส่วนของประชากรวัยทำงานและประชากรวัยเด็กจะมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (วรเวศม์ สุวรรณระดา, 2557 : 16) และข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติได้ ระบุว่า ในระยะ 10 ปี จากนี้ไป หรือภายในปี พ.ศ. 2568 จำนวนผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11 ไป เป็นร้อยละ 20 หรือประมาณ 14.5 ล้านคน หรือคิดเป็นประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งประเทศ และที่สำคัญประชากรสูงอายุเหล่านี้ก็มีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวขึ้น นั่นขอมหมายความว่าระยะเวลาของการต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุจะยาวขึ้นด้วยเช่นกัน ปัจจุบันอายุคาดเฉลี่ยของผู้สูงอายุชาย อยู่ที่ 69.5 ปี ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงอยู่ที่

76.3 ปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2553) ในขณะที่สัดส่วนของวัยแรงงานต่อการเกื้อหนุนผู้สูงอายุไทย จะลดลงจาก 6 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คน ไปเป็น 2 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คน ในปี พ.ศ. 2573 หรือในระยะ 20 ปี ต่อจากนี้ไป (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2550) การเข้าสู่สังคมสูงอายุเช่นนี้ สิ่งสำคัญอย่างยิ่งก็คือ การเตรียมการรองรับการดูแลผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้น ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ ยังมีผลกระทบต่อภาวะทางเศรษฐกิจ สังคม และการบริหารประเทศ ทั้งนี้ เพราะเมื่อโครงสร้างประชากรเริ่มขยับไปสู่การมีประชากรสูงอายุมากขึ้นเรื่อย ๆ สัดส่วนของประชากรวัยทำงาน ที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุก็จะลดน้อยลง ซึ่งอัตราการเป็นภาวะวัยผู้สูงอายุหรือ อัตราการพึ่งพิงวัยผู้สูงอายุต่อผู้ที่อยู่ในวัยทำงานเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 16.0 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2553) ซึ่งในอนาคตจะเป็นปัญหาสำคัญที่ภาครัฐ รวมถึงภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประชากรในวัยทำงาน จะต้องเป็นผู้รับภาระดังกล่าวผ่านระบบภาษีและรัฐสวัสดิการอื่นๆ ซึ่งจะเห็นว่า แนวโน้มการมีบุตรลดลงค่อนข้างมาก ประกอบกับค่าเฉลี่ยอายุในปัจจุบันที่สูงขึ้น ในระยะยาวสังคมไทยจึงอาจประสบปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ อันเนื่องจากผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งอาจไม่มีบุตรหลานคอยดูแล

สภาพปัญหาที่ผู้สูงอายุในสังคมไทย ขาดการพัฒนาคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีนั้น ได้มีผู้ที่ทำการศึกษามากแล้วและจากการทบทวนเอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า แม้ผู้สูงอายุจะมีถิ่นที่อยู่ที่แตกต่างกันตามสภาพพื้นที่ชุมชนเมืองและชุมชนชนบท แต่มีปัญหาด้านคุณภาพชีวิตคล้ายคลึงกับปัญหาในระดับประเทศ กล่าวคือส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคทางร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 83.20 มีปัญหาด้านสุขภาพจิตจากความวิตกกังวลในเรื่องต่างๆ เป็นร้อยละ 68.50 และยังพบว่า เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น โรคที่เกี่ยวข้องกับกระดูกข้อและกล้ามเนื้อ ซึ่งพบในพื้นที่ค่อนข้างสูงกว่าโรคเรื้อรังอื่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและระดับของไขมันในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งเสี่ยงต่อการมีภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย โรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นการสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง (อรรถพร ใจสำราญ และคณะ. 2553 : 1) นอกจากนี้ปัญหาด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่กล่าวมาแล้ว ยังมีปัจจัยต่างๆ อีกมาก ที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านต่างๆ เช่น ปัญหาด้านการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติ แห่งชาติระบุว่า มีผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยวมีจำนวนถึง 459,159 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 7.1 ของผู้สูงอายุทั่วประเทศ ที่เหลืออีกประมาณ 1.14 ล้านคนตกอยู่ในภาวะยากจน ไม่มีหลักประกันรายได้ ไม่มีสวัสดิการรองรับและมีแนวโน้มที่จะถูกทอดทิ้งให้อยู่ตัวคนเดียวมากขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2553) โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2558 จะมีกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องการญาติดูแลจำนวนมากถึง 79,888 คน ในจำนวนนี้มี

การรับจ้างดูแลจำนวน 31,955 คน และต้องอยู่ในสถานบริการสุขภาพซึ่งต้องการการดูแลปานกลาง จำนวน 25,298 คน และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด จำนวน 75,894 คน (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์. 2551 : 15) จึงเป็นข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นถึงภาวะยากลำบากในการขาดคนดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสังคมของผู้สูงอายุมีผลมาจากปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ ความรู้สึก อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุยังมีความต้องการด้านสังคมเช่นเดียวกับวัยอื่นๆ เช่น ต้องการการยอมรับจากครอบครัวและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และปัญหาด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุ ซึ่งถือว่าเป็นวัยที่เกษียณอายุการทำงานเนื่องจากการร่วงโรยของสังขารกล้ามเนื้อร่างกายที่เคยทรงพลังเริ่มเสื่อมถอยลง การที่จะทำงานใช้ร่างกายความคล่องตัวเพื่อแลกกับเงินตราที่ลดน้อยถอยลงไป ทำให้รายได้ลดน้อยลง หรือไม่มีรายได้ ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถประกอบอาชีพใดๆ ได้ และจากการสำรวจระดับชาติ พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 1,919,539 คน ที่ยังคงทำงานหาเลี้ยงชีพ และจำนวน 4,049,491 คน ที่ไม่ได้ทำงานทำให้ขาดรายได้ เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับรายได้พบว่าผู้สูงอายุจำนวน 3,457,630 คน ที่รายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพและมีจำนวน 106,933 คน ที่ไม่มีรายได้ในการดำรงชีวิต (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2549 : 16-17)

ประเทศไทยหลังการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 และได้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างระบบราชการตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวงทบวง กรม พ.ศ. 2545 พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545 และพระราชกฤษฎีกาโอนกิจการบริหารและอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการ จึงได้จัดตั้งกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักของภาครัฐ รับผิดชอบในการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ และกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการรับผิดชอบเกี่ยวกับการให้บริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุประกอบกับ ได้มีการประกาศใช้แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2543 จึงต้องถ่ายโอนภารกิจหลายประการที่รัฐดูแลอยู่ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับผิดชอบ เช่น การจัดสวัสดิการเบี่ยงชีพผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์คนชรา ศูนย์บริการผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้การดูแลผู้สูงอายุได้ทั่วถึงและใกล้ชิดมากขึ้น อย่างไรก็ตามการดูแลและการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ นับตั้งแต่พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้มีผลบังคับใช้ ก็มีหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนจำนวนไม่น้อย ที่ได้เข้าร่วมดำเนินการและร่วมมีบทบาทอำนวยสิทธิประโยชน์ด้านต่างๆ ให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคม ได้อย่างมีความมั่นคง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้ง เมื่อพระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2546 มีผลบังคับใช้ ก็มีหน่วยงานภาครัฐดำเนินการจัดบริการให้ความคุ้มครองดูแลช่วยเหลือทางด้านสวัสดิการสังคมรูปแบบต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุที่ครอบคลุมในเรื่องของการสร้างความมั่นคงด้านรายได้และค่าใช้จ่าย ที่พักอาศัย

การมีส่วนร่วม ตลอดจนการได้รับความคุ้มครองดูแลทางด้านกระบวนการยุติธรรม

(มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. 2556)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ได้ให้ความสำคัญในเรื่องของผู้สูงอายุ เนื่องจากโครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย แต่ยังมีปัญหาทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพของประชากรในทุกช่วงวัย เช่น ประชากรวัยเด็กลดลงอย่างรวดเร็ว กำลังแรงงานมีแนวโน้มลดลง กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สะท้อนถึงภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ขณะที่ผู้สูงอายุจำนวนมากยังมีรายได้ไม่เพียงพอในการยังชีพ จึงต้องพัฒนา กลุ่มผู้สูงอายุ ให้มีงานทำที่เหมาะสมตามศักยภาพและประสบการณ์ มีรายได้ในการดำรงชีวิต มีการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพเพื่อป้องกันหรือชะลอความทุพพลภาพและโรคเรื้อรังต่างๆ ที่จะก่อให้เกิดภาระแก่ครอบครัวและระบบบริการสุขภาพ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีพ ในสังคมสูงวัย

ในจังหวัดบุรีรัมย์ มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวนทั้งหมด 189,816 คน มีรายได้ประชากร ต่อคนต่อปี 52,862 บาท ซึ่งถือว่าเป็น 5 จังหวัดที่มีรายได้ต่ำที่สุดในประเทศไทย ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพหลัก คือเกษตรกร มีวิถีชีวิตแบบชุมชนชนบท คิดเป็นร้อยละ 90 ที่เหลือ อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง ร้อยละ 10 จังหวัดบุรีรัมย์ มีวัฒนธรรมประเพณีที่แตกต่างกัน มีถิ่นที่อยู่ที่แตกต่างกันตามสภาพพื้นที่ชุมชนเมืองและชุมชนชนบท (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. 2558) สภาพปัญหาผู้สูงอายุ คล้ายคลึงกับสภาพปัญหาในระดับประเทศ เช่น ปัญหาการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ ไม่มีหลักประกันรายได้ ไม่มีสวัสดิการรองรับและมีแนวโน้มที่จะถูกทอดทิ้งให้อยู่ตัวคนเดียวมากขึ้น โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2558 จะมีกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องการญาติดูแลมากขึ้น มีปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับข้อปัญหาเกี่ยวกับสายตากรนอนไม่หลับ และความดันโลหิตสูง มีภาวะเจ็บป่วยทางด้านอารมณ์และจิตใจมากขึ้น ปัญหาสังคมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันเองที่ค่อยๆ ล้มหายตายจากไปโดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรสหรือบุตรหลาน บทบาทและความรับผิดชอบทางสังคมของผู้สูงอายุเริ่มลดลงอันเนื่องมาจากข้อจำกัดของอายุ และสมรรถภาพด้านร่างกายที่เสื่อมถอย ทำให้เกิดความคับข้องใจทางสังคม และปัญหาด้านเศรษฐกิจเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถประกอบอาชีพใดๆ ทำให้มีคุณภาพชีวิตทางด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ไม่ดีพอ ซึ่งข้อมูลสภาพปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทั้งปัญหาด้านสุขภาพกายสุขภาพจิต ปัญหาด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ปัญหาด้านสังคม และปัญหาด้านเศรษฐกิจ จะเห็นว่าสาเหตุของปัญหาต่างๆ ไม่ได้เกิดจากผู้สูงอายุเองทั้งหมด แต่ส่วนหนึ่งเกิดจากครอบครัวบุตรหลานและสังคมที่ขาดความรู้ความเข้าใจและมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องและไม่เข้าใจในสภาพการเปลี่ยนแปลงทาง

ร่างกายและจิตใจ อารมณ์ของผู้สูงอายุทำให้เกิดปัญหาไปสู่การปล่อยปละละเลยไม่สนใจใยดี และทอดทิ้งในที่สุด ปัญหาดังกล่าวข้างต้นได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมของผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จึงเป็นทางออกที่สำคัญ ในการรับมือกับปัญหาดังกล่าว องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ สภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรม (Berghom et al. 1981 : 335) ซึ่งมีกลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในระดับสูง จะเป็นผู้ที่มีความสามารถใน ด้านของการเป็นผู้นำ ด้านการอนุรักษ์วัฒนธรรมประเพณีของภาคอีสาน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับดี มีการรับรู้คุณภาพชีวิตความพึงพอใจในชีวิตและสุขภาพทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ดีมาก โดยปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต คือการมีส่วนร่วมในสังคม ชุมชน และครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตัวเอง รวมถึงรายได้ (สมพร โปธินาม และคณะ. 2550) การพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุที่เหมาะสมในลักษณะเชิงรุกและนำไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง โดยเน้นการพัฒนาผู้สูงอายุมากกว่าการสงเคราะห์ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลตนเองอย่างมีความรู้และทักษะที่ดีพอ การดูแลรักษาสุขภาพ ตลอดจนการสร้างระบบการดูแลให้เกิดศักยภาพของการเป็นผู้สูงอายุ สังคมไทยก็ไม่ต้องกลัวกับการรับมือกับปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในภายภาคหน้าของผู้สูงอายุ (ศากุล ช่างไม้. 2550) และการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีจะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งถือเป็นเรื่องสำคัญที่ทุกฝ่ายต้องให้ความร่วมมือ โดยประชาชนและผู้สูงอายุต้องเป็นผู้สะท้อนสภาพปัญหาและความต้องการของคน ส่วนชุมชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเป็นฝ่ายสนับสนุนให้เกิดการแก้ไขปัญหาและการจัดบริการ ดำเนินงานต่าง ๆ ที่มุ่งเสริมสร้างคุณภาพชีวิตดังกล่าว บทบาทของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปัจจุบันได้ยกระดับและให้ความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากมีความพร้อมด้านทรัพยากร และทุนทางสังคมมากมาย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2552) ประกอบกับ การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุของภาครัฐ ถือเป็นระบบการจัดสรรและจัดการบริการสังคมในลักษณะของโครงการหรือบริการต่างๆ ให้กับผู้สูงอายุทุกคนในสังคม โดยเน้นสิทธิ ความเท่าเทียมกันที่จะได้รับบริการอย่างเป็นธรรมและเสมอภาคเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในสังคม การพัฒนาสังคมโดยรวม รวมทั้งระบบความมั่นคงทางสังคมของผู้สูงอายุทุกคนในสังคม (ระพีพรรณ คำหอม. 2549) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ร่างกายและจิตใจส่งผลกระทบต่อระดับชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง

ให้สามารถปรับตัวให้อยู่ร่วมกับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข (สายทิพย์ สุกดิพันธ์. 2534 : 65) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เช่น อาชีพ โรคประจำตัวและการดูแลสุขภาพตนเอง (ภัทรพงษ์ เกตุกล้า. 2555 : 55) และปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร คือ อาชีพหลักก่อนอายุ 60 ปี (รับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ) ระดับการศึกษาและสถานภาพสมรส ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและปัจจัยด้านสังคม ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้แก่ อายุและปัจจัยด้านสุขภาพ คือ การมีโรคประจำตัว (อารดา ชีระเกียรติกำจร. 2554 : 1) ซึ่งมีผู้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตและพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไว้มากมาย โดยคุณภาพชีวิตหรือการมีชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุ นั้นประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 4 ด้าน คือ การมีความสุขทางด้านจิตใจ ความสามารถในการแสดงพฤติกรรม สิ่งแวดล้อมของบุคคล และบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ (สิทธิอาภรณ์ ชวนปี. 2543 : 65-66) และองค์การอนามัยโลกได้พัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขึ้นมาใหม่เพื่อเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการวัดคุณภาพชีวิตของประชากรโลก (WHO. 1995 : 1403-1409) โดยมีการปรับปรุงพัฒนาเพื่อให้เหมาะสมกับประชากรไทย (WHOQOL- BREF-THAI) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตชุด 26 ตัวชี้วัด ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ องค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. 2540 : 114) และได้นำไปศึกษา และพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยแบ่งเกณฑ์คุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี ระดับปานกลาง และระดับต่ำ (สุวัฒน์ จำปาหวาย. 2554 : 67) ดังนั้นหากมี กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของการร่วมมือของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ องค์กรภาคเอกชนและชุมชน อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้มีสุขภาพทางร่างกายที่แข็งแรง มีสุขภาพจิตที่ดีอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในสังคมร่วมกับครอบครัว ผู้อื่น และชุมชน ได้อย่างเป็นปกติสุข ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ ก็จะเป็นการลดภาระการพึ่งพิงทางสังคมของผู้สูงอายุลง ในอันที่จะส่งผลต่อการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพของประเทศไทยในอนาคต

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา “รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์” โดยประยุกต์ใช้แนวคิดองค์ประกอบคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group. 1996 : 6-7) ที่ได้มีการจัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตใหม่ โดยรวมบางองค์ประกอบ

เข้าด้วยกัน คือ ด้านร่างกายกับระดับความเป็นอิสระเข้าด้วยกัน และด้านจิตใจกับด้าน จิตวิญญาณ เป็น 4 องค์ประกอบ คือ ร่างกาย 2) องค์ประกอบด้านจิตใจ 3) องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) องค์ประกอบด้านสภาพแวดล้อม ประกอบกับแนวคิดตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของ บีเคิล-บราวน์และคณะ (Beadle-Brown et al. 2008) และ ชาลล็อกและเวอร์ดูโก้ (Schalock & Verdugo. 2002 ; cited in Schalock. 2004 : 205-206) มาประยุกต์และปรับใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่สอดคล้องกับสภาพสังคม ชุมชนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สร้างเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ต่อไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาระดับของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์
4. เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

คำถามเพื่อการวิจัย

1. สภาพของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ เป็นอย่างไร
2. ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ เป็นอย่างไร
3. มีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์
4. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ควรเป็นอย่างไร

ความสำคัญของการวิจัย

1. ได้ทราบสารสนเทศเกี่ยวกับสภาพของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์
2. ได้ทราบแนวทางในการพัฒนาปัจจัยที่ส่งผลต่อการคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ในจังหวัดบุรีรัมย์

3. ได้รู้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ที่เหมาะสม อันจะ

นำไปสู่การนำไปพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ และในพื้นที่อื่น

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีขอบเขตของการวิจัยดังนี้

1. ขอบเขตด้านพื้นที่การวิจัย การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 23 อำเภอ 188 ตำบล และ 2546 หมู่บ้าน ทั้งในเขตชุมชนเมืองและเขตชุมชนชนบท (ปกครองจังหวัดบุรีรัมย์. 2557)

2. ขอบเขตด้านขั้นตอนและเนื้อหาการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) โดยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนและเนื้อหาการวิจัย ดังนี้

2.1 ด้านขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาสภาพของ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ที่อาศัย อยู่ในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยการศึกษาข้อมูลเอกสาร (Secondary Document) และสัมภาษณ์เจาะลึก ในกลุ่มเป้าหมาย

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ และปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้แบบสอบถามสำรวจข้อมูลในประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

ระยะที่ 3 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อสร้างรูปแบบการ พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยการประชุมระดมสมองในกลุ่มเป้าหมาย ผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ และนักวิชาการ จากหน่วยงานภาครัฐ สถาบันการศึกษา องค์กรภาคเอกชน และตัวแทนผู้สูงอายุภาคประชาชน ผู้สูงอายุที่ซึ่งมีความรู้ ความสามารถและ ประสบการณ์สูงเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์

2.2 ด้านเนื้อหาการวิจัย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัย จำแนกขอบเขตด้านเนื้อหาการวิจัย ดังนี้

1) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ในระยะที่ 1

1.1) เป้าหมาย เพื่อศึกษาข้อมูลเอกสาร (Secondary document) งานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง และใช้แบบสัมภาษณ์เจาะลึก สัมภาษณ์ข้อมูลสำคัญ (Key Information) เกี่ยวกับสภาพ ของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

1.2) กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นักพัฒนาชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 40 คน เลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เจาะลึกแบบมีโครงสร้าง (Structured In-Depth Interview) และ วิเคราะห์เนื้อหา แล้วสร้างกรอบแนวคิดเชิงปฏิบัติการ เพื่อดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณในระยะที่ 2

2) เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ในระยะที่ 2

2.1) เป้าหมาย เพื่อศึกษาโดยการสำรวจข้อมูลระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ และปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

2.2) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.2.1) ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลและเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ทั้ง 23 อำเภอ ในจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 189,816 คน (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. 2558)

2.2.2) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลและเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ทั้ง 23 อำเภอ ในจังหวัดบุรีรัมย์ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม โดยใช้สูตร ทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane. 1973 : 727) ได้หน่วยตัวอย่างจำนวน 400 คน แล้วใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) และคำนวณสัดส่วนจากแต่ละอำเภอ โดยแยกเป็นพื้นที่เขตเทศบาลและเขตองค์การบริหารส่วนตำบล แล้ววิเคราะห์ข้อมูล สร้างสมการพยากรณ์เป็นร่างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือการวิจัยนำเข้าสู่การวิจัยเชิงคุณภาพระยะที่ 3

2.3) ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

2.3.1) ตัวแปรอิสระ เป็นตัวแปรปัจจัยที่คาดว่าจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่

- (1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล
- (2) ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง
- (3) ปัจจัยด้านความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- (4) ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตการทำงาน
- (5) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวชุมชน
- (6) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

2.3.2) ตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

มีองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ

- (1) ด้านร่างกาย
- (2) ด้านจิตใจ
- (3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม
- (4) ด้านสภาพแวดล้อม

3) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ในระยะที่ 3

- 1) เป้าหมาย เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์
- 2) กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ และนักวิชาการจากหน่วยงานภาครัฐ สถาบันการศึกษา องค์กรภาคเอกชน และตัวแทนผู้สูงอายุภาคประชาชนผู้สูงอายุที่ซึ่งมีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์สูงเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 20 คน เลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และใช้ร่างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จากการวิจัยระยะที่ 2 เป็นเครื่องมือนำเข้าสู่การประชุมระดมสมอง วิพากษ์ วิจารณ์ และให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงและพัฒนา รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic Induction) แล้วหาความเชื่อมโยงและความสัมพันธ์เชิงทฤษฎี ของ เดนซิน เอ็น (Denzin, 1970 : 218-230) สร้างเป็นรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ที่เหมาะสม

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ระดับสภาพการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ในการดำรงชีวิตในสังคมตามที่ได้รับรองตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นความพอใจในการดำรงชีวิตและมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย มีชีวิตร่วมกับสมาชิกในครอบครัวอย่างมีความสุข
2. สภาพของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง การรับรู้สภาพการดำรงชีวิตในปัจจุบันของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ใน 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม ดังนี้
 - 2.1 คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (Physical domain) หมายถึง การรับรู้สภาวะการดำรงชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย การสนองความต้องการให้มีความสุขสมบูรณ์

ด้านร่างกาย มีอาหารและโภชนาการที่ดี ได้รับการตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย การพักผ่อน นอนหลับที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถที่จะดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองหรือพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด

2.2 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (Psychological domain) หมายถึง การรับรู้สภาวะ การดำรงชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุทางจิตใจ การสนองความต้องการด้านความคิด ความเชื่อให้มีความสบายใจ การเข้าวัด/ฟังพุทธศาสนาเพื่อความสุขสงบ การจัดการความเครียด การยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ด้วยความมีสติ

2.3 คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) หมายถึง การรับรู้สภาวะการดำรงชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการสนองความต้องการความสัมพันธ์ของตน กับบุคคลอื่น การช่วยเหลือกัน การรวมกลุ่มสร้างเครือข่ายชมรม การสนับสนุนของชุมชน ทำให้ รู้สึกว่าผู้อื่นเห็นคุณค่าของตนและให้เกียรติยกย่อง

2.4 คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง การรับรู้สภาวะการดำรงชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต การให้ความรู้ข้อมูล ข่าวสาร การช่วยเหลือหรือให้สิ่งจูงใจ การอำนวยความสะดวกให้เข้าถึงบริการ การร่วมกิจกรรม นันทนาการ งานอดิเรกตามความเหมาะสม

3. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง สิ่งที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่ทำให้ทราบถึง สภาพของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคล การปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ความพึงพอใจในความเป็นอยู่ การให้คุณค่าในตนเอง การมีส่วนร่วมกับครอบครัวชุมชน การสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

3.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้อง และมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา การทำงาน รายได้ รายจ่าย เงินออม การเจ็บป่วย การมีผู้ดูแล

3.2 การให้คุณค่าในตนเอง หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความมีศักดิ์ศรี เป็นที่รักของครอบครัว เพื่อนฝูง การบรรลุผลสำเร็จ การสร้างประโยชน์ให้กับตนเองและชุมชน

3.3 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การรับประทานอาหารได้เอง ไปไหน มาไหนได้เอง การพักผ่อน การขับถ่าย การออกกำลังกาย

3.4 ความพึงพอใจในความเป็นอยู่ หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การมีสมาธิ ความพอใจในสภาพบ้านเรือน การคมนาคม ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย รายได้มีความสมดุล

3.5 การมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ครอบครัวแสดงความรัก การทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวชุมชน การช่วยเหลือชุมชน การให้ความร่วมมือ การเข้าร่วมประชาคม การรวมกลุ่ม

3.6 การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การได้รับคำแนะนำ การช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ความพึงพอใจ การอำนวยความสะดวก การส่งเสริมสุขภาพ

4. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง การกำหนดแนวทางหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความพอใจในชีวิต มีความเป็นอยู่ที่ดี มีสุขภาพกายและใจที่ดี สามารถควบคุมตนเองและตัดสินใจด้วยตนเองอย่างเหมาะสม เกี่ยวกับสภาพของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ในจังหวัดบุรีรัมย์

5. รูปแบบการพัฒนา หมายถึง แบบจำลองที่สร้างและพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นแนวทางเป็นตัวแทนแสดงความคิดของสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์

6. ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนคนไทยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ มาแล้วมากกว่า 3 เดือนและมีชื่อตามสำเนาทะเบียนบ้านในจังหวัดบุรีรัมย์

7. ผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นักพัฒนาชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดบุรีรัมย์

8. ชุมชน หมายถึง พื้นที่ที่มีกลุ่มที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ เป็นลักษณะการอยู่ร่วมกัน ไม่ว่าจะอยู่ในเมืองหรือชนบท และคนกลุ่มนี้มีลักษณะทางสังคม ความต้องการ ตลอดจนกิจกรรมทางสังคม และเศรษฐกิจ บางอย่างร่วมกันชัดเจน และขอบเขตของชุมชนจะมีอาณาบริเวณที่ชัดเจน สมาชิกในชุมชนมีความสัมพันธ์กันในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ชุมชน คือ

8.1 ชุมชนเมือง หมายถึง บริเวณที่เป็นเขตเทศบาลเมืองบุรีรัมย์ เทศบาลเมืองชุมเห็ด และเทศบาลเมืองนางรอง และเทศบาลตำบล ซึ่งเป็นที่อยู่อาศัยของกลุ่มคนที่หลากหลาย มีขนาดพื้นที่ใหญ่ มีความหนาแน่นของประชากรมาก

8.2 ชุมชนชนบท หมายถึง บริเวณที่เป็นเขตองค์การบริหารส่วนตำบล มีการตั้งถิ่นฐานเบาบาง ความหนาแน่นของประชากรน้อย มีความเป็นอยู่แบบชนบท และสังคมการเกษตร

มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
Buriram Rajabhat University

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นพื้นฐานและแนวทางในการวิจัย ซึ่งจะได้นำเสนอ โดยแบ่งออกเป็นหัวข้อเรียงลำดับดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนา
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
4. สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อสภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย
5. สภาพปัญหา และแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย
6. บริบทที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนา

ความหมายของรูปแบบ

รูปแบบเป็นสิ่งที่สร้างและพัฒนาขึ้นไว้เป็นแนวทางในการทำงานอย่างใดอย่างหนึ่ง มีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

ทิตนา แคมมณี (2545 : 218) ได้กล่าวถึงความหมายของรูปแบบว่า เป็นเครื่องมือทางความคิดที่บุคคลใช้ในการสืบสอบหาคำตอบ ความรู้ ความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยสร้างมาจากความคิด ประสบการณ์ การใช้อุปมาอุปไมย หรือจากทฤษฎี หลักการต่างๆ และแสดงออกในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ซึ่งเป็นรูปธรรมของความคิดที่เป็นนามธรรม ซึ่งบุคคลแสดงออกมาในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง เช่น คำอธิบายเป็นแผนผังไดอะแกรมหรือแผนภาพ เพื่อช่วยให้ตนเองและบุคคลอื่นสามารถเข้าใจได้ชัดเจนขึ้น

ณัฐศักดิ์ จันทร์ผล (2552 : 125) กล่าวว่า รูปแบบหมายถึง โครงสร้าง โปรแกรมแบบจำลองหรือตัวแบบที่จำลองสภาพความเป็นจริงที่สร้างขึ้นจากการลดทอนเวลาและกาลเทศะ พิจารณามีสิ่งใดบ้างที่จะต้องนำมาศึกษาเพื่อใช้ทดแทนแนวคิดหรือปรากฏการณ์ใด ปรากฏการณ์หนึ่ง โดยอธิบายความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ของรูปแบบนั้นๆ

มาลี สืบกระแสน (2552 : 108-109) ให้ความหมายรูปแบบว่ามีสองลักษณะ คือ รูปแบบจำลองของสิ่งที่เป็นรูปธรรม เช่นระบบการปฏิบัติงาน และรูปแบบที่เป็นแบบจำลองของสิ่งที่เป็นนามธรรม เช่น เครื่องคอมพิวเตอร์ เป็นต้น รูปแบบอาจแสดงความสัมพันธ์ด้วยเส้นโยงแสดงในรูปแผนภาพหรือเขียนในรูปสมการคณิตศาสตร์ หรือสมการพยากรณ์หรือเขียนเป็นข้อความ จำนวน หรือ ภาพ หรือแผนภูมิหรือรูปสามมิติ

วิลเลอร์ (Willer. 1967 : 125) กล่าวว่า รูปแบบเป็นการสร้างมโนทัศน์ (Conceptualization) เกี่ยวกับชุดของปรากฏการณ์โดยอาศัยหลักการ (Rationale) ของระบบรูปนัย (Formal system) และมีจุดมุ่งหมายเพื่อทำให้เกิดความกระจ่างชัดของนิยาม ความสัมพันธ์ และประพจน์ที่เกี่ยวข้อง

บาร์โดและฮาร์ทแมน (Bardo & Hartman. 1982 : 245) ได้กล่าวถึงรูปแบบในทางสังคมศาสตร์ไว้ว่า “เป็นชุดของข้อความเชิงนามธรรมเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่เราสนใจ เพื่อใช้ในการนิยามคุณลักษณะและ/ หรือ บรรยายคุณสมบัติต่างๆ ” Bardo และ Hartman อธิบายต่อไปว่า รูปแบบเป็นอะไรบางอย่างที่เราพัฒนาขึ้นมา เพื่อบรรยายคุณลักษณะที่สำคัญๆ ของปรากฏการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ รูปแบบจึงมิใช่การบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์อย่างละเอียดทุกแง่มุม เพราะการทำเช่นนั้นจะทำให้รูปแบบมีความซับซ้อนและยุ่งยากเกินไปในการที่จะทำความเข้าใจ ซึ่งจะทำให้คุณค่าของรูปแบบนั้นค่อยลงไป ส่วนการที่จัดระบบรูปแบบหนึ่งๆ จะต้องมีรายละเอียดมากน้อยเพียงใดจึงจะเหมาะสม และรูปแบบนั้นๆ ควรมืองค์ประกอบอะไรบ้าง ไม่ได้มีข้อกำหนดเป็นการตายตัว ทั้งนี้ก็แล้วปรากฏการณ์แต่ละอย่าง และวัตถุประสงค์ของผู้สร้างรูปแบบที่ต้องการจะอธิบายปรากฏการณ์นั้นๆ อย่างไร

สโตนเนอร์และแวนเกิล (Stoner & Wankel. 1986 : 44) ให้ทัศนะว่ารูปแบบเป็นการจำลองความจริงของปรากฏการณ์เพื่อให้เราได้เข้าใจความสัมพันธ์ที่สลับซับซ้อนของปรากฏการณ์นั้นๆ ได้ง่ายขึ้น

กู๊ด (Good. 2005 : 177) ได้รวบรวมความหมายของรูปแบบ เอาไว้ 4 ความหมาย คือ 1) เป็นแบบอย่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างหรือทำซ้ำ 2) เป็นตัวอย่างเพื่อเลียนแบบ เช่น ตัวอย่างในการออกเสียงภาษาต่างประเทศเพื่อให้ผู้เรียนได้เลียนแบบ เป็นต้น 3) เป็นแผนภูมิหรือรูปสามมิติซึ่งเป็นตัวแทนของสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือหลักการหรือแนวคิด 4) เป็นชุดของปัจจัย ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ ซึ่งกันและกันซึ่งรวมตัวกันเป็นตัวประกอบและเป็นสัญลักษณ์ทางระบบสังคม อาจจะเขียนออกมา เป็นสูตรทางคณิตศาสตร์หรือบรรยายเป็นภาษาก็ได้

ทิงค์เอ็กซิสต์ และอาร์ดิคชันนารี (Thinkexist & Ardictionary. 2008 : 1) ได้ให้ความหมายของคำว่ารูปแบบ (Model) ไว้ว่าเป็นแบบจำลองระบบการปฏิบัติงาน หรือแบบแปลนของการก่อสร้างที่วาดไว้ล่วงหน้า หรือสิ่งของที่เป็นตัวแทนแสดงความคิดของสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หรือสิ่งที่เตรียมเอาไว้ล่วงหน้า ซึ่งเป็นแบบจำลองที่เป็นสัดส่วนหรือเป็นประเภทเดียวกันกับของจริงหรือสัญลักษณ์ของการเป็นตัวแทนสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่คาดว่าจะเกิดในอนาคต หรือแบบแผนของสิ่งที่เตรียมไว้ โดยได้สรุปการให้ความหมายของรูปแบบ (Model) ในหนังสือ Encyclopedia of Psychology and Education ไว้ 2 ความหมาย ดังนี้ 1) รูปแบบ คือรูปย่อของความจริงของปรากฏการณ์ ซึ่งแสดงด้วย ข้อความ จำนวน หรือ ภาพ โดยการลดทอนเวลา และกาลเทศะ ทำให้เข้าใจความจริงของปรากฏการณ์ได้ดียิ่งขึ้น และ 2) รูปแบบ คือตัวแทนของการใช้แนวความคิดของ โปรแกรมที่กำหนดเฉพาะ

โดยสรุป จากความหมายของรูปแบบที่นักวิชาการทั้งไทยและต่างประเทศได้กล่าวถึงสรุปความหมายของรูปแบบได้ว่า รูปแบบมีความหมายสองลักษณะ คือ 1) ความหมายเชิงกายภาพ ซึ่งหมายถึงแบบจำลองของสิ่งที่เป็นรูปธรรม และ 2) ความหมายเชิงแนวคิดคุณลักษณะ ซึ่งหมายถึงแบบจำลองของสิ่งที่เป็นนามธรรม เป็นตัวแทนแสดงความคิดของสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งความหมายทั้งสองลักษณะ ผู้สร้างรูปแบบต้องการอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นหรือข้อค้นพบ หรือสร้างทฤษฎีใหม่ ตลอดจนแนวทางในการดำเนินงานอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยใช้เหตุผล ข้อมูล และฐานคติมาประกอบกันเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นๆ

แนวคิดและความหมายเกี่ยวกับการพัฒนา

แนวคิดและความหมายเกี่ยวกับการพัฒนามีผู้เสนอแนวคิด ความหมายและแนวทางปฏิบัติมากมาย ซึ่งมีทั้งส่วนที่สัมพันธ์กันและขัดแย้งกัน แต่อย่างไรก็ตามแนวคิดและความหมายต่าง ๆ นี้จะนำเสนอให้เห็นถึง คุณค่ามิติแห่งการพัฒนา ดังนี้

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 (2538 : 238) ให้ความหมายจากรูปศัพท์ภาษาไทย การพัฒนา หมายถึง การทำความเจริญ การเปลี่ยนแปลงในทางที่เจริญขึ้น การคลี่คลายไปในทางที่ดี ถ้าเป็นกริยา ใช้คำว่า พัฒนา หมายความว่า ทำให้เจริญ คือ ทำให้เติบโต ใด้งอกงาม ทำให้งอกงามและมากขึ้น เช่น เจริญทางไมตรี

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ และพูนศิริ วัจนะภูมิ (2534 : 13) กล่าวถึง การพัฒนา หมายถึง การชักชวนหรือการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยการปฏิบัติตามแผนและโครงการอย่างจริงจังและเป็นลำดับขั้นต่อเนื่องกันในลักษณะที่เป็นวงจร ไม่มีการสิ้นสุด

ปรกรณ์ ปรียากร (2538 : 5) โดยรูปศัพท์ การพัฒนา มาจากคำภาษาอังกฤษ ว่า Development แปลว่า การเปลี่ยนแปลงที่ละเล็กละน้อย โดยผ่านลำดับขั้นตอนต่างๆ ไปสู่ระดับที่สามารถขยายตัวขึ้นเติบโตขึ้น มีการปรับปรุงให้ดีขึ้น และเหมาะสมกว่าเดิมหรืออาจก้าวหน้าไปถึงขั้นที่อุดมสมบูรณ์เป็นที่น่าพอใจ

ปฐม มณีโรจน์ (2534 : 3) ได้ให้ความหมายของการพัฒนาว่า “การพัฒนา คือ การเปลี่ยนแปลงไปจากสภาพเดิม ไปสู่สภาพใหม่ที่ก้าวหน้าหรือเป็นไปในเชิงบวก โดยวิธีการหรือกระบวนการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้”

สนธยา พลศรี (2547 : 2-3) กล่าวว่า การพัฒนาจากรูปศัพท์ภาษาอังกฤษว่า Development ซึ่งแปลว่า การเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้เกิดความเจริญเติบโตงอกงามและดีขึ้น จนเป็นที่พึงพอใจ และความหมายดังกล่าวจึงเป็นที่มาของความหมายในภาษาไทยและเป็นแนวทางในการกำหนดความหมายอื่นๆ และได้ให้ความหมายการพัฒนา ในทางพัฒนบริหารศาสตร์ ว่า คือการเปลี่ยนแปลงของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทั้งในด้านคุณภาพ (ดีขึ้น) ปริมาณ (มากขึ้น) และสิ่งแวดล้อม (มีความเหมาะสม) ไม่ใช่การเปลี่ยนแปลงด้านใดด้านหนึ่งเพียงด้านเดียว

เดนิส กัวเล็ท (Denis. 1973 : 96) กล่าวว่า การพัฒนาเป็นรูปแบบอย่างหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social change) ส่วนความทันสมัยก็เป็นกรณีเฉพาะอันหนึ่งของการพัฒนา สำหรับทางด้านการพัฒนาอุตสาหกรรม (Industrialization) เป็นมิติหนึ่งของการพัฒนา โดยหลักทั่วไปแล้ว การพัฒนาเป็นลักษณะทางสังคมที่กำลังเปลี่ยนจากสิ่งที่เคยเป็นในอดีตไปสู่สิ่งที่ต้องการจะเป็นในอนาคต ซึ่งขึ้นอยู่กับเป้าหมายของการพัฒนาของแต่ละสังคม

ไบรอันท์ แอนด ไวท์ (Bryant & White. 1987 : 6) การพัฒนา หมายถึงการเพิ่มพูนสมรรถนะของคนในการควบคุมสมาชิกของสังคม เช่น การเพิ่มความสามารถในการสร้างความเป็นธรรมในสังคมการสร้างพลังอำนาจของบุคคลทางการเมือง การเมืองมีเสถียรภาพในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ชแวนท์ ฮิลส์สัน & เจน-อีริก เลน (Svante & Jan-Erik. 1996 : 53-59) กล่าวว่า การพัฒนามีความหมายสองอย่างในตัวเอง อย่างแรกเป็นกระบวนการพัฒนา (As a process) หรือ อัตราของการเปลี่ยนแปลง (Rate of change) ส่วนอย่างที่สองเป็นเงื่อนไข (As a condition) หรือระดับของการพัฒนา (Level) นอกจากนี้การพัฒนายังแยกฐานะออกอีกเป็น 3 ฐานะ ได้แก่ การพัฒนาในฐานะความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ (Development as growth) การพัฒนาในฐานะการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Development as human development) และการพัฒนาในฐานะความเท่าเทียมกันทางรายได้ (Development as income equality)

จากแนวคิดการพัฒนาที่กล่าวมา สรุปได้ว่า แนวคิด “การพัฒนา” หรือ “Development” เป็นแนวคิดที่มีความหมายในทางดี (Euphemism) เป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของการเปลี่ยนแปลง (Change) ความทันสมัย (Modernization) หรือความเจริญเติบโต (Growth) การพัฒนาเป็นรูปแบบอย่างหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเป็นลักษณะทางสังคมที่กำลังเปลี่ยนจากที่เคยเป็นในอดีตไปสู่สิ่งที่ต้องการจะเป็น ขึ้นอยู่กับเป้าหมายของการพัฒนาของแต่ละสังคม เป็นอัตราของการเปลี่ยนแปลง หรือระดับของการพัฒนา 3 ฐานะ ได้แก่ 1) การพัฒนาในฐานะความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ (Development as growth) 2) การพัฒนาในฐานะการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Development as human development) และ 3) การพัฒนาในฐานะความเท่าเทียมกันทางรายได้ (Development as income equality)

ส่วนความหมายการพัฒนาที่นักวิชาการทั้งไทยและต่างประเทศได้กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า การพัฒนา หมายถึง การกระทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากสภาพหนึ่งไปสู่อีกสภาพหนึ่งที่ดีกว่าหรือดีกว่าทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ ในทิศทางที่ดีขึ้น โดยวิธีการหรือกระบวนการเปลี่ยนแปลงเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ครั้งนี้ แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จึงเป็นการเปลี่ยนแปลงแนวทางหรือกลยุทธ์การดำเนินงาน เพื่อเปลี่ยนแปลงกระบวนการทำงานในการพัฒนาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ส่วน “การพัฒนา” หมายถึง การกระทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากสภาพหนึ่งไปสู่อีกสภาพหนึ่งที่ดีกว่าหรือดีกว่าทั้งในด้านปริมาณ และคุณภาพในทิศทางที่ดีขึ้น โดยวิธีการหรือกระบวนการเปลี่ยนแปลงเป็นไปตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่กำหนดไว้ตามแผนงาน และ โครงการที่ตอบสนอง และสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

แนวคิดและความหมายของคุณภาพชีวิต

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ได้รับการกำหนดให้เป็นเป้าหมายสูงสุดในการพัฒนาประเทศ ดังนั้น เป้าหมายของการพัฒนาทุกด้านไม่ว่าจะในด้านสังคม เศรษฐกิจ การปกครอง ฯลฯ ล้วนมุ่งไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของมนุษย์ในสังคม ซึ่งจะเห็นว่าคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งบ่งชี้ถึงความสุข ความเต็มใจและความพอใจในการอยู่ร่วมกันของคนในสังคมและส่งผลต่อวิถีทางแห่งความสุขในการดำเนินชีวิต มีความพึงพอใจในการอยู่ร่วมกันในสังคม เพราะได้รับการตอบสนองตรงตามความต้องการของตนเอง สรราณ จูช่วย (2554 : 11)

ก่อนที่จะได้ศึกษารายละเอียดขององค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ ควรทำความเข้าใจใน ความหมายของคุณภาพชีวิต ซึ่งมีนักวิชาการหลายสาขาทั้งใน ต่างประเทศและไทยรวมทั้งหลายหน่วยงานต่างๆ ได้ ให้ความหมายของคำว่า “คุณภาพชีวิต” ไว้ในทัศนะที่ต่างกัน ดังนี้

ดาลกี และ โรคิ (Dalkey & Rourke. 1973 : 15 ; อ้างถึงใน งามพิศ สัตย์สงวน (2544 : 11) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกเป็นสุขของบุคคล ความพึงพอใจ ไม่พึงพอใจกับชีวิตหรือการมีความสุข ไม่สุขกับชีวิต ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตนี้ เปรียบเสมือนพารามิเตอร์ของการวัดคุณภาพชีวิตของบุคคลด้วย

อาร์ ซี ชามา (Sharma. 1975 : 109-131 ; อ้างถึงใน วิภาพร มาพบสุข (2550 : 3) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตไว้ว่าคุณภาพชีวิตเป็นความเครียดที่สลับซับซ้อน (Complex) ที่เป็นทั้งความพึงพอใจอันเกิดจากการ ได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ และในด้านสังคมทั้งในระดับจุลภาคและมหภาค โดยมีองค์ประกอบ 2 ประเภท คือ องค์ประกอบ ทางกายภาพ โดยพิจารณาทั้งทางด้านปริมาณและคุณภาพ อันมีปัจจัยทางด้านอาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ฯลฯ และองค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ทั้งที่เป็นปริมาณและคุณภาพ อันมีปัจจัยทางการศึกษา รายได้ เพื่อนบ้าน การมีงานทำ การบริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุข สภาพแวดล้อมและยังเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความสามารถทางสังคมในการ ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของสมาชิกในสังคมด้วย

องค์การยูเนสโก (UNESC : 1978) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ความรู้สึกของการอยู่อย่างพอใจ มีความสุขความพอใจต่อองค์ประกอบต่างๆ ที่มีส่วนสำคัญ ต่อบุคคลนั้นๆ ได้แก่ อาหาร สุขภาพ อนามัยโภชนาการ การศึกษา สิ่งแวดล้อม รายได้ ที่อยู่อาศัย และทรัพยากร

พาดิลลา และ แกรีนท์ (Padilla & Grant : 1985) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจที่เปลี่ยนแปลงไปตามสุขภาพ

ดีน เอช (Dean H : 1985) ได้อธิบายว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพที่ดี การปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ ความสุขสบายทาง กายและใจ ชีวิตที่มีความหมายและมีคุณค่า และภาระหน้าที่ของบุคคล

เรกส์เดล และ มอร์โร (Ragsdale & Morrow. 1990) ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพ ชีวิต หมายถึงการรับรู้การมีประสิทธิภาพหรือความสามารถในการกระทำอย่างมีความหมายเพื่อ ควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตนเอง ทั้งด้านจิตอารมณ์ ความคิด และการดูแลรักษา

ซาน (Zhan. 1992) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ถึงการได้รับการตอบสนองในด้านต่างๆ ของบุคคลเพื่อช่วยให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

องค์การอนามัยโลก (WHO, The WHOQOL Group. 1995) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่มีต่อชีวิตของบุคคลนั้นๆ ในบริบทของวัฒนธรรม และสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ เชื่อมโยงกับจุดมุ่งหมาย และความคาดหวังของบุคคลนั้นๆ

นอกจากนี้ ยังมีนักวิชาการไทยหลายท่านได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้ ชัยนาท จิตตวัฒน์ (2540 : 45) กล่าวถึง คุณภาพของชีวิตว่า หมายถึง สภาพความเป็นอยู่ที่ดี มีอุปการะและเกื้อกูลซึ่งกันและกันภายในของแต่ละหน่วยชีวิตและระหว่างสิ่งมีชีวิตกับสิ่งแวดล้อม

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล (2540) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุข และความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคมเป็นการประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วฒันธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน

ศศิพันธ์ ทรงสัตย์ (2542 : 9) ได้สรุปความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงการมีชีวิตที่สมบูรณ์ในแง่ดี ทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งเกิดจากการให้ความสำคัญ และพึงพอใจต่อการให้ความสำคัญและพึงพอใจต่อองค์ประกอบต่างๆ ตามสภาพการณ์และสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่หรือได้รับอยู่ โดยการรับรู้และตัดสินใจของมนุษย์ในช่วงเวลาหนึ่ง สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลาและสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

ศิริ ฮามสุโพธิ์ (2543 : 56) ได้สรุปความหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเอาไว้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง คุณภาพในด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ การศึกษา การเมือง และศาสนา ซึ่งเป็นค่าเทียบเคียงไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัวแน่นอน กล่าวคือ ทุกคนหรือทุกประเทศอาจจะกำหนดมาตรฐานต่างๆ กันไปตามความต้องการ และความต้องการคุณภาพชีวิตนี้ย่อมจะเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาและกาลเทศะ

วรรณภา กุมารจันทร์ (2543 : 4) กล่าวถึง “คุณภาพชีวิต” ว่าเป็นการรับรู้ความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเอง ภายใต้อบริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

กัญจนพร อ่วมสำอาง (2547 : 12) ได้สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง การมีสภาพความเป็นอยู่และการดำเนินชีวิตที่ดี หรือการใช้ชีวิตอย่างมีความสุข โดยวัดได้จาก ความรู้สึกพึงพอใจในด้านร่างกายและสติปัญญา ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม รวมถึง ด้านปัจจัยที่จำเป็นในการดำรงชีวิตโดยผ่านการรับรู้และประเมินด้วยตนเอง

นิพนธ์ คันทเสรี (2549 : 2) ให้คำนิยามว่า “คุณภาพชีวิต คือ ระดับสภาพการ ดำรงชีวิตของมนุษย์ตามองค์ประกอบของชีวิตอันได้แก่ ทางร่างกาย ทางอารมณ์ ทางสังคม ทางความคิดและ จิตใจ”

เกษม จันทรแก้ว (2550 : 28-29) ได้สรุปความหมายคุณภาพชีวิต (Quality of life) ในแง่ของสิ่งแวดล้อมเอาไว้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การศึกษาความเป็นอยู่ของมนุษย์ ที่เกี่ยวข้องกับสถานภาพทางการศึกษา อนามัย และเศรษฐกิจ ตามลักษณะของสิ่งแวดล้อมทาง ชีวกายภาพ เชื้อชาติ วัฒนธรรม และวิธีการเลี้ยงดู โดยที่คุณภาพชีวิตนั้นขึ้นอยู่กับสภาพทั่วไป ของสิ่งแวดล้อมทางชีวกายภาพ บุคคลอยู่ในที่ทรัพยากรสิ่งแวดล้อมที่อุดมสมบูรณ์ย่อมจะมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีกว่าบุคคลที่อยู่ในที่ขาดแคลนทรัพยากรสิ่งแวดล้อมคุณภาพชีวิตต้องขึ้นอยู่กับ ความพึงพอใจ ซึ่งมีความแตกต่างกันไปแต่ละบุคคลอีกด้วย

วิภาพร มาพบสุข (2550 : 3) ได้สรุปความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตไว้ว่า “คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกของการอยู่อย่างพอใจ มีความสุขความพอใจต่อองค์ประกอบต่างๆ ของชีวิตที่มีส่วนสำคัญมากที่สุดต่อบุคคลนั้นๆ โดยได้ชี้ให้เห็นว่ามีปัจจัยหลายประการที่มี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อันได้แก่ อาหาร สุขภาพอนามัย โภชนา การศึกษา สิ่งแวดล้อม และทรัพยากรที่อยู่อาศัย และรายได้”

กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย (2550) กล่าวว่า คุณภาพ ชีวิต คือ การดำรงชีวิตของมนุษย์ ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานที่ได้กำหนดไว้ในสังคม หนึ่งๆ ในช่วงเวลาหนึ่งๆ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2551) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง สภาพการดำรงชีวิต ที่บุคคลแต่ละคนจะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมหนึ่งๆ ได้โดยมีความสุข ทางร่างกายและจิตใจ ได้รับการตอบสนองความต้องการทำให้มีการกินดีอยู่ดี เหมาะสม ตามสภาพ แวดล้อม

สถาบันเสริมสร้างขีดความสามารถมนุษย์ สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย (2552) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง การดำรงชีวิตอยู่ด้วยการมีสุขภาวะที่สมบูรณ์และมีความ มั่นคง ซึ่งครอบคลุมถึงด้านต่างๆ อันได้แก่ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางอารมณ์ สุขภาวะทาง สังคม และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ

กรมการส่งเสริมสุขภาพ (2553 : 33) ได้ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การดำรงชีวิตของมนุษย์ ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคมหนึ่งๆ ในช่วงเวลาหนึ่งๆ คุณภาพชีวิตของประชากรจะดี นั้นหมายถึง ครอบครัวหรือชุมชนได้บรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ครบถ้วนทุกประการ

จากที่นักวิชาการและหน่วยงานทั้งหลายได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง การรับรู้ระดับสภาพการดำรงชีวิต ของบุคคล ตามองค์ประกอบของชีวิตที่ได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การใช้ชีวิตอย่างมีความสุข มีความพึงพอใจทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยคุณภาพชีวิตสามารถเปลี่ยนได้ จากการได้รับความพึงพอใจ เช่น ถ้ามีความพึงพอใจมากก็จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย เป็นการดำเนินชีวิต ที่มีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย มีชีวิตร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ชุมชน และสังคมได้อย่างมีความสุข เป็นชีวิตที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ โดยสามารถดำรงชีวิตที่ชอบธรรม สอดคล้องกับค่านิยม สังคม เศรษฐกิจ การเมือง สภาพแวดล้อม ตลอดจนศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี และค่านิยมในสังคมได้อย่างเหมาะสม และได้นำความหมายดังกล่าวมากำหนดเป็น นิยามศัพท์เฉพาะของ “ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ” ที่ใช้ในการวิจัย เรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ นั้น นักวิชาการสิทธิ ได้สรุปแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุไว้ 6 ด้าน ดังนี้ สิทธิอาภรณ์ ชวนปี (2543 : 65-66)

1) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมดำรงชีพประจำวัน เป็นความสามารถของผู้สูงอายุทางกายภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมการอาบน้ำ การถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะการแต่งกาย การรับประทานอาหาร การขึ้นลงบันไดบ้านการเปลี่ยนอิริยาบถการก้มย่อตัวลงเก็บของ ความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ประกอบด้วยการทำอาหาร การทำความสะอาด สะอาดบ้านการกางมุ้งการเก็บมุ้ง การเก็บและจ่ายเงินด้วยตัวเอง การเดินระยะใกล้ การ ไปซื้อของตามร้านค้าในหมู่บ้าน การปลูกผักสวนครัวและความพึงพอใจในความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมดำรงชีพประจำวันในการดำเนินกิจกรรมดำรงชีพประจำวันได้อย่างคล่องแคล่วเช่นนี้ เป็นข้อบ่งบอกถึงการมีสุขภาพร่างกายที่ดี

2) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ซึ่งหมายถึงการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ปราศจาก การรบกวนจากอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในรอบหนึ่งเดือน ได้แก่ อาการในระบบทางเดินอาหาร อาการในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ อาการในระบบทางเดินหายใจ อาการชาตามปลายมือปลายเท้า

ปัญหาในการเคี้ยวอาหาร โรคเรื้อรังหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้แก่ โรคเกี่ยวกับตา โรกระบบทางเดินอาหาร โรกระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคไขข้อ อัมพาต และความพึงพอใจในสุขภาพกาย

3) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตหมายถึงการมีสุขภาพจิตที่ดีปราศจากการรบกวนจากสภาพจิตเสื่อมประหม่นจากความสามารถทางสมอง 5 ด้าน คือ

3.1) การรับรู้การบันทึกจำความตั้งใจและการคำนวณ

3.2) การระลึกด้านภาษาและสื่อความหมาย

3.3) ภาวะซึมเศร้าประหม่นจากความรู้สึกกังวล

3.4) ความรู้สึกเหงา ความรู้สึกไร้ค่า ความรู้สึกไม่อยากทำอะไร ความรู้สึก

อยากร้องไห้

3.5) ภาวะซึมเศร้าและมีความพึงพอใจในชีวิต

4) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสภาพสังคม หมายถึงความเป็นอยู่ที่ดีทางสังคมซึ่งประหม่นจากสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว สัมพันธ์ภาพระหว่างเพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและความพึงพอใจในสภาพสังคม

5) คุณภาพชีวิตด้านสภาพเศรษฐกิจหมายถึงความเป็นอยู่ที่ดีทางเศรษฐกิจประหม่นจากรายได้สภาพการเงินในรอบหนึ่งเดือน สภาพการเงินในรอบปีการมีทรัพย์สินอื่นๆ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจจากการลงทุนและการออมทรัพย์สินความพึงพอใจในสภาพเศรษฐกิจ

6) คุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อมหมายถึงผู้สูงอายุอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี ประหม่นจากสภาพที่อยู่อาศัย สิ่งอำนวยความสะดวกภายในเคหสถานหรือที่บ้าน ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินในบ้านและในหมู่บ้านการรับรู้ข่าวสารต่างๆ จากแหล่งข่าว และการพัฒนาตนเอง บริการสวัสดิการในชุมชน นันทนาการในชุมชนและความพึงพอใจในสภาพแวดล้อม

กรมสุขภาพจิต (2552 : 100 -101) ได้ให้ความหมาย คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุว่าเป็นสภาพการณ์ที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ที่มีความสุข การกินคืออยู่ดี มีเศรษฐกิจที่มั่นคง ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ และมีการดำเนินชีวิตสภาพความเป็นอยู่ที่ดีได้อย่างเหมาะสม โดยมีองค์ประกอบแห่งคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 5 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความมั่นคงในชีวิต ซึ่งผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังนั้น หากไม่ได้เตรียมการหรือเตรียมตัวในการใช้ชีวิตชีวิตตามลำพังไว้ล่วงหน้าแล้วจะปรับตัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ยาก โดยเฉพาะสภาพที่ดั่งพึงพิงจากความชราภาพทำให้ กระทบกับมิติทางด้านจิตใจหรือมิติทางด้านจิต วิญญาณสูงส่งผลกระทบต่อเนื่องไปพร้อมๆ กันใน อีก 4 ด้าน ของคุณภาพชีวิต ดังนี้

1) ด้านจิตใจ เป็นผลกระทบทางอารมณ์ ความรู้สึก ตลอดจนด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ที่เกิดจากสภาพการพึ่งพิงจากความชราทำให้รู้สึก คุณค่า เกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของตนเองลดลง ขาดการยอมรับนับถือ ขาดความรัก ความเอาใจใส่จากบุตรหลาน หรือสมาชิกในครอบครัวและสังคม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหมดหวัง ในชีวิตไม่มีความสุข สิ้นหวังหมดพลัง เหงา ว้าเหว่ วิตกกังวลทั้งจากการเจ็บป่วย และการเงิน ภาวะเครียด ซึมเศร้า โมโห หงุดหงิดเพราะ ไปไหนไม่ได้ หงุดหงิด ง่ายอารมณ์ไม่ค่อยดี

2) ด้านร่างกาย เป็นผลกระทบจากกระบวนการ สูงอายุที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพในทุกๆ ระบบ โดยเฉพาะระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เช่น ปวดเมื่อย เนื้อตัว ปวดหลัง ปวดเอว ปวดขา และไม่มีแรง เดินไม่ค่อยได้ เป็นโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ไต เหล่านี้เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เป็นปัจจัยเร่งให้เกิดความเสื่อมโทรมของร่างกาย เร็วขึ้นส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรงมากขึ้น กระทั่งการดำเนินชีวิตในแต่ละวันให้เกิดความยาก ลำบากมากขึ้น เหนื่อยง่ายให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ ตามมา

3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม เป็นผลกระทบจากความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองลดลง มีความเชื่อมั่นในตนเองน้อย ไม่พึงพอใจในชีวิต ขาดการปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ขาดการเอาใจใส่ดูแล มีความขัดแย้งในครอบครัว และขาดการปฏิสัมพันธ์ กับครอบครัวและบุตรหลาน และขาดการปฏิสัมพันธ์ กับสังคม พบปะ สังสรรค์ กับเพื่อน เพื่อนบ้านหรือ เข้าสังคมลดน้อยลง ทำให้เกิดการแยกตัวออกจาก สังคม นำสู่สภาพปัญหาทางด้านจิตใจตามมา

4) สิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง มักตกอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ไม่สะอาด ไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ จากสายตาและการเคลื่อนไหวทรงตัวไม่ดี และการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ ตนเองได้น้อยจากวัยชรา ประกอบกับหากมีสภาพ ปัญหาทางด้านจิตใจ ร่างกาย และสังคมด้วยแล้ว การพึ่ง ตนเองด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อสุขภาพหรือ คุณภาพชีวิตที่ดีจะลดลงตามลำดับ

5) ด้านความมั่นคงในชีวิต ผู้สูงอายุที่อยู่ ตามลำพังนั้นเผชิญกับสภาพความเสื่อมของร่างกาย ตามธรรมชาติ โดยเฉพาะด้านสภาพจิตใจอารมณ์ ที่ขึ้นกับฮอร์โมนที่เปลี่ยนแปลง ในวัยสูงอายุแล้ว ระบบการคิดเชิงเหตุผลจะลดลง หากอยู่ลำพังขาด เพื่อนร่วมคิดหรือกำลังใจ หรือปัจจัยในการดำเนินชีวิตที่จำเป็นเช่น เงินเพื่อค่าใช้จ่าย บ้านที่สะอาด ปลอดภัย ตลอดจนการหนุนเสริมในการดูแลสุขภาพ ตามสภาพโรคหรือความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่จากครอบครัว สังคม แล้วจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกและสภาพการณ์ความมั่นคงในชีวิตลดลง ความพึงพอใจ ในชีวิตลดลงด้วย

เกรียงศักดิ์ ช่อเลี่ยม และคณะ (2554 : 223-225) กล่าวว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี คือผู้สูงอายุที่มีความสุขความพอใจตามอัตภาพ สามารถทำประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ต่อชุมชน และต่อสังคมเพื่อที่จะนำไปสู่การได้รับคำยกย่องและสรรเสริญจากสังคมโดยรวม สิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่เป็นสุขคือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งอาจจะขึ้นอยู่กับปัจจัย หรือองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุจำนวน 3 ประการ ดังนี้

1) การมีสุขภาพดี หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญาโดยเชื่อมโยงเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ประกอบด้วย สุขภาพกายที่ดี สุขภาพจิตที่ดี สุขภาพทางสังคมที่ดี และสุขภาพทางปัญญาที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จะต้องเน้นที่จะทำให้ร่างกาย อยู่ในสภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามที่สภาพร่างกาย จิตใจ และเวลาเอื้ออำนวย โดยยึดหลัก 11 อ. เพื่อสุขภาพกายใจที่ดี คือ อาหาร ออกกำลังกาย อนามัย อุจจาระ/ปัสสาวะ อากาศ (แสง) อาทิตย อารมณ์ อติเรก อนาคต อบอุน และอุบัติเหตุ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุจะต้องปรับการดูแลให้เหมาะสมตามสภาพปัญหาที่แตกต่าง กันหรือการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เท่ากัน โดยขึ้นอยู่กับสุขภาพและการใช้ชีวิตในวัยที่ผ่านมา

2) การร่วมแรงร่วมใจกันทำงาน คือ มีส่วนร่วมในการประกอบกิจการงานต่าง ๆ ตามอัตภาพ โดยยังประโยชน์ต่อตนเองและประโยชน์ต่อผู้อื่นสมเป็นสัปบุรุษ (คนดี) กล่าวคือ ต้องเตรียมตัวเตรียมใจยอมรับสภาพการณ์ในชีวิต ควรจะหางานอดิเรกหรือกิจกรรมต่างๆ ทำเพื่อ ประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น เช่น การอ่านเขียนหนังสือ ทำบุญทำทาน ออกกำลังกาย การรดน้ำ ดัน ไม้ และเก็บกวาดบ้าน เป็นต้น ดังนั้น ผู้สูงอายุต้องทำงานเพื่อเป็นการพึ่งตนเองให้มากที่สุด และอย่าพึ่งคนอื่นเป็นดีที่สุด

3) มีความมั่นคงในชีวิต หมายถึง มีหลักประกันในชีวิตหรือความมั่นคง 3 เรื่อง ประกอบด้วย

(1) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ คือ มีเงินใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน มีการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจ จะต้องรู้จักเก็บหอมรอมริบตั้งแต่วัยหนุ่มสาว เพื่อจะได้มีไว้ใช้อนาคต ทั้งยามปกติ ยามชรา และยามเจ็บป่วย

(2) ความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน คือ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปลอดภัย ไปไหนมาไหนไม่มีใครมาทำร้ายรวมไปถึงอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี มีที่อยู่อาศัยที่เป็นส่วนตัว บรรยากาศดี และมีเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็น และ

(3) ความมั่นคงในครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม คือ มีครอบครัวที่ดี อยู่ร่วมกันด้วยความร่มเย็นเป็นสุข เมื่อครอบครัวดีร่มเย็นเป็นสุข ชุมชนก็จะดีร่มเย็นเป็นสุข เมื่อชุมชน

คือร่วมเย็นเป็นสุข ประเทศชาติก็ค้ำค้ำเย็นเป็นสุขเช่นกัน รวมไปถึงการมีสิ่งแวดล้อมที่ดีก็จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

การที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต้องขึ้นอยู่กับองค์ประกอบมากมาย ซึ่งแต่ละองค์ประกอบ จะมีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไป ตามแต่ละทัศนะของแต่ละบุคคลหรือสังคม ได้มีผู้กำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ไว้ดังนี้

ลิว (Liu. 1975 : 12 ; อ้างถึงในวิภาพร มาพบสุข. 2550 : 27) อธิบายว่า คุณภาพชีวิต ประกอบด้วยปัจจัย 2 ด้าน คือ

1) ด้านจิตวิสัยหรือด้านจิตวิทยา (Subjective Factor or Psychological Factor) ได้แก่ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความเชื่อและค่านิยมของบุคคล ความรู้สึกต่อการได้รับการเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง

2) ด้านวัตถุวิสัย (Objective Factor) ได้แก่ สภาพแวดล้อมของบุคคลในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านสังคม การเมือง เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมทั่วไป องค์ประกอบด้านวัตถุวิสัย เป็นองค์ประกอบที่สามารถวัดค่าของการมีคุณภาพชีวิตได้ชัดเจนแน่นอนกว่าองค์ประกอบด้านจิตวิสัย เพราะเป็นองค์ประกอบเชิงปริมาณ

ฟลานนาแกน (Flanagan. 1978) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1) มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางด้านวัตถุ ได้แก่ มีอาหารดี มีบ้านที่น่าอยู่ มีเครื่องอำนวยความสะดวก

2) มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดา มารดา ญาติ พี่น้อง เพื่อนฝูง และบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตร ถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย

3) มีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น

4) มีการพัฒนาการทางบุคลิกภาพและมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ การพัฒนา เช่น ทางสติปัญญา การเรียนรู้สนใจการเรียน และเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานที่น่าสนใจ ทำ ได้รับผลตอบแทนที่ดีและการแสดงออกในทางสร้างสรรค์

5) มีสันทนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬา หรือสิ่งบันเทิงอื่นๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

พาดิลลา และ แกรีนท์ (Padilla & Grant. 1985) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบคุณภาพชีวิตว่าควรประกอบไปด้วย ความสามารถในการทำกิจวัตรดำรงชีพ การรับรู้ความผาสุก ด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัย และการรักษา รวมทั้งความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วย

ซาน (Zhan. 1992) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีองค์ประกอบชีวิต 4 ด้าน คือ

1) ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในสภาวะภายนอกที่ได้รับอิทธิพลจากภูมิหลังของคน บุคลิกลักษณะ สิ่งแวดล้อม และสถานะทางสุขภาพ สิ่งที่คุณรับรู้ถึงสิ่งที่คุณเองครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความต้องการ ความคาดหวัง ความใคร่ ความปรารถนาตั้งไว้ และความสำเร็จที่ได้รับ

2) ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่คนๆ หนึ่งมีต่อตนเอง ความเชื่อ ความรู้สึกเหล่านี้มาจากการรับรู้ โดยเฉพาะรับรู้ปฏิกิริยาของผู้อื่นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของคน ๆ หนึ่ง เกี่ยวกับตนเองในห้วงเวลาหนึ่ง

3) ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยนอกจากจะประเมินอาการทางคลินิกแล้ว ยังประเมินในเรื่องการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล สิ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับสังคม และยังคงพิจารณาถึงอิทธิพลทางสังคมสิ่งแวดล้อมและการเมืองด้วย

4) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นการประเมินการประกอบอาชีพ การศึกษา และรายได้ซึ่งถูกกำหนดเป็นมาตรฐานทางสังคม

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group. 1995 : 1405, 1996 : 1572)

ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (Physical) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับรู้สภาพสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบายไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงภาระกำลัง ในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องนอนหลับและพักผ่อนรวมทั้งการรับรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2) ด้านจิตใจ (Psychological) คือ การรับรู้สภาพทางด้านจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตนและการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล เป็นต้น

3) ระดับความเป็นอิสระ (Level of independence) คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เช่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่พึ่งพาอาศัยใคร ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

4) ความสัมพันธ์กับสังคม (Social relationship) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม

5) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวกมีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับ ข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

6) ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) คือ การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำรงชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

ต่อมาในปี ค.ศ.1995 ได้มีการจัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตใหม่ โดยรวมบางองค์ประกอบเข้าด้วยกัน คือ ด้านร่างกายกับระดับความเป็นอิสระเข้าด้วยกัน และด้านจิตใจกับด้านจิตวิญญาณ จึงเหลือเป็น 4 องค์ประกอบดังนี้ (WHOQOL Group. 1996 : 6-7)

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงภาระกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยใคร ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์ อื่นๆ เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ

สมาธิ การตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

นงเยาว์ อรุณศิริวงศ์ (2550 : 11-7) ได้อ้างถึงการกำหนดองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของ แคมเบล และคณะ (Campbell, 1972) ซึ่งได้กำหนดองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 3 ด้านคือ

- 1) ด้านกายภาพ ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านมลภาวะ ความหนาแน่นของประชากรและสภาพที่อยู่อาศัย
- 2) ด้านสังคม ประกอบด้วย ปัจจัยด้านการศึกษา สุขภาพอนามัย และความหนาแน่นของครอบครัว
- 3) ด้านจิตวิทยา ประกอบด้วย ปัจจัยด้านความพึงพอใจ ความสำเร็จ ความผิดหวัง และความคับข้องใจในชีวิต

นิตารัตน์ ศิลปะเดช (2540 : 85-86) และสำราญ จุช่วย (2554 : 12) ได้ให้ความหมายองค์ประกอบคุณภาพชีวิตไว้ 3 ด้าน

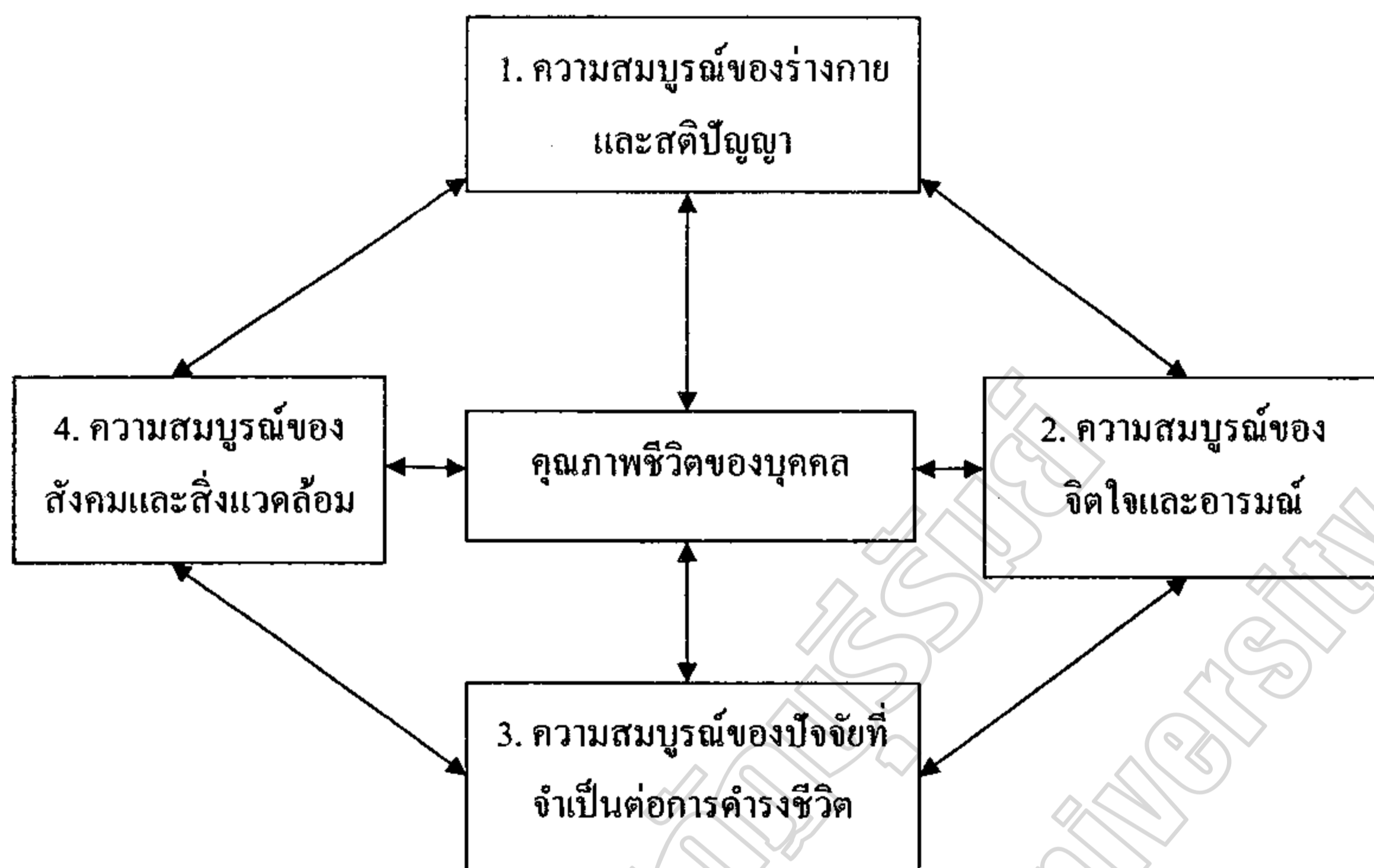
- 1) ปัจจัยด้านความสมบูรณ์ด้านร่างกาย และสติปัญญา หมายถึง บุคคลใดจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้นต้องมีร่างกายปกติ มีอวัยวะครบทุกส่วน มีร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง มีการดำรงชีวิตด้านร่างกายอย่างถูกสุขลักษณะ มีความสะอาดในการรับประทานอาหาร และการรักษาสุขภาพที่ดี
- 2) ปัจจัยด้านความสมบูรณ์ด้านจิตใจและอารมณ์ หมายถึง การเป็นผู้มีจิตใจและอารมณ์ดี มีความมั่นคง ไม่แปรเปลี่ยนง่าย ไม่โมโหง่าย ไม่อิจฉาริษยา มีคุณธรรมประจำใจ

มีความซื่อสัตย์สุจริต อ่อนน้อมถ่อมตนมีเมตตากรุณา มีมนุษยสัมพันธ์ดำเนินชีวิตด้วยความ
มีจริยธรรมที่ดั่งงามมองโลกในแง่ดี มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตและรู้จักบริหารตนเองในด้าน
ต่างๆ และการรู้จักทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี

3) ปัจจัยด้านความสมบูรณ์ด้านปัจจัยที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ หมายถึง
ความสามารถที่จะจัดหาสิ่งต่างๆ ที่จะช่วยในการดำรงชีวิตที่ดีตามฐานะของตนเอง ปัจจัยที่จำเป็น
เหล่านี้ ได้แก่ อาหารเสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค การได้รับการศึกษา การพักผ่อน และสิ่งอำนวยความสะดวก
ความสะดวกต่างๆ การที่บุคคลได้รับสิ่งเหล่านี้เพียงพอ ย่อมช่วยให้บุคคลมีความสะดวกสบาย
มีความสุขความพึงพอใจ และมีคุณค่าในชีวิต

4) ปัจจัยด้านความสมบูรณ์ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม หมายถึง การเป็นบุคคล
ที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี รู้จักการผูกมิตร และการครองใจคน มีความสามารถในการปรับตัวที่ดี
ต่อครอบครัวต่อเพื่อนในโรงเรียน ในวิทยาลัย ในมหาวิทยาลัย ในหน่วยงานที่ทำงาน ตลอดจน
ในวงสังคมต่างๆ ไป ทั่วๆ สถานที่ รู้จักการมีมารยาท มีวินัย รู้จักวัฒนธรรม ประเพณี และกฎหมาย
รู้จักวางตัวได้อย่างเหมาะสม การปฏิบัติตนของบุคคลดังกล่าวย่อมได้รับการยอมรับจากสังคม
และเมื่อทุกๆ คนปฏิบัติตนดี ย่อมช่วยให้สังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสมบูรณ์ในตนเองด้วยกัน
ความสมบูรณ์ของสังคม และสิ่งแวดล้อมจะช่วยให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วย
ความเหมาะสม รามรื่น และมีความสุข

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตระดับบุคคล ล้วนมีความสัมพันธ์
เกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน และจะเป็นพื้นฐานนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล ทั้ง 4 ประการ
ดังภาพประกอบ 2.1



ภาพประกอบ 2.1 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในระดับบุคคล
ที่มา : ตำราญ จุช่วย. (2554)

จากองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่นักวิชาการ ได้กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัย สรุปว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ควรประกอบด้วย องค์ประกอบพื้นฐาน 4 ประการ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม และนำมากำหนดเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และใช้เป็นตัวแปรผลในการวิจัย เรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

ความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิต

จากคำอธิบายเรื่องความหมายของคุณภาพชีวิตจะเห็นได้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อบุคคลและสังคม เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่มนุษย์สามารถกำหนดการสร้างเกณฑ์มาตรฐานเพื่อให้มีระดับการคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ซึ่งมีผู้ที่กล่าวถึงความสำคัญของคุณภาพชีวิต ดังนี้

โอลิเวอร์ (Oliver. 1996) กล่าวถึง บทบาทสำคัญของคุณภาพชีวิตซึ่งมีทั้งในด้านความผาสุกของมนุษย์ ในการดำรงชีวิตและการสร้างผลงานที่มีคุณค่าเรื่องความสุขและคุณภาพชีวิต ไม่ใช่เป็นเรื่องใหม่ ความสุขของชีวิตได้มีการกล่าวกันมาตั้งแต่ยุคอริสโตเติล แต่ก็เป็นความหมายในเชิง “จริยธรรม” ซึ่งเป็นความหมายที่ได้รับอิทธิพลแนวความคิดของทางตะวันตก ในการ

ให้ความหมายในเชิงระบบของ “ความสุข” อริสโตเติล ได้ชี้ให้เห็นถึงแนวทางที่นำไปสู่ความผาสุก หรือที่เรียกว่า “Eudaimonia” ซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนให้เป็นคำศัพท์สมัยใหม่คือ “Happiness” และได้นำมาหลอมรวมเข้ากับความคิดของนักปรัชญาตะวันตกด้วย ในช่วงปี พ.ศ. 2483-2492 (ทศวรรษ 1940) รัฐบาลของประเทศทางตะวันตกได้พัฒนานโยบายในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชน ตัวอย่างเช่น ในปี พ.ศ. 2478 ดร.เอส.ปาร์กส คัดแมน รัฐมนตรีผู้บัญชาการคริสเตียนเองโกลอเมริกัน ผู้มีชื่อเสียง ได้ศึกษาความท้าทายของความสุขและค้นหา “ความสุข” ในมิติต่างๆ ของชีวิต ไม่ว่าจะเป็นมิติทางด้านสุขภาพ การเมือง การทำงานและค่าจ้าง ความรัก ชีวิตประจำวัน มิตรภาพ จินตนาการ ดนตรี วรรณกรรม สวัสดิการสังคม ตลอดจนด้านศาสนา

นางเยาว์ อรุณศิริวงศ์ (2550 : 8-9) กล่าวว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตมีความสำคัญหลายประการ ดังนี้

- 1) ความปรารถนาอันสูงสุดของมนุษย์ คือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีดังนั้นแต่ละบุคคลจึงพยายามที่จะพัฒนา ตนเองและสังคม ไปสู่เป้าหมายที่ปรารถนา ไม่ว่าจะเป็นด้านการศึกษา การมีอาชีพ มีรายได้มีคุณธรรมและจริยธรรม รวมถึงการรู้จักบริหารตนเองซึ่งหากทุกคนสามารถปฏิบัติได้เช่นนี้ก็เท่ากับว่าสามารถช่วยยกระดับทั้งของตนเองและ ของสังคมให้มีคุณค่า มีความเจริญอกงาม พัฒนาไปสู่สังคมอุดมคติปัญหาต่างๆ ในสังคมและลดลงหรือหมดไป เช่นปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจปัญหาอาชญากรรมปัญหามลภาวะเป็นพิษ เป็นต้น
 - 2) ในยุคโลกาภิวัตน์ที่มีการแข่งขันด้านเศรษฐกิจอย่างรุนแรง องค์กรต่างๆ ต้องมีขีดความสามารถใน การดำเนินงานซึ่งขีดความสามารถในการดำเนินงานจะเพิ่มขึ้นได้ ต้องอาศัยความอยู่ดีมีสุขของบุคลากรที่บุคลากร ไม่ต้องกังวลกับชีวิตส่วนตัว มีความสุขกายสบายใจ จะทำให้ทำงานด้วยความทุ่มเททั้งกำลังกายและกำลังสมอง ส่งผลให้ผลผลิตที่เกิดขึ้น มีคุณภาพ เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการทำงานตามไปด้วย
 - 3) คุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งสำคัญและเป็นจุดหมายปลายทางของบุคคล ชุมชน และประเทศชาติโดยส่วนรวม หากประเทศใดที่ประชาชนมีจิตวิญญาณเป็นอยู่ที่ดีจะสามารถพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้าทัดเทียมกับ อารยประเทศได้ดังนั้นประเทศต่างๆ จึงให้ความพยายามอย่างเต็มที่ในการที่จะพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของ ประชาชนให้สูงขึ้นจนถึงระดับมาตรฐานที่สังคมต้องการ โดยจะเห็นได้จากนโยบายรัฐบาลของแต่ละประเทศกำหนดให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศ
- ดังนั้น จึงทำให้มนุษย์เกิดการขวนขวายให้ได้มาในสิ่งนี้เพื่อทำให้พัฒนาตนเองและสังคมไปสู่เป้าหมายที่พึงปรารถนาบุคคลแต่ละคนและแต่ละครอบครัว จึงมีการพัฒนาตนเองในด้านการศึกษามีแนวความคิดและเจตคติที่ดี การรู้จักบริหารตนเองการมีความเอื้ออาทร

ต่อบุคคลอื่น การมีอาชีพ มีรายได้ มีคุณธรรม และศีลธรรม ฯลฯ ทุกคนในสังคมสามารถปฏิบัติได้เช่นนี้ ก็เท่ากับว่าสามารถช่วยยกระดับทั้งตนเองและสังคม ให้มีคุณค่ามีความเจริญงอกงามพัฒนาไปสู่สังคมในอุดมคติ ปัญหาต่างๆ ในสังคมจะลดลงหรือหมดไปได้ เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาโสเภณี ปัญหาอาชญากรรม ปัญหามลภาวะเป็นพิษ เป็นต้น ประเทศต่างๆ จึงใช้ความพยายามอย่างเต็มที่ในการที่จะพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชาชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นจนถึงระดับมาตรฐานที่สังคมต้องการทั้งนี้ เพื่อช่วยให้สมาชิกในสังคมทุกคน มีความกินดีอยู่ดีมีความสุขสมบูรณ์

นางเยาว์ อรุณศิริวงศ์ (2550 : 4-7) ได้กล่าวถึงแนวคิดและพัฒนาการทางแนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาคุณภาพชีวิตว่า “คุณภาพชีวิต” เป็นศัพท์ที่มีการบัญญัติขึ้นมาใช้กันอย่างกว้างขวางมากใน ช่วง พ.ศ. 2492 แต่หากกล่าวถึงเรื่องสวัสดิการของมนุษย์ ความสุข และคุณภาพชีวิตนั้น ไม่ใช่ เรื่องใหม่แต่อย่างใด ซึ่งความสุขของชีวิตได้มีการกล่าวกันมาตั้งแต่ยุคอริสโตเติล แต่เป็นความหมายในเชิง จริยธรรมซึ่งมีความหมายที่ได้รับอิทธิพลแนวความคิดของทางตะวันตก ในการให้ความหมายในเชิง ของความสุข อริสโตเติลได้ชี้ให้เห็นถึงแนวทางที่นำไปสู่ความสุข หรือ ที่เรียกว่า “Eudaimonia” ซึ่งต่อมาได้ เปลี่ยนให้เป็นคำศัพท์สมัยใหม่ คือ “Happiness” และได้นำมาหลอมรวมเข้ากับความคิดของนักปรัชญาตะวันตกด้วย และ ในช่วง ปี พ.ศ. 2493-2502 (ทศวรรษ 1950) จากนั้น พัฒนาการทางด้านแนวคิดและความหมายของพัฒนาคุณภาพชีวิตมีความเป็นมาอย่างต่อเนื่อง ในช่วงทศวรรษ 1950 มาสโลว์ได้พัฒนาทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ โดยได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ และได้พัฒนาทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ (Maslow's Hierarchy of Needs Theory) ซึ่งสรุปได้ว่าพฤติกรรมของมนุษย์มีรากฐานมาจากความต้องการ ซึ่งในเบื้องต้นลำดับไว้เป็น 5 ระดับ คือ ระดับ 1 ความต้องการทางกาย (Physiological Needs) เป็นความต้องการขั้นต่ำสุด ระดับ 2 ความต้องการความปลอดภัย (Safety & Security Needs) ระดับ 3 ความต้องการมีส่วนร่วมหรือความต้องการทางสังคม (Social Needs) ระดับ 4 ความต้องการเกียรติยศชื่อเสียง (Esteem needs) และระดับ 5 ความต้องการเข้าถึงตนเองอย่างถ่องแท้ (Self Actualization) ซึ่งเป็นความต้องการขั้นสูงสุด และเมื่อมนุษย์ได้รับการตอบสนองความต้องการในขั้นต้นแล้ว ก็จะมีความปรารถนาในขั้นสูงขึ้นไปตามลำดับ แต่ถ้าความต้องการนั้นยังไม่ได้รับการตอบสนอง ก็จะเกิดความเครียด นำไปสู่แรงกระตุ้นให้เกิดแรงขับเคลื่อนหาวิธีการ หรือแสดงพฤติกรรมที่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการเพื่อลดความตึงเครียดหรือตอบสนองความพึงพอใจนั้น ต่อมาแมคคอลล (McCall, 1975) ได้ขยายประเด็นลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ออกไปในเรื่องของประสบการณ์ชีวิต โดยแมคคอลล เสนอเกณฑ์การวัดคุณภาพชีวิต เป็นมิติต่างๆ ตามประสบการณ์ ชีวิตของคนทั้งในแง่ความพึงพอใจ และ

ไม่เพียงพอใจรวมถึงความชอบและความเจ็บปวดความสุขและความทุกข์ นอกจากนี้ แมคคอลล ยังได้ชี้ให้เห็นว่า รากฐานของคุณภาพชีวิต คือ ความผาสุกที่เกี่ยวกับสุขภาพและความสุข และเซอร์กีย์ (Cergy. 1976) ได้ศึกษาทฤษฎีคุณภาพชีวิตที่พัฒนาต่อจากมาสโลว์ โดยให้ความสำคัญในมิติวัฒนธรรม และชี้ให้เห็นว่าลำดับขั้นความต้องการ ของมาสโลว์ นั้นได้ให้จุดเริ่มต้น ของการวิเคราะห์ เพื่อค้นหาประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องของคุณภาพชีวิต ซึ่ง European Foundation for Improvement of Living and Working Condition ได้ทำการสำรวจคุณภาพชีวิตใน 28 ประเทศ ในทวีปยุโรปในระหว่าง พ.ศ. 2547 โดยมีแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตว่าเป็นเรื่องของทัศนคติ และการรับรู้ต่อคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคล และเป็นเรื่องของแต่ละคนต้องประเมินด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามมิติแต่ละมิติของคุณภาพชีวิตไม่ได้แสดงบทบาทแยกจากกันแต่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันรวมกันก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ทั้งนี้ มิติคุณภาพ ชีวิตตาม ที่ European Foundation for Improvement of Living and Working Condition กำหนดไว้มี 6 มิติ คือ มิติด้านเศรษฐกิจ มิติด้านครอบครัว มิติด้านการทำงาน มิติด้านสังคม และการมีส่วนร่วม มิติด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ และมิติด้านการพัฒนา

สำหรับประเทศไทยแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตเกิดขึ้น ในช่วงปลาย พ.ศ. 2503 (ค.ศ. 1960) โดยแนวคิดที่นำมาใช้ในครั้งแรก คือ แนวคิดที่ว่า ด้วยความจำเป็นพื้นฐาน หรือที่เรียกว่า “จปฐ.” และได้เริ่มถูกกล่าว ถึงตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2519) เป็นช่วงที่การเมืองไทยผันผวนเป็นอย่างมาก แนวคิดนี้เกิดจากการพิจารณาว่า ประเทศไทยได้มีการเจริญทางเศรษฐกิจและรายได้ประชาชาติเพิ่มมากขึ้น แต่การกระจายรายได้กลับไม่เป็นธรรม คนส่วนใหญ่ของประเทศกลับยากจน ดังนั้นประเทศควรจะต้องได้รับการพัฒนาในแง่ของการสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่คนในสังคม โดยเฉพาะคนด้อยโอกาส เช่น เกษตรกร ผู้ใช้แรงงาน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เป็นต้น ซึ่งถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มของการปรับกระบวนการทัศน์และทิศทางการพัฒนาประเทศโดยรวม ต่อมา และ ใน พ.ศ. 2528 คณะรัฐมนตรีได้ประกาศให้เป็นปีรณรงค์คุณภาพชีวิตประชาชนในชาติโดยใช้ เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน 8 หมวด 32 ตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตของคนไทย (นางเยาว์ อรุณศิริวงศ์. 2550)

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัย สามารถสรุปความสำคัญการพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อใช้ในการวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยการพัฒนาคุณภาพชีวิต มีความสำคัญต่อบุคคลและสังคมอย่างยิ่ง ทั้งต่อตัวเอง ต่อองค์กรและต่อประเทศชาติโดยมุ่งไปสู่จุดมุ่งหมาย เดียวกันคือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งจะนำไปสู่สังคมที่ดีและส่งผลต่อความเจริญของประเทศชาติต่อไป ซึ่งสามารถสรุปความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ดังนี้

- 1) การพัฒนาคุณภาพชีวิต ช่วยทำให้บุคคลและสังคมมีแนวทางในการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้สังคมมีความสุขไปด้วย
- 2) การพัฒนาคุณภาพชีวิต กระตุ้นให้บุคคลและสังคมเกิดความกระตือรือร้นคิดที่จะปรับปรุงตนเอง สังคมและสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้นอยู่เสมอ
- 3) การพัฒนาคุณภาพชีวิตทำให้บุคคลรู้จักใช้ปัญญา เหตุผล ความมีคุณธรรม จริยธรรม หลักจิตวิทยา หลักการบริหาร เพื่อมาแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองและสังคม
- 4) การพัฒนาคุณภาพชีวิตทำให้บุคคลและสังคมมีการอยู่ร่วมกันด้วยความสมานฉันท์ ช่วยลดปัญหาความขัดแย้งและปัญหาสังคม
- 5) การพัฒนาคุณภาพชีวิตทำให้บุคคลและสังคมมีความรู้ความเข้าใจในการร่วมมือร่วมใจส่งเสริมศิลปะ วัฒนธรรม ประเพณี และค่านิยมที่ดีงามให้เกิดขึ้นในสังคม

จากแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดเป้าหมาย และการพัฒนาของประเทศ ซึ่งมีดัชนีชี้วัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตเกิดที่หลากหลายมิติ ขึ้นอยู่กับกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตและวัตถุประสงค์ของผู้นำมาใช้งาน เช่น แนวคิดคุณภาพชีวิตการทำงาน แนวคิดคุณภาพชีวิตของประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับการคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ เป็นต้น โดยดัชนีชี้วัดการพัฒนาคุณภาพชีวิต ได้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ เป็นเครื่องมือในการวัดสถานภาพและ ระดับการพัฒนาเพื่อประโยชน์ ในการกำหนดนโยบายการพัฒนาการค้าและการลงทุน ความสัมพันธ์ ระหว่างประเทศตลอดจนการดำเนินการด้านความมั่นคงภายในประเทศ และภูมิภาค ดังนั้น การที่ผู้บริหารองค์กรภาครัฐเข้าใจเรื่องพฤติกรรมและความต้องการของมนุษย์ นำไปสู่การกำหนดกรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต ก็จะช่วยให้สามารถสร้างเหตุปัจจัยเพื่อส่งเสริมให้บุคลากร มีพฤติกรรมที่พึงปรารถนา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทั้งในส่วนของการเพิ่มประสิทธิภาพขององค์กร การให้บริการแก่ประชาชนและบุคลากรให้ทำงานอย่างมีความสุข และมีแรงจูงใจที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเองและการทำงาน ได้อย่างเต็มศักยภาพ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และศึกษาสังเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แล้วนำมาสร้างเป็นรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ที่เหมาะสมและใช้ประโยชน์ต่อไป

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

แนวคิดและความหมายของผู้สูงอายุ

คำว่า “ผู้สูงอายุ” คือ คำที่ใช้เรียกบุคคลที่มีอายุมาก องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของผู้สูงอายุ (Elderly) ว่าเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75-79 ปี และคนชรามาก (Very Old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป (สุกนิศย์ คงสิบ. 2549 : 1) สำหรับประเทศไทยได้ใช้คำว่า “ผู้สูงอายุ” เป็นครั้งแรกโดย พล.ต.ต.อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร ในการประชุมระหว่างแพทย์อาวุโสและผู้สูงอายุจากวงการต่างๆ เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2505 และทางราชการไทยได้กำหนดว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับที่ประชุมสมัชชาโลก ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย พ.ศ. 2525 ว่าด้วยผู้สูงอายุ และหลังจากนั้น ก็ผู้ให้แนวคิดและความหมายของผู้สูงอายุไว้มากมาย ดังต่อไปนี้

สุรกุล เจนอบรม (2535 : 2) ให้ความหมายของความสูงอายุ (Aging) ไว้ว่าเป็นกระบวนการ เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ ดังนั้น ความสูงอายุหรือความชราภาพ จึงเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น

ศรีสุดา แซ่อึ้ง (2542) ให้ความหมาย ผู้สูงอายุว่า หมายถึงบุคคลที่อยู่ในภาวะความสูงอายุ หรือชราภาพ (Aging) เกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องของชีวิต โดยอายุหรือวัยที่มีผลต่อพฤติกรรม และแรงจูงใจของบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยา จิตใจและสังคม

บรรลุ ศิริพานิช (2542 : 24) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

ธาดา วิมลวัตรเวที (2542 : 3) ได้ให้ความหมายของความสูงอายุ (Aging) เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความสัมพันธ์ หรือชราภาพ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามอายุ และผู้สูงอายุ (Older Person) หมายถึง บุคคลในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต ซึ่งเริ่มตั้งแต่วัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา ประเทศไทยได้กำหนดเกณฑ์ผู้สูงอายุไว้ที่ 60 ปีขึ้นไปเป็นการเริ่มต้นของวัยชรา และกำหนดเกณฑ์เกษียณจากราชการ คือ ตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป

จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ (2543 : 31-74) สรุปแนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย ซึ่งประกอบด้วยมิติต่างๆ 5 มิติ คือ

1) ความสามัคคีปรองดอง เกิดขึ้นระหว่างบุคคลในครอบครัว เช่น ลูกหลาน การเป็นมิตรที่ดีต่อกันระหว่างเพื่อน เพื่อนบ้าน ตลอดจนความสำเร็จ ความก้าวหน้าของบุคคลในครอบครัว ลูกหลาน นำมาซึ่งความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ

2) การพึ่งพาอาศัยกันและกัน ผู้สูงอายุแสดงความรู้สึกสบายใจ มีความสุข ในการที่ตนเองได้ทำตนให้เป็นประโยชน์หรือช่วยเหลือลูกหลาน บุคคลในครอบครัว ในขณะที่เดียวกัน บุคคลในครอบครัวหรือลูกหลานตอบแทนโดยการเลี้ยงดู ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วยความสบายใจเกิดจากการมีคุณค่าในตนเอง ที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าตนเองยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้มีประโยชน์แก่ลูกหลาน มิใช่พึ่งพาลูกหลานฝ่ายเดียว

3) ความสงบสุขและการยอมรับ การทำใจให้ยอมรับและหาความสงบในจิตใจ การปล่อยวางความคิดที่ทำให้ไม่สบายใจ ปลงกับสิ่งที่ตนเองไม่สามารถขัดขวางหรือควบคุมได้ ทำใจให้สงบไม่คิดมากหรืออารมณ์เสียไม่ก่อกวนกับสิ่งที่ทำให้ไม่สบายใจ

4) การเคารพนับถือ การที่ผู้สูงอายุรับรู้มีความรู้สึกถึงการเคารพให้เกียรติ หรือคำแนะนำให้แก่ผู้อาวุโสน้อยกว่า มีผู้รับฟังหรือปฏิบัติตาม การเคารพนับถือที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุคคลอื่นแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในชีวิตของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตที่ดี เป็นที่เคารพนับถือของบุคคลในชุมชนนั้นๆ

5) ความเบิกบาน ความรู้สึกสดชื่นมีชีวิตชีวา และสนุกสนานรื่นรมย์ กับสิ่งรอบตัวความเบิกบานอาจเกิดจากการทำกิจกรรมกับเพื่อนหรือกลุ่มผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน เช่น ร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ไปวัด หรืออาจเป็นความเบิกบานจากการทำสิ่งที่ตนเองชอบ งานยามว่าง

ราชบัณฑิตยสถาน (2546 : 347) คำว่า “ผู้สูงอายุ” เป็นคำที่ใช้เรียกบุคคล ว่า คนชรา หรือผู้สูงอายุ โดยทั่วไปใช้เรียกบุคคลที่มีอายุมาก ผมหาว หน้าตาเหี่ยวย่น การเคลื่อนไหวเชื่องช้า

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (2546) ให้นิยาม “ผู้สูงอายุ” หรือคนแก่ มาจากภาษาบาลีว่า “ชรา” หมายถึง ความแก่ด้วยอายุ ชำรุด ทรุค โทรม คำว่า “ชรา” หรือ “Senescent” มาจากภาษาละตินว่า “Senex” หมายถึง “คนสูงอายุ” ซึ่งตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า “Elderly” หรือ “Aging” หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

สุภนิติศ คงสิบ (2549 : 22) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุอยู่บนช่วงสุดท้ายของวงจรชีวิต มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งวงจรชีวิตนั้นเริ่มตั้งแต่ วัยทารก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ เป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และหน้าที่การงานทางสังคม ซึ่งแต่ละคนจะปรากฏอาการเสื่อมแตกต่างกัน

แสงจันทร์ ทองมาก (2551) ได้กล่าวว่า การที่จะพิจารณาว่าบุคคลจะเข้าสู่วัยสูงอายุเมื่อใดนั้นแต่ละประเทศหรือแต่ละสังคมจะทำให้แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับกฎหมาย วัฒนธรรม และความเชื่อของสังคมนั้น โดยองค์การอนามัยโลก ได้ยึดเอาความยืนยาวของชีวิตตามปฏิทิน

เป็นเกณฑ์เบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุตอนปลาย ซึ่งหมายถึง การเข้าสู่วัยชราอย่างแท้จริง จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายมาก ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองเกี่ยวกับชีวิตประจำวันลดลง เข้าสู่ระยะพึ่งพา

สำหรับประเทศไทย ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป พบว่าอายุขัยเฉลี่ย เพศหญิง 75 ปี เพศชาย 68 ปี และได้แบ่งช่วงผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2551)

นอกจากนี้ ยังมีนักวิชาการหลายคนที่กล่าวถึงหรือให้ความหมาย ผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องคล้ายกันว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลผู้สูงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ในลักษณะของการเสื่อมถอยการเจริญเติบโตของร่างกาย และความต้านทานโรคน้อยลง ความสามารถด้านการปรับตัวและบทบาททางสังคมของแต่ละบุคคลจะมีความสามารถที่แตกต่างกันออกไปและมีลักษณะและปัจจัยที่ทำให้เกิดความชรา รวมทั้งการใช้ชีวิตอยู่ในสังคมแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะปัญหาส่วนตัว ทางด้านร่างกายความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลที่ไม่เหมือนกัน ตลอดจนบทบาทและลักษณะนิสัยทางสังคมของผู้สูงอายุที่ได้อยู่ในสังคมนั้นเอง และควรมีชีวิตอยู่ในช่วงวัยของการพักผ่อนและได้รับการดูแลจากลูกหลาน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2547 : 5-6) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2548 : 3) อัมพรพรรณ ธีรานุกต์ (2551 : 7) ประนอม โอทกานนท์ (2550 : 12) และศิริพร จิรวัดมนกุลและคณะ (2551 : 5-8) ดังนั้น ความหมายของผู้สูงอายุสามารถพิจารณาได้จากเกณฑ์ต่าง ๆ ดังนี้

1) เกณฑ์ระดับอายุ (Chronological age) เป็นการกำหนดว่าอายุเท่าใดให้เรียกว่า ผู้สูงอายุ เช่น เมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป หรือ 65 ปีขึ้นไป เป็นต้น เกณฑ์นี้ใช้กันอย่างแพร่หลาย แต่ก็มีปัญหาอยู่บ้าง เนื่องจากเมื่อใช้เกณฑ์อายุแล้วก็ไม่ได้คำนึงถึงสภาพร่างกาย จิตใจ และสถานะทางสังคม ทำให้ข้อมูลของบุคคลนั้นถูกจำกัดลดลง นอกจากนี้หลายสังคมก็ใช้เกณฑ์อายุไม่เท่ากัน เช่น สังคมดั้งเดิม (Primitive Social) มักกำหนดการเป็นผู้สูงอายุเมื่อ 45 หรือ 60 ปี ส่วนสังคมสมัยใหม่ (Modern Society) มักกำหนดไว้ที่อายุ 60 หรือ 65 ปีขึ้นไป

2) เกณฑ์ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Function age) เกณฑ์นี้ยึดหลักการเปลี่ยนแปลง หรือ ความเสื่อมของร่างกายที่เกิดขึ้น ซึ่งมีเกณฑ์ย่อยอีก 4 เกณฑ์ คือ การเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะและการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางรูปร่างหน้าตา การเปลี่ยนแปลงทางกิจกรรมและการเปลี่ยนแปลงทางการทำงานของร่างกาย

ดังนั้น แม้บุคคลจะมีอายุเท่าๆ กันแต่แต่ละคนอาจมีความชราแตกต่างกันได้ แนวคิดนี้ ผู้สูงอายุหรือคนชราเป็นบุคคลที่มีความแตกต่างด้านชีวภาพและกายภาพ อันเนื่องมาจากอายุขัยที่มีมากกว่าบุคคลกลุ่มอื่นๆ แต่ทว่าผู้สูงอายุนับว่าเป็นผู้ที่มิประสพการณ์และรับรู้เรื่องราว

ที่สังคมนามากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ฉะนั้น จากความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ จะเป็นแนวทางให้บุคคลทั่วไปมองเห็นและเข้าใจผู้สูงอายุเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ของร่างกาย เมื่อบุคคลเหล่านั้นได้เข้าสู่วัยสูงอายุแล้วก็จะเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในช่วงบั้นปลายของชีวิตอย่างมีความสุข การพิจารณา ลักษณะของ ความชราสามารถพิจารณาได้ 2 ประเด็น คือที่กำหนด โดยกาลเวลาและที่เกิดขึ้นตามที่เป็นจริง ความชราที่ใช้กาลเวลาเป็นเครื่องกำหนดนั้น อาจจะยอมรับกันว่าคนที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้สูงอายุ ส่วนความชราตามความเป็นจริงนั้น พิจารณาจากความเสื่อมโทรมของร่างกายและสภาพอื่นๆ ที่เกิดขึ้น

จากที่นักวิชาการทั้งหลาย ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุ ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีชีวิตอยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิตเป็นวัยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ไปในทางเสื่อมลง หน้าที่การงาน และบทบาททางสังคมลดลง ควรได้รับการช่วยเหลือดูแลอุปการะเพื่อมีความสุข และเป็นวัยที่ต้องปรับตัวในด้านต่างๆ เพื่อที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างภาคภูมิใจ มีความสามารถในการใช้ศักยภาพของร่างกายลดลง ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและสังคม ขึ้นอยู่กับลักษณะนิสัย และการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมและสังคมของแต่ละบุคคล

ในการวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ครั้งนี้ได้สรุปความหมาย ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีชีวิตอยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิตเป็นวัยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมไปในทางเสื่อมลง หน้าที่การงาน และบทบาททางสังคมลดลง

ลักษณะและองค์ประกอบของความสูงอายุ

มีผู้ได้กล่าวถึงลักษณะและองค์ประกอบของความสูงอายุ ไว้ดังต่อไปนี้

สุรกุล เจนอบรม (2541 : 6-7) ได้กำหนดการเป็นบุคคลสูงอายุว่า บุคคลผู้จะเข้าข่ายเป็นผู้สูงอายุมิเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกัน โดยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้

- 1) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological aging) จากจำนวนปี หรืออายุที่ปรากฏจริงตามปีปฏิทิน โดยไม่นำเอาปัจจัยอื่นมาร่วมพิจารณาด้วย
- 2) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological aging หรือ Biological going) กระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี

3) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

(Psychological aging) จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สติปัญญา การรับรู้และเรียนรู้ที่ถดถอยลง

4) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological aging)

จากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคล ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานลดลง

ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนภาคตะวันออก (2543 : 8) ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุจากการกำหนดว่า บุคคลที่อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ ได้เสนอข้อมูลขององค์การอนามัยโลก โดย อัลเฟรด เจ คาห์น (Professor Dr. Alfred J. Kahn) แห่งมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย มีการแบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้น ในลักษณะของการแบ่งช่วงอายุที่เหมือนกัน คือ

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

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2544 : 10-11) ได้เสนอข้อคิดเห็น ของ บาร์โร และสมิธ (Barrow & Smith) ว่า เป็นการยากที่จะกำหนดว่าผู้ใดชราภาพหรือสูงอายุ แต่สามารถพิจารณาจากองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้คือ

1) ประเพณีนิยม (Tradition) เป็นการกำหนดผู้สูงอายุ โดยยึดตามเกณฑ์อายุที่ออกจางานเช่น ประเทศไทยกำหนดอายุวัยเกษียณอายุ เมื่ออายุครบ 60 ปี แต่ประเทศสหรัฐอเมริกา กำหนดอายุ 65 ปี เป็นต้น

2) การปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกาย (Body functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ทางสรีรวิทยาหรือทางกายภาพ บุคคลจะมีการเสื่อมสลายทางสรีรวิทยาที่แตกต่างกันในวัยสูงอายุอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย จะทำงานน้อยลงซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนอายุ 50 ปี ฟันอาจจะหลุดทั้งปากแต่บางคนอายุถึง 80 ปี ฟันจึงจะเริ่มหลุด เป็นต้น

3) การปฏิบัติหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Mental Functioning) เป็นการกำหนดตามเกณฑ์ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ การจำ การเรียนรู้ และความเสื่อมทางด้านจิตใจ สิ่งที่พบมากที่สุดกับผู้สูงอายุคือ ความจำเริ่มเสื่อม ขาดแรงจูงใจซึ่งไม่ได้หมายความว่าบุคคลผู้สูงอายุทุกคนจะมีสภาพเช่นนี้

4) ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self - Concept) เป็นการกำหนดโดยยึดความคิดที่ผู้สูงอายุมองตนเอง เพราะโดยปกติผู้สูงอายุมักจะเกิดความคิดว่า “ตนเองแก่ อายุมากแล้ว”

และส่งผลต่อบุคลิกภาพทางกาย ความรู้สึกทางด้านจิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามแนวความคิดที่ผู้สูงอายุนั้นๆ ได้กำหนดขึ้น

5) ความสามารถในการประกอบอาชีพ (Occupation) เป็นการกำหนดโดยยึดความสามารถในการประกอบอาชีพ โดยใช้แนวความคิด จากการเสื่อมถอยของสภาพทางร่างกายและจิตใจ คนทั่วไปจึงกำหนดว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพักผ่อน หยุดการประกอบอาชีพ ดังนั้นบุคคลที่อยู่ในวัยสูงอายุ จึงหมายถึงบุคคลที่มีวัยเกินกว่าวัยที่จะอยู่ในกำลังแรงงาน

6) ความกดดันทางอารมณ์และความเจ็บป่วย (Coping with Stress and Illness) เป็นการกำหนดโดยยึดตามสภาพร่างกาย และจิตใจ ผู้สูงอายุจะเผชิญกับสภาพโรคร้ายไข้เจ็บอยู่เสมอ เพราะสภาพทางร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมลง นอกจากนั้น ยังอาจเผชิญกับปัญหาทางด้านสังคมอื่น ๆ ทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์เพิ่มขึ้นอีก ส่วนมากมักพบกับผู้มีอายุระหว่าง 60 - 65 ปีขึ้นไป

พจนานุกรม ศัพท์สังคมวิทยา อังกฤษ-ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน ปี พ.ศ. 2549 ได้ให้ความหมายของการสูงอายุไว้ว่า “Aging” หรือ “การสูงวัย” ในทางประชากรศาสตร์ หมายถึง การที่ประชากรมีอายุสูงขึ้นทำให้สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้น อันเป็นผลจากการที่ภาวะเจริญพันธ์หรืออัตราเกิดลดต่ำลง ในขณะที่ผู้คนมีอายุยืนยาวมากขึ้น ปรากฏการณ์ที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น กำลังเกิดขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะในแถบยุโรปตะวันตก เมื่อประชากรมีภาวะสูงวัยขึ้น ทำให้สังคมกลายเป็นสังคม ผู้สูงอายุ ประชากรของประเทศไทยก็กำลังมีอายุสูงขึ้นเช่นกัน เมื่อ พ.ศ. 2513 ประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปของประเทศไทย มีเพียงร้อยละ 5 ของประชากรทั้งหมด แต่ใน พ.ศ. 2543 สัดส่วนผู้สูงอายุนี้เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 9 และ ประมาณว่า ใน พ.ศ. 2563 สัดส่วนประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปจะสูงถึงเกือบร้อยละ 20

ภาวิณี วรประดิษฐ์ (2552. ออนไลน์) เสนอการแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ ตามสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Institute of Aging) ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็น 2 กลุ่ม คือ

- 1) กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (Young - Old) มีอายุ 60 - 74 ปี
- 2) กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (Old - Old) มีอายุ 75 ปีขึ้นไป

ภาณุ อุดกถัน (2553. ออนไลน์) ได้สรุปลักษณะและองค์ประกอบของความสูงอายุไว้ว่า ลักษณะของความสูงอายุมีความสัมพันธ์กับอายุ คือ กระบวนการชรา เริ่มขึ้นตั้งแต่ ปฏิสนธิ และมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา จากเด็กเป็นผู้ใหญ่จนเข้าสู่วัยสูงอายุ อีกทั้ง ลักษณะของความชราจะปรากฏออกมาในรูปแบบของความเสื่อมต่างๆ เช่น ผมหงอกขาว ผิวหนังเหี่ยวย่น ส่วน องค์ประกอบของความสูงอายุนั้น จะมีองค์ประกอบ คือ

- 1) เป็นสิ่งที่ปรากฏเสมอ (Universal)
- 2) ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง (Progressive)
- 3) เป็นความเสื่อม (Detrimental) และ
- 4) เป็นสิ่งที่เกิดจากปัญหาภายใน (Intrinsic Factor) ดังนั้น “ความสูงอายุ

เป็นความเสื่อมสภาพที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยภายในดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง และปรากฏให้เห็นได้ เกิดขึ้นกับทุกคน แต่ในอัตราเร็วช้าไม่เท่ากัน ขึ้นกับพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และแบบแผนการดำเนินชีวิต”

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

สวดี เบญจวงศ์ (2541 : 54-60) นักทฤษฎีการสูงอายุได้พิจารณากระบวนการแก่ของบุคคลว่า เป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันทั้งแนวตั้งและแนวนอน ในแนวตั้งให้พิจารณาว่าร่างกายของบุคคลมีหลายระดับนับตั้งแต่โมเลกุล เซลล์ บุคคล กลุ่มคน และสังคม ส่วนแนวนอนให้พิจารณาว่าบุคคลมีคุณลักษณะ 3 ประการ คือ เป็นอยู่ (Being) พฤติกรรม (Behaving) และการกลายมาเป็น (Becoming) ซึ่งปรากฏการณ์ของความสูงอายุหรือกระบวนการแก่เกิดจากปัจจัยหลายประการ ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง ทฤษฎีที่อธิบายถึงการสูงอายุนั้นอาจแบ่งได้เป็น 3 ทฤษฎีดังต่อไปนี้

1) ทฤษฎีทางชีววิทยา ได้อธิบายถึงกระบวนการทางสรีรวิทยาและการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของอวัยวะต่างๆ ของทั้งการสูญเสียความสามารถในการต้านทานโรค พบว่า ในทุกระดับของชีววิทยาดังแต่เซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะ ระบบอวัยวะจะต้องมีการเสื่อมและการตายเกิดขึ้น

2) ทฤษฎีทางจิตวิทยา เป็นทฤษฎีที่เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้น เป็นการพัฒนาและปรับตัวเกี่ยวกับสติปัญญา ความนึกคิด ความจำ และการรับรู้ แรงจูงใจ รวมทั้งสังคมที่อยู่อาศัย และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคลจะผลักดันให้มีบุคลิกแตกต่างกันไป และมนุษย์จะมีช่วงการเปลี่ยนแปลง คือ ช่วงต่อของชีวิต ซึ่งล้วนแต่เป็นภาวะวิกฤต การที่บุคคลสามารถผ่านช่วงวิกฤตในชีวิตแต่ละระยะได้ดีเพียงใด ก็จะส่งผลถึงการพัฒนาบุคลิกภาพในอนาคต คือ การเป็นผู้สูงอายุด้วย

3) ทฤษฎีทางสังคมวิทยา เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสถานะทางสังคมที่เปลี่ยนไป เพราะมนุษย์จะต้องมีการพัฒนาในแต่ละบุคคล และสิ่งแวดล้อมจะมีผลต่อการปรับตัว ทฤษฎีนี้เชื่อว่าถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจะทำให้สถานะของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทฤษฎีทางสังคมแบ่งออกได้ดังต่อไปนี้

3.1) ทฤษฎีไร้ภาระผูกพัน อธิบายว่าการละบทบาททางสังคม ซึ่งจะเป็นผลดีต่อทั้งสองฝ่าย คือ ได้ให้คนในวัยหนุ่มสาวที่มีความรู้ความสามารถเข้ามาทำหน้าที่ สำหรับผู้สูงอายุเองก็จะได้เตรียมตัวรับกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นกระบวนการต่อเนื่องและหลีกเลี่ยงไม่ได้ และความแตกต่างในบุคลิกภาพไม่ใช่สิ่งที่สำคัญ

3.2) ทฤษฎีกิจกรรม กล่าวถึง การมีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคม และความพึงพอใจในชีวิต เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นสถานะทางสังคมจะลดลง บทบาทเก่าจะถูกถอดถอนตัวออกไป ดังนั้นผู้สูงอายุควรมีกิจกรรมต่อเนื่องจากวัยที่ผ่านมา ควรพอใจในการร่วมกิจกรรม สนใจและร่วมเป็นสมาชิก ในกิจกรรมต่าง ๆ กิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุทำให้มีสุขภาพดีทั้งใจและกาย กิจกรรมจึงมีความสำคัญต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

3.3) ทฤษฎีความต่อเนื่อง ได้มาจากการนำทฤษฎีไร้ภาระผูกพันและทฤษฎีกิจกรรม มาวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อหาข้อสรุปใหม่เป็นทฤษฎีความต่อเนื่องที่สามารถอธิบายชีวิตที่แท้จริงของผู้สูงอายุได้ คือการที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขในบั้นปลายชีวิตได้นั้นขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและรูปแบบการดำเนินชีวิตเดิมของผู้สูงอายุ เช่นผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในสังคมจะมีความสุขเมื่อได้ร่วมกิจกรรมเหมือนในวัยหนุ่มสาว และผู้สูงอายุที่ไม่ชอบการเข้าร่วมสังคมมาก่อนก็จะมีความสุขในการแยกตัวเองในวัยสูงอายุ

บุญศรี นุเกตุ และคณะ (2548 : 19) ได้สรุปเกี่ยวกับทฤษฎีความสูงอายุว่า ทฤษฎีความสูงอายุ เป็นทฤษฎีการถูกกำหนด (Programmed Change Theories) คือ การเปลี่ยนแปลงตลอดช่วงชีวิตได้ถูกกำหนดไว้ล่วงหน้าในยีน และทฤษฎีการถูกทำลาย (Random Damage, Unprogrammed Theories) คือ ส่วนของร่างกายค่อยๆ ถูกทำลายจากสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตามยังไม่มียุทธวิธีหนึ่งทฤษฎีใดที่สามารถอธิบายความสูงอายุได้ครอบคลุมทั้งหมด ความสูงอายุเป็นหลายๆ กระบวนการที่เกิดขึ้นพร้อมๆ กัน ความรู้จากศาสตร์เพียงสาขาหนึ่งไม่อาจอธิบายกระบวนการสูงอายุได้อย่างสมบูรณ์ รวมทั้งกระบวนการสูงอายุมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัยภายในและภายนอกของร่างกายด้วย

ชลธิชา จันทศิริ (2549 : 17-19) ได้อ้างถึง จิราพร เกศพิชญวัฒนา ที่กล่าวถึง ทฤษฎีการสูงอายุ ว่าเป็นการอธิบายเกี่ยวกับปรากฏการณ์ของการสูงอายุที่เกิดขึ้นตามสมมติฐานของนักทฤษฎีแต่ละท่าน การสูงอายุของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันไป โดยทั่วไปมีการจัดกลุ่มทฤษฎีการสูงอายุออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

1) ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ (Biological Theories of Aging) ทฤษฎีในกลุ่มนี้จะมองการชราภาพที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระดับ โมเลกุล เซลล์ รวมทั้งระบบการทำงานของสิ่งมีชีวิตนั้นๆ

โดยอธิบายถึงผลจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และการเปลี่ยนแปลงภายในระบบที่จะต้องเกิดกับสิ่งมีชีวิตทุกชนิดเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น ประกอบด้วย

1.1) ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory) เมื่อเซลล์ในร่างกายมีอายุมากขึ้น จะเกิดการเปลี่ยนแปลงใน DNA และ RNA นำไปสู่ความผิดปกติของเซลล์ส่งผลให้เกิดการแก่ตัว เสื่อมสภาพ หรือเซลล์ตายในที่สุด

1.2) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) สารอนุมูลอิสระเป็นผลพลอยได้จากการเผาผลาญในร่างกาย และจะเพิ่มมากขึ้นจากมลภาวะของสิ่งแวดล้อม ตัวอนุมูลอิสระจะไปจับกับเซลล์ต่างๆ ในร่างกาย ทำให้เซลล์ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติเกิดความเสียหาย และมีการตายของเซลล์เกิดขึ้น

1.3) ทฤษฎีเชื่อมโยงไขว้ (Cross-Linkage Theory) เกิดจาก โปรตีนบางอย่าง ในร่างกายที่เพิ่มขึ้นและการเชื่อมโยงไขว้จับตัวกันมากขึ้น ส่งผลให้มีการขัดขวางกระบวนการเมตาบอลิซึม พบมากในคอลลาเจน เมื่อเกิดการเชื่อมโยงไขว้จะทำให้มีความหนาตัวเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การนำสารอาหารและขับของเสียออกจากเซลล์ลดลง เช่น ผิวหนังของผู้สูงอายุที่มีความยืดหยุ่นลดลง

1.4) ทฤษฎีโปรแกรม (Programed Theory/Hayflick Theory) เชื่อว่าเซลล์เมื่อมีการแบ่งตัวจะสามารถทำงานได้จนระดับหนึ่งจึงจะตาย เหมือนมีการกำหนดโปรแกรมไว้ ซึ่งสิ่งมีชีวิตแต่ละชนิดจะถูกกำหนดไว้แตกต่างกัน เช่น มนุษย์ถูกกำหนดอายุไว้ที่ 110-120 ปี

1.5) ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunity Theory) เชื่อว่าระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายมนุษย์จะทำงานลดลงเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น และนอกจากนี้ยังพบว่าร่างกายมีการสร้างภูมิคุ้มกันต่อตนเองเพิ่มขึ้นก่อให้เกิด โรคที่ร่างกายมีการต่อต้านตนเอง เช่น โรคข้อรูมาตอยด์ โรค Lupus

2) ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยา (Psychological Theories of Aging) ทฤษฎีนี้มีความเชื่อที่ว่า การพัฒนาการของมนุษย์เป็นสิ่งที่ต่อเนื่องไม่มีการสิ้นสุด เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวเพื่อเผชิญกับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยาจะเน้นที่พฤติกรรมของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ ซึ่งสามารถแบ่งเป็นกลุ่มทฤษฎี ได้ดังนี้

2.1) ทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ตามขั้นของมาสโลว์ (Maslow is Hierachy of Human Needs Theory) กล่าวว่า บุคคลจะมีความต้องการภายในตามลำดับขั้นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล จะขยับความต้องการขึ้นเป็นลำดับขั้นจนกระทั่งถึงขั้นสูงสุด ซึ่งมนุษย์ทุกคนมีความต้องการพื้นฐานที่คล้ายกัน และมีความต้องการที่เหนือขึ้นมาคือความต้องการ

มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีนำมาซึ่งความสุข ทั้งร่างกายและจิตใจ ความสุขทางด้านร่างกายคือ การมีหรือได้รับการตอบสนองความต้องการของร่างกายตัวอย่างเช่นด้านอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค เครื่องมือเครื่องใช้เครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ และทางจิตใจคือ การมีหรือได้รับความรัก ความอบอุ่นและความมั่นคงทางจิตใจ ได้รับการยอมรับ และยกย่องจากบุคคลอื่น ความพึงพอใจในชีวิตของคนจะเกิดขึ้นได้เมื่อคนนั้นได้รับการตอบสนองความต้องการของตนได้ และความต้องการนั้นจะเพิ่มระดับขึ้นตามขั้นความต้องการพื้นฐานสูงขึ้น สูงขึ้น มาสโลว์ได้จัดลำดับความต้องการไว้เป็น 5 ขั้น มีดังนี้คือ

- ขั้นที่ 1 ความต้องการด้านร่างกายหรือความต้องการทางสรีรวิทยา เช่น อาหาร การพักผ่อน การรักษาภาวะสมดุลภายในร่างกาย
- ขั้นที่ 2 ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น ความต้องการเกี่ยวกับความปลอดภัย ความมั่นคง สวัสดิการ การคุ้มครองการช่วยเหลือจากผู้อื่น
- ขั้นที่ 3 ความต้องการด้านความรักและความต้องการเป็นเจ้าของ เช่น ความต้องการเกี่ยวกับการเป็นเจ้าของ การเข้าหมู่ การเข้าพวกครอบครัวเพื่อนร่วมงาน
- ขั้นที่ 4 ความมีคุณค่าในตนเอง เช่น ความต้องการเกี่ยวกับเกียรติยศ ชื่อเสียง การยกย่องนับถือและการยอมรับจากสังคม
- ขั้นที่ 5 การได้รับการยอมรับ เป็นความต้องการสูงสุด คือ ความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ซื่อสัตย์ต่อตนเอง ประพฤติปฏิบัติในแนวทางที่เหมาะสม กระทำสิ่งต่าง ๆ ตามความสามารถของตน

2.2) ทฤษฎีเอกัตบุคคลของจุง (Jung's Theory of Individualism) เชื่อว่าบุคลิกภาพของบุคคลประกอบด้วยจิตใต้สำนึก (Ego) และจิตสำนึก (Superego) เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มมากขึ้น บุคลิกภาพจะเริ่มเปลี่ยนจากการมองภายนอกเข้ามาภายในตนและเห็นคุณค่าของตนมากกว่าจะมองเห็นแต่ความสำคัญหรือเสื่อมถอยของร่างกาย สามารถยอมรับได้ทั้งความสำเร็จและข้อจำกัดที่เกิดขึ้น

3) ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคม (Sociological Theories of Aging)

ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคมจะให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพและบทบาทระหว่างบุคคล รวมถึงการปรับตัวทางสังคมของผู้สูงอายุ ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคม ได้แก่

3.1) ทฤษฎีการถดถอย (Disengagement Theory) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมตามสังคม โดยทั่วไปจะมีการถอยหนีออกจากสังคมลดบทบาทของตนเองเพื่อคงความสมดุลให้แก่สังคม

3.2) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory/Development Task Theory) เชื่อว่า ผู้สูงอายุต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเพื่อเป็นผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ทำให้ผู้สูงอายุยังคงปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

3.3) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ผู้สูงอายุไม่ใช่วัยตอนปลาย ของชีวิตที่แยกออกมาอย่างเด่นชัด ดังนั้น เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุยังคงสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นส่วนตัวได้อย่างต่อเนื่องไปอย่างไม่หยุดนิ่ง

3.4) ทฤษฎีความเหมาะสมระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Person-Environment Fit Theory) สัมพันธภาพระหว่างกันของกลุ่มบุคคล ผู้สูงอายุ และสังคมสิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งกำหนด สมรรถนะในตัวของบุคคลนั้นๆ เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้นสมรรถนะในคนเหล่านี้ อาจเปลี่ยนแปลงไปหรือลดลง ทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถในการเผชิญกับสิ่งแวดล้อม

กล่าวโดยสรุปในการวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ได้ศึกษาและวิเคราะห์ทฤษฎีการสูงอายุทั้งทางชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมวิทยา ซึ่งทฤษฎีที่อธิบาย ถึงกระบวนการสูงอายุมีหลายทฤษฎี แต่ไม่มีทฤษฎีใดที่สามารถอธิบายได้ทั้งหมด จึงเชื่อกันว่า ในกระบวนการสูงอายุน่าจะพิจารณาและวิเคราะห์การสูงอายุที่เกิดจากหลายสาเหตุร่วมกันและ ทำให้เกิดสภาพในหลายระดับ การเข้าใจถึงทฤษฎีการสูงอายุจะทำให้มีความเข้าใจในการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแก่ผู้สูงอายุได้ดีขึ้น และการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำทฤษฎีการสูงอายุทางชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมวิทยามาใช้ประกอบการกำหนดประเด็นในการศึกษาสภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

สุรกุล เชนอบรม (2535 : 11-22) ได้สรุป การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแก่บุคคล อันเนื่องมาจากความเป็นผู้สูงอายุ ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ อวัยวะและระบบต่างๆ จะเปลี่ยนแปลงสภาพไปในทางเสื่อม คือ

1.1) ผมและขน จะเปลี่ยนจากสีดำเป็นสีขาว แห้งและร่วงง่าย

1.2) ผิวหน้า ขาดความเต่งตึง น้ำมันใต้ผิวหนังน้อยลง เลือดที่มาเลี้ยงน้อยลง ทำให้เหี่ยวย่น และหยาบขึ้น ไขมันใต้ผิวหนังลดลง ทำให้ผิวหนังห่อนยาน รอย่นปรากฏชัดเจน สีผิวเปลี่ยนไป และผิวหนังตกกระ

1.3) กระดูกจะมีความเปราะบาง เนื่องจากมีการเสื่อมสลายของแคลเซียม ออกจากกระดูกขาดวิตามินดี ทำให้กระดูกพรุน หักง่าย หมอนรองกระดูกสันหลังสึกกร่อนทำให้ เตี้ยลง หลังโก่งระบบสัมผัส ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น จะค่อยๆ เสื่อมลง คือ

(1) ตา จะเล็กลง เพราะจำนวนไขมันหลังลูกตาน้อยลง หน้าตาดก
ขอบเขตการมองเห็นแคบลง การปรับตัวตาช้า การยืดหยุ่นของเลนส์เสียไป ตา จะเล็กลง

(2) หู ประสาทรับเสียงเสื่อมไป จะรับเสียงต่ำได้ดีกว่าเสียงสูง

(3) จมูก ประสาทรับกลิ่นเสื่อมลง

(4) ลิ้น รุ้รสน้อยลง

1.4) ระบบทางเดินหายใจ ความจุปอดน้อยลง ปริมาตรอากาศค้างในปอด
เพิ่มขึ้น เนื่องจากความยืดหยุ่นของทรวงอกลดลง

1.5) ระบบทางเดินอาหาร ต่อม้ำลายน้อยลง การหลั่งน้ำย่อยของกระเพาะ
อาหารลดลง การบีบตัว และการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ทำให้การย่อยและการดูดซึมลดลง

1.6) ระบบการไหลเวียนโลหิต ความยืดหยุ่นของเส้นเลือดลดลง มีการ
เกาะจับแคลเซียมตามผนังเส้นเลือดสูง ทำให้เกิดการตีตันการไหลเวียนของเลือด และมีความดัน
โลหิตสูงกว่าปกติ

1.7) ระบบต่อมไร้ท่อ

(1) ต่อมใต้สมอง เสื่อม หน้าที่ฮอร์โมนต่ำลง ทำให้อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร
ขนบริเวณรักแร้และหัวหน่าวร่วง อวัยวะเพศเล็กลง

(2) ต่อมไทรอยด์ ขนาดเล็กลง เมื่ออายุเกิน 50 ปี ทำให้เบื่ออาหาร ตาฝ้า
ฟางขุ่นมัว

(3) ต่อมพาราไทรอยด์ มีการลดของฮอร์โมนทำให้กระดูกนุ่ม

(4) ตับอ่อนหลังอินสุลินน้อยลง จึงนำน้ำตาลไปใช้ประโยชน์ได้น้อยลง
ทำให้มีแนวโน้มที่จะเกิดเบาหวานได้ง่าย

(5) ต่อมหมวกไต ทำงานมากขึ้น ทำให้มีอาการเครียด หงุดหงิดง่าย
แต่จะมีความเฉื่อยชา เพราะการนำเอากลูโคสไปใช้ได้น้อย

(6) ต่อมเพศ มีผลด้านอารมณ์ในเพศหญิงมาก สำหรับเพศชาย
มีความเสื่อมเช่นกัน แต่การหลั่งฮอร์โมนยังปกติ อาจมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ได้เช่นเดียวกับ
หญิง แต่น้อยความสนใจทางเพศปกติ

1.8) ระบบขับถ่าย ภาวะการขับของเสียได้น้อยลง ขับน้ำออกมาก จะถ่าย
ปัสสาวะบ่อยมาก หูดบริเวณช่องเปิดของกระเพาะปัสสาวะเสื่อมความสามารถในการหดเกร็ง
ทำให้กลั้นปัสสาวะได้ยากขึ้น ผู้ชายต่อมลูกหมากโตขึ้น

1.9) ระบบประสาท มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมองและเซลล์ประสาท ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลงทำให้การตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดช้าลง ความจำเสื่อม โดยเฉพาะจำเรื่องราวในอดีตได้ดีกว่าเรื่องราวใหม่ๆ

2) การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงทางสภาพร่างกาย และสังคม มีผลโดยตรงต่อสภาพจิตใจ ซึ่งทำให้เกิดการแสดงออกในรูปของพฤติกรรมเกิดการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ การเรียนรู้ ความจำ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และสติปัญญา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะมากขึ้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ประกอบกัน เช่น สภาพแวดล้อม พยาธิสภาพ ประสบการณ์ ฯลฯ

3) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

การเปลี่ยนแปลงสถานะภาพและบทบาทในสังคม อาจส่งผลในทางดีและไม่ดีต่อผู้สูงอายุ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การปรับตัว ประกอบกับพื้นฐานทางเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว ของแต่ละบุคคล

กรมการศึกษานอกโรงเรียน (2541 : 37-38) ได้นำเสนอข้อมูลการเปลี่ยนแปลงวัยของผู้สูงอายุ ดังนี้

1) ด้านร่างกาย เซลล์ในร่างกายมนุษย์มีการเจริญและเสื่อมโทรมตลอดเวลา โดยในผู้สูงอายุมีอัตราการเสื่อมโทรมมากกว่าการเจริญ ทั้งนี้ การเสื่อมโทรมทางจิตจะทำให้มีความรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง

2) ระบบหายใจ เสื่อมสภาพลงเพราะ อวัยวะในการหายใจเข้า-ออกลดความสามารถในการขยายตัว ปอดเสียความยืดหยุ่น ถุงลมแตกเปลี่ยนแก๊สลดน้อยลง ปอดรับออกซิเจนได้น้อยลง

3) ระบบการไหลเวียนเลือด หัวใจ หลอดเลือด มีเนื้อเยื่ออื่นมาแทรกมากขึ้น ทำให้การสูบฉีดเลือดของหัวใจไม่แข็งแรงเหมือนเดิม มีปริมาณสูบฉีดลดลง หลอดเลือดแข็งตัว และแรงดันเลือดสูงขึ้น ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะลดปริมาณ

4) สติปัญญาของผู้สูงอายุ สติปัญญาเริ่มเสื่อมถอย เชื่องช้า ต้องใช้เวลาในการคิดวิเคราะห์ ทบทวนนานกว่าจะตัดสินใจได้ การตอบโต้ทางความคิดไม่ฉับพลันทันที แต่มีเหตุผล และประสบการณ์เป็นข้อมูลพื้นฐานในการคิดและตัดสินใจ แต่บางครั้งไม่กล้าตัดสินใจอะไร

5) การเรียนรู้ของผู้สูงอายุ การเรียนรู้เรื่องใหม่ๆ หรือเทคโนโลยีใหม่ของผู้สูงอายุเป็นไปได้ช้า ต้องใช้เวลาเรียนรู้นานกว่าที่จะรู้ ปรับเปลี่ยนความคิด และการกระทำได้ แต่การเรียนรู้ที่มีความสอดคล้องกับประสบการณ์เดิม และความรู้เดิมที่มีอยู่จะสามารถเรียนรู้

ได้รวดเร็ว

6) พฤติกรรมและธรรมชาติของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้

6.1) ถ้าไม่มีกิจกรรมอะไรทำอยู่ว่างๆ จะรำคาญและคิดฟุ้งซ่าน

6.2) บางช่วงจะหลงๆ ลืมๆ

6.3) สายตาไม่ดี อ่านหนังสือที่มีขนาดอักษรตัวเล็กเกินไปไม่ได้และอ่าน

ได้ไม่นาน

6.4) ชอบอ่าน ฟัง ดูข่าว ความก้าวหน้าและความเป็นไปของบ้านเมือง

มากกว่าบันเทิง หรือตำราวิชาการ

6.5) มีช่วงเวลาของความสนใจยาวนาน และมีสมาธิ ถ้ามีความตั้งใจจะทำ

สิ่งใด

กองทัพนิตสารธารณสุข (2548 : 22) ได้กล่าวถึง ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจดังกล่าวว่าเป็นไปในทางเสื่อมถอย เป็นธรรมชาติในผู้สูงอายุ อยู่แล้ว แต่การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นเร็ว หรือช้าขึ้นกับสาเหตุ 2 ประการ คือ กรรมพันธุ์ และสิ่งแวดล้อม แม้กรรมพันธุ์จะมีส่วน แต่ปัจจุบันพบว่าปัจจัยแวดล้อม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล สำคัญ ได้แก่

1) ภาวะโภชนาการ ทั้งภาวะโภชนาการขาด และภาวะโภชนาการเกิน นอกจาก จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย และจิตใจผู้สูงอายุในทางเสื่อมถอย โดยตรงแล้ว ยังเป็นสาเหตุของการเกิด และสัมพันธ์กับความรุนแรงของรอยโรค และโรคเรื้อรัง เช่น การขาด สารอาหารพวกวิตามินบี สัมพันธ์กับเกิดรอยโรคปากนกกระจอก การได้รับอาหารประเภทไขมัน อิ่มตัวมากเช่น กะทิ สัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด อาหารรสเค็ม หรืออาหารที่มีเกลือ ในปริมาณสูงสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

2) ภาวะโรคเรื้อรัง และอุบัติเหตุ ถ้าควบคุมโรคทางระบบ ให้อยู่ในภาวะ ที่เหมาะสมไม่ได้ หรือมีอุบัติเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติที่รุนแรง และภาวะทุพพลภาพ จะส่งผล ต่อการเสื่อมถอยของร่างกาย และจิตใจในผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว เช่น ผู้สูงอายุที่ปกติมีการ ได้ยิน ลดลง เนื่องจากการเสื่อมของประสาทรับเสียงในหูชั้นในอยู่แล้ว แต่ถ้ามีโรคหัวใจ ความดัน โลหิตสูง หรือเบาหวานจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติของเส้นเลือดเลี้ยงหูชั้นในง่ายขึ้น อาจทำให้เกิด หูอื้อ หูตึงได้ หรือผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ที่ควบคุมไม่ได้ จะมีแนวโน้มการเสื่อมของตา เส้นประสาทเสื่อม มือเท้าชา ผิวหนังอักเสบง่าย เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อในช่องปาก และการ สูญเสียฟันง่ายกว่า เร็วกว่าผู้สูงอายุที่ปกติ เป็นต้น

3) วิถีชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สามารถช่วยทั้งชะลอการเปลี่ยนแปลงเช่น พฤติกรรมการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ หรือเป็นปัจจัยที่ช่วยเร่งการเสื่อมถอย เช่น พฤติกรรมเสี่ยง การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา อาจก่อให้เกิดโรคมะเร็งที่ตับ ปอด เป็นต้น

ภาวิณี วรประดิษฐ (2552 : 21) ได้สรุปว่า การเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเริ่มเสื่อมลงไปตามอายุของผู้สูงอายุซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม ตลอดจนบทบาทหน้าที่ และสัมพันธ์ภาพทางสังคมลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อการเกิดภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วยของผู้สูงอายุ หากไม่มีวิธีป้องกันและการจัดการภาวะสุขภาพที่เหมาะสม

จากที่มีผู้กล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแก่บุคคลอันเนื่องมาจากระบบอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย และจิตใจเริ่มเสื่อมลงไปตามอายุของผู้สูงอายุซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุ และสัมพันธ์ภาพทางสังคมลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น จึงนำการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม มากำหนดเป็นองค์ประกอบของตัวแปร คุณภาพผู้สูงอายุ ในการวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

ความต้องการของผู้สูงอายุ (Need of the Elderly)

ผู้สูงอายุจะมีลักษณะเฉพาะตัว ความเป็นปัจเจกของตน จะยิ่งเพิ่มมากขึ้นจนกลายเป็นคุณสมบัติที่มีลักษณะที่เป็นเอกลักษณ์ หรือเฉพาะของผู้สูงอายุ ซึ่งจะพบในผู้สูงอายุแต่ละคนแตกต่างกันไป ดังนั้นความต้องการของผู้สูงอายุ จึงแตกต่างกัน และหากไม่ได้รับการตอบสนองย่อมก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ความต้องการของผู้สูงอายุ โดย พันธุ์ทิพย์ รามสูต (2540 : 1-51) ได้จำแนกความต้องการของผู้สูงอายุ ออกเป็น 2 ประเภท คือ

1) ความต้องการพื้นฐาน คือ ความต้องการสากลที่ผู้สูงอายุในโลก ต้องแสวงหาให้ได้มา เท่ากับเป็นเส้นเลือดใหญ่ ที่หล่อเลี้ยงชีวิตของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะอยู่ในสังคมวัฒนธรรมใดๆ ก็ตามจากการสำรวจ ความต้องการพื้นฐานในวัฒนธรรมต่างๆ กัน อาจจะสรุปได้ว่าผู้สูงอายุในโลกต่างมีความต้องการตรงกันที่จิตใจ กล่าวคือ

1.1) ผู้สูงอายุพยายามมีชีวิต อยู่ยาวนานเท่าที่จะเป็นไปได้ หรืออย่างน้อยก็อยู่ไปจนกว่าความพึงพอใจในสิ่งรอบตัวนั้น ไม่มีความหมาย หรือเมื่อถึงแก่ความตาย

1.2) ผู้สูงอายุพยายามรักษาพลังและศักยภาพทางร่างกายและทางสมอง ให้คงอยู่ให้มากที่สุด และใช้ประโยชน์จากพลังและศักยภาพดังกล่าว อย่างสูงสุดเท่าที่จะทำได้

1.3) ผู้สูงอายุพยายามป้องกันและสร้างไว้ซึ่งสิทธิพิเศษ ที่เคยเป็นในชีวิตวัยต้น เช่น ความรู้ ความชำนาญ ทักษะสมบัติ เกียรติคุณ และอำนาจ

2) ความต้องการขั้นสูง คือ ความต้องการซึ่งมีลักษณะเปลี่ยนแปลงง่ายอาจเป็นความต้องการเฉพาะหน้าหรือระยะยาว หรือเป็นจุดหมายปลายทางของผู้สูงอายุเป็นความต้องการที่สอดคล้องกับลักษณะสังคมและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ และจะถูกปรุงแต่งโดยวัฒนธรรมนั้นๆ ด้วยเป็นลักษณะที่เข้ากับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลจากการขัดเกลาของแบบแผนและบรรทัดฐานของสังคม

วิลเวอร์ธ ทองเจริญ และลิเวอร์ธ อุณาภิรักษ์ (2543 : 8-14) ได้ศึกษาความต้องการด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุก่อนวัยเกษียณ พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการด้านสุขภาพสุขภาพดำรงชีพโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายปีละ 1 ครั้ง โดยต้องการคลินิกตรวจรักษาเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุมากที่สุด และต้องการให้รับจัดบริการส่งเสริมสุขภาพโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเช่นเดียวกันสรุปได้ว่าปัญหาด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุสอดคล้องกับทฤษฎีการทำลายตนเอง (Autoimmunity Theory) ที่กล่าวว่าบุคคลเมื่ออายุมากขึ้น ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันน้อยลงพร้อมกันนั้นมีการสร้างภูมิคุ้มกันทำลายตนเองมากขึ้น ทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมไม่ดีทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย ซึ่งการที่ร่างกายเปลี่ยนแปลงผิดไปจากเดิมนั้นจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ และสะสมเพิ่มมากขึ้น จนกระทั่งถึงจุดสูญเสียหน้าที่ของยีนส์และโครโมโซม ทำให้ไม่สามารถผลิตโปรตีนได้ ทำให้เซลล์ตาย โดยเฉพาะเซลล์ประสาท เซลล์กล้ามเนื้อลาย และเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ

อำไพงนิษฐ สมานวงศ์ไทย (2550 : 22-23) ได้เสนอแนวคิด ผู้สูงอายุสมัยใหม่ควรได้มีสังคมและสามารถค้นหาข้อมูลที่สนใจจากอินเทอร์เน็ต เพราะลูกหลานต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ดังนั้น ในแต่ละวันผู้สูงอายุไม่ควรอยู่บ้านเฉย ๆ การใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีเพื่อนและไม่รู้สึกเหงา

บังอร ธรรมศิริ (2549 : 47-48) กล่าวว่าความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละคนอาจแตกต่างกันไปบ้าง ดังนั้นควรที่จะทำความเข้าใจพื้นฐานชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล ซึ่งครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญยิ่งในเรื่องดังกล่าวนี้ โดยทั่วไปความต้องการของผู้สูงอายุ พอสรุปได้ดังนี้

1) ความต้องการทางด้านร่างกาย เป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ความต้องการอาหาร การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ การมีที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย การมีเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มที่เหมาะสมตามฤดูกาล และต้องการการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย

2) ความต้องการทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุต้องการความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับนับถือ การเข้าใจ การเห็นอกเห็นใจและการให้อภัย

3) ความต้องการทางด้านสังคม ผู้สูงอายุยังต้องการมีกิจกรรมทางสังคม เช่น การพบปะเพื่อน การร่วมกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น

4) ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้เงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับตนเอง ช่วยเหลือกิจกรรมทางสังคมและทำบุญ รวมทั้งเป็นค่ารักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย ในทำนองเดียวกัน การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ครอบครัวควรให้การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ดังนี้

4.1) ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย โดยดูแลเอาใจใส่เรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ จัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมปลอดภัย จัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มให้เหมาะสมตามฤดูกาล แบ่งเบาภาระเรื่องงานในบ้าน พาผู้สูงอายุไปรับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ จัดหาอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุ เช่น แวนตา ไม้เท้า เครื่องช่วยฟัง เป็นต้น

4.2) ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ โดยเอาใจใส่พูดคุยอย่างสม่ำเสมอ ให้ความรัก ความเคารพ ยกย่อง ยอมรับนับถือ ฟังผู้สูงอายุเล่าประสบการณ์ชีวิต ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ เช่น การจัดงานวันเกิด การพาผู้สูงอายุไปท่องเที่ยวตามโอกาส และสถานที่ที่เหมาะสม การแสดงให้เห็นความสำคัญของวันสงกรานต์ ซึ่งเป็นวันผู้สูงอายุแห่งชาติ

4.3) ตอบสนองความต้องการทางด้านสังคม โดยแสดงความยินดีที่จะพาผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสมตามที่ต้องการและพยายามสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคมที่เหมาะสมตามกำลังความสามารถที่จะทำได้ เช่น เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

4.4) ตอบสนองความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ โดยรับภาระค่าใช้จ่าย การดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือในด้านการเงินอย่างเพียงพอและสม่ำเสมอ ไม่ควรให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาในการหาเงินเพื่อเลี้ยงชีพตนเอง รวมทั้งบุตรหลานหรือครอบครัวไม่ควรเบียดเบียนด้านการเงินกับผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุมีความจำกัดด้านการเงิน

จากการทบทวนความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุข้างต้น ผู้วิจัยได้สรุปถึงความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ดังตาราง 2.1 ต่อไปนี้

ตาราง 2.1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ

ความต้องการของผู้สูงอายุ	การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ
1. ทางด้านร่างกาย 1.1 ความต้องการอาหาร การพักผ่อน นอนหลับ และการขับถ่าย 1.2 การมีที่อยู่ที่พักอาศัย 1.3 การมีเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม 1.4 การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย	1. ทางด้านร่างกาย 1.1 ดูแลเอาใจใส่เรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อน และการขับถ่าย 1.2 จัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมปลอดภัย 1.3 จัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มให้เหมาะสมตามฤดูกาล 1.4 พาผู้สูงอายุไปรับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ
2. ทางด้านจิตใจ 2.1 การดูแลเอาใจใส่ 2.2 การยอมรับนับถือ 2.3 การเห็นอกเห็นใจและการ ให้อภัย	2. ทางด้านจิตใจ 2.1 การพูดคุยอย่างสม่ำเสมอ ให้ความรัก 2.2 การให้ความเคารพ ยกย่อง การให้ความสำคัญกับ ผู้สูงอายุ 2.3 การแสดงออกถึงความเข้าใจ และเอื้ออาทรกับผู้สูงอายุ
3. ทางด้านสังคม การมีกิจกรรมทางสังคม	3. ทางด้านสังคม การพาผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรมทางสังคม ให้ผู้สูงอายุ มีกิจกรรมร่วมในครอบครัว ตามกำลังความสามารถ ที่จะทำให้ได้
4. ทางด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพ	4. ทางด้านเศรษฐกิจ การดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายเท่าที่จะช่วยได้ การไม่เบียดเบียน ด้านการเงินกับผู้สูงอายุ

ในการวิจัย เรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้นำ ความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งนับเป็นการดูแลผู้สูงอายุ ขั้นพื้นฐาน เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีกำลังใจ ไม่ท้อแท้ต่อการดำเนินชีวิต ที่สำคัญ ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่โดดเดี่ยวกับการใช้ชีวิตที่เป็นอยู่ เพื่อกำหนดเป็นรูปแบบการพัฒนา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ต่อไป

สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย

ข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2552) ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรครั้งสำคัญ คือ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยสัดส่วนจำนวนประชากรในวัยทำงานและวัยเด็กลดลง เนื่องจากอัตรา การเกิดและอัตราการตายลดลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชากรไทยโดยเฉลี่ยมีอายุยืนยาวขึ้น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) คาดว่าประชากรของไทยจะเพิ่มขึ้น จาก 66.48 ล้านคนในปี 2551 เป็น 70.65 ล้านคนในปี 2568 และจะค่อยๆ ลดลง (Depopulation) เป็น 70.63 ล้านคนในปี 2573 จำนวนประชากรวัยเด็ก (อายุ 0 - 14 ปี) จะลดลงอย่างสม่ำเสมอ จาก 15.95 ล้านคนในปี 2533 เหลือเพียง 9.54 ล้านคนในปี 2573 โดยเมื่อคิดเป็นสัดส่วนจะลดลงจากร้อยละ 29.23 เหลือเพียงร้อยละ 13.50 ประชากรวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) จะเพิ่มจาก 34.59 ล้านคนในปี 2533 เป็น 46.34 ล้านคนในปี 2560 จากนั้นจะลดลง เป็นลำดับ เหลือ 43.35 ล้านคนในปี 2573 เมื่อคิดเป็นสัดส่วนจะเพิ่มจากร้อยละ 63.40 เป็นร้อยละ 67.67 แล้วลดลงเป็นร้อยละ 61.38 ส่วนประชากรวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นกว่า 3 เท่าจาก 4.02 ล้านคนในปี 2533 เป็น 17.74 ล้านคนในปี 2573 เมื่อคิดเป็นสัดส่วนจะเพิ่มจากร้อยละ 7.36 เป็นร้อยละ 25.12 และ ตามนิยามของสังคมผู้สูงอายุ ประเทศไทยเริ่มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี 2547 เมื่อประชากรอายุ 60 ปี ขึ้น ไปมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี 2567 เมื่อประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20

การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของประชากรดังกล่าวส่งผลให้อัตราส่วนภาระพึ่งพิงหรือภาระ โดยรวมที่ประชากรวัยทำงานจะต้องเลี้ยงดูประชากรวัยเด็กและวัยสูงอายุมิมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยที่ยังมิได้คำนึงถึงเรื่องค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูซึ่งสูงขึ้นตามอายุ อัตราส่วนภาระพึ่งพิงของประชากร วัยเด็ก ลดลง จากร้อยละ 46.11 ในปี 2533 เหลือร้อยละ 21.99 ในปี 2573 ขณะที่อัตราส่วนภาระพึ่งพิงของ ประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.61 เป็นร้อยละ 40.93 ในช่วงเวลาเดียวกัน ทำให้อัตราส่วน ภาระพึ่งพิงรวมลดลงจากร้อยละ 57.72 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 47.78 ในปี 2554 จากนั้นจะเพิ่มขึ้น อย่างรวดเร็ว เป็นร้อยละ 62.92 ในปี 2573

จะเห็นได้ว่าการกระจายตัวของประชากรตามกลุ่มอายุและเพศของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2533 ถึง พ.ศ. 2573 เป็นการนำเสนอด้วยพีรามิดประชากร โดยฐานของพีรามิดคือประชากรในวัยเด็ก ประชากรที่อายุสูงขึ้นๆ จะมีสัดส่วนน้อยลงตามลำดับเนื่องจากการตายในแต่ละปี ส่วนกลางของพีรามิดแสดงถึงประชากรวัยแรงงาน ในขณะที่ส่วนบนของพีรามิดแสดงถึงประชากรในวัย สูงอายุ พีรามิดประชากรของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2533 ถึง

พ.ศ. 2573 มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง อย่างชัดเจนจากลักษณะของปิรามิดที่มีฐานกว้างในปี พ.ศ. 2533 กลายเป็นปิรามิดที่มีรูปคล้ายรวงผึ้งในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ประเทศไทย มีอัตราเกิดและอัตรายายอยู่ในระดับต่ำ อัตราเกิดที่ลดลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ฐานปิรามิด แคบลง เพราะเด็กเกิดน้อยลง อัตรายายที่ต่ำทำให้สัดส่วนของประชากรแต่ละกลุ่มอายุไม่แตกต่างกันมากนัก กล่าวได้ว่า ในปี พ.ศ. 2551 ประเทศไทยอยู่ในภาวะที่เรียกว่า “การปันผลทางประชากร” (Population dividend) ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่สัดส่วนของประชากรในวัยแรงงาน (อายุ 15 - 59 ปี) ซึ่งเป็นวัยผลิต และสามารถให้การเกื้อหนุนกลุ่มอายุอื่นๆ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและกลุ่มผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง

อย่างไรก็ตาม จากภาพประชากรใน ปี พ.ศ. 2573 แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า สัดส่วนประชากร วัยเด็กลดลงอย่างมาก และถึงแม้ประเทศไทยยังคงมีสัดส่วนของประชากรในวัยแรงงานที่สูงอยู่ แต่ประชากร ในวัยสูงอายุก็เพิ่มขึ้นเป็นสัดส่วนที่สูงมากอย่างชัดเจน

นอกจากนี้ สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ดำเนินการสำรวจประชากรผู้สูงอายุพบว่า

1) ด้านที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 71.4 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล อีกร้อยละ 28.6 อยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 62.5 เป็นผู้ที่มีสมรส ร้อยละ 34.8 เป็นม่าย หย่าหรือ แยกกันอยู่และ อีกร้อยละ 2.7 เป็นโสด

2) ด้านการศึกษา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือร้อยละ 68.9 เรียนจบชั้นประถมศึกษา มีเพียง ร้อยละ 9.5 ที่เรียนจบสูงกว่าระดับประถมศึกษา อีกร้อยละ 21.6 ไม่เคยเรียนหนังสือ หรือจบต่ำกว่า ชั้นประถมศึกษา อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุ 3 ใน 4 คน หรือร้อยละ 76.1 สามารถ อ่านออกเขียนได้

3) ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มโรคที่ผู้สูงอายุป่วยมาก 3 อันดับแรก คือ กลุ่มโรค ระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ และกลุ่มโรคหัวใจ และหลอดเลือด ส่วนสาเหตุ การตายของผู้สูงอายุที่สำคัญ คือ โรคมะเร็งทุกชนิด โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง หลอดลมอักเสบ และปอดอักเสบ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มพิการ มากขึ้น จากร้อยละ 5.8 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 15.3 ในปี 2550 โดยความพิการที่พบบ่อย คือ สายตาเลือนรางทั้งสองข้าง หูตึงสองข้าง และอัมพฤกษ์

4) ด้านสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ผู้สูงอายุได้รับสวัสดิการในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา สูงถึงร้อยละ 97 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสวัสดิการค่ารักษาประเภตบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือบัตรทอง รองลงมา เป็นสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ส่วนสวัสดิการที่จัด โดยนายจ้างมีน้อย

5) ด้านการทำงาน ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเข้ามามีส่วนร่วมในกำลังแรงงานมากขึ้น โดยร้อยละ 51.0 ให้เหตุผลว่าต้องทำงานเพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัว ร้อยละ 36.5 เห็นว่าตนยังแข็งแรง ทำงานได้ อีกร้อยละ 12.5 ต้องส่งเสียบุตร เป็นอาชีพประจำไม่มีผู้ทำแทน และมีหนี้สิน

6) ด้านแหล่งรายได้หลัก ในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุคือ บุตร ร้อยละ 52.3 รายได้จากการ ทำงานของผู้สูงอายุเอง ร้อยละ 28.9 คู่สมรส ร้อยละ 6.1 เงินบำเหน็จบำนาญ ร้อยละ 4.4 ส่วนในด้าน การออมพบว่าผู้สูงอายุมีการออมหรือสะสมเงินทองและทรัพย์สิน ร้อยละ 68.7 และไม่มีการออม ร้อยละ 31.3

สถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี (2556) โดยการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุในสังคมไทยนั้น ได้มีสาเหตุหลักอันเนื่องมาจากการลดลงของ ภาวะเจริญพันธุ์อย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดการเพิ่มจำนวนและสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุและส่งผลกระทบต่อสังคมและระบบเศรษฐกิจ ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรของประเทศในอนาคตหากไม่มี นโยบาย หรือแผนปฏิบัติการที่เหมาะสมรองรับประเด็นที่เด่นชัด คือ จำนวนประชากรวัยแรงงานที่ลดลงจะมีผล ต่อผลผลิตรวมของประเทศ ในขณะที่การจัดสรรทรัพยากรเพื่อผู้สูงอายุของประเทศเพิ่มขึ้น ผลกระทบ ต่อการจัดการด้านสังคม คือ การพึ่งพิงสมาชิกในครอบครัวที่สูงขึ้น อันเนื่องมาจากภาวะถดถอย ทางกายภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าวนี้จะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

ในอดีตที่ผ่านมา นโยบายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีที่มาจากค่านิยม ความพึงพอใจและความต้องการของผู้นำในยุคต่างๆ อันเป็นการสร้างความนิยมจากประชาชน และเพื่อให้เกิดความสงบสุขในสังคม ดังเช่น ในสมัย จอมพล ป.พิบูลย์สงคราม (นายกรัฐมนตรี) ได้มีนโยบายจัดสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคขึ้นเป็นครั้งแรก หรือในสมัย จอมพล สฤษดิ์ ธนะรัชต์ ได้มีนโยบายสังคมสงเคราะห์สำหรับบุคคลผู้ด้อยโอกาส เช่น ผู้ยากไร้ พิการ คนไร้ที่พึ่ง เด็ก รวมถึงผู้สูงอายุ เป็นต้น จนกระทั่งประเทศไทยได้มีแนวคิดในการพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้าทัดเทียมกับประเทศตะวันตก จึงเริ่มมีแผนพัฒนาชาติเป็นกิจจะลักษณะ เรียกว่า แผนเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยในทศวรรษแรกของแผนการพัฒนานั้นการพัฒนา ด้านเศรษฐกิจเป็นหลัก การพัฒนาทางสังคมเป็นเพียงการแสดงความรักห่วงต่อมวลชน ด้วยการสังคมสงเคราะห์ และการทำนุบำรุงส่งเสริมศีลธรรม วัฒนธรรมอันดีงามของชาติ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงได้รับสวัสดิการด้านการสงเคราะห์ช่วยเหลือตามสภาพปัญหาเป็นหลัก ต่อมาในปี พ.ศ. 2521 ชุมชนสหประชาชาติได้เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกเพิ่มความสนใจต่อผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุจึงได้รับการดูแลในฐานะสมาชิกของสังคมที่มีศักดิ์ศรีและคุณค่าทั้งในครอบครัว และสังคมมากขึ้น นับจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 5 เป็นต้นมา การคุ้มครอง

การส่งเสริม สนับสนุน สถานภาพ บทบาท และกิจกรรมของผู้สูงอายุ การกำหนดแนวทางที่ชัดเจน ในการดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525-2554) ซึ่งถือว่าเป็นเสมือนแผนแม่บทสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดทำแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับ ผู้สูงอายุ พร้อมกับกำหนดให้ วันที่ 13 เมษายน ของทุกปีเป็นวันผู้สูงอายุแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2532 ได้มีการก่อตั้งสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี โดยมีชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศเป็นสมาชิกและให้การสงเคราะห์ด้านการ รักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ

ในปี พ.ศ. 2535 คณะรัฐมนตรีเห็นชอบนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุ ระยะยาว พ.ศ. 2535 - 2554) ครอบคลุมการดูแลผู้สูงอายุ 5 ด้าน คือ 1) ด้านสุขภาพอนามัย/ โภชนาการ 2) ด้านสวัสดิการสังคม 3) ด้านการงานและรายได้ 4) ด้านสังคม การศึกษา วัฒนธรรม และจิตใจ 5) ด้านวิจัยและพัฒนาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2550 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 บัญญัติเรื่องสิทธิของผู้สูงอายุในหมวดสิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย และหน้าที่ของปวงชนชาวไทยในปี พ.ศ. 2552 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ทรงลง พระปรมาภิไธย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2552 และประกาศในราชกิจจานุเบกษา มีผลบังคับใช้ในวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2553 เป็นต้นไป และประกาศปฏิญญาผู้สูงอายุไทย 9 ข้อ แต่งตั้ง คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสผ.) ต่อมา ในปี พ.ศ. 2554 จัดทำแผน ผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2551-2564) ครอบคลุมยุทธศาสตร์ 5 ด้าน คือ 1) ด้านการเตรียม ความพร้อมในการเข้าสู่ผู้สูงอายุ 2) ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ 3) ด้านระบบคุ้มครองทางสังคม แก่ผู้สูงอายุ 4) ด้านการบริหารจัดการ และ 5) ด้านการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2553) อ้างอิงข้อมูลจาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งระบุว่า ในระยะ 10 ปี จากนี้ไปหรือภายในปี พ.ศ. 2568 จำนวนผู้สูงอายุ ไทยจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11 ไป เป็นร้อยละ 20 หรือประมาณ 14.5 ล้านคน หรือคิดเป็นประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งประเทศ และที่สำคัญประชากรสูงอายุเหล่านี้ก็มีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวขึ้น นั้นขอมหมายความว่าระยะเวลาของการต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุจะยาวขึ้นด้วยเช่นกัน ปัจจุบันอายุคาดเฉลี่ยของผู้สูงอายุชาย อยู่ที่ 69.5 ปี ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงอยู่ที่ 76.3 ปี ในขณะที่ สัดส่วนของวัยแรงงานต่อการเกื้อหนุนผู้สูงอายุไทย จะลดลงจาก 6 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คน ไปเป็น 2 คน ต่อผู้สูงอายุ 1 คน ในปี พ.ศ. 2573 หรือในระยะ 20 ปี ต่อจากนี้ไป (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2550) และการเข้าสู่สังคมสูงอายุเช่นนี้ สิ่งสำคัญอย่างยิ่งก็คือ การเตรียมการรองรับการดูแลผู้สูงอายุ ที่จะเพิ่มขึ้น ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ ยังมีผลกระทบต่อ ภาวะทางเศรษฐกิจ สังคม และการบริหารประเทศ ทั้งนี้ เพราะเมื่อ โครงสร้างประชากรเริ่มขยับไปสู่

การมีประชากรสูงอายุมากขึ้นเรื่อย ๆ สัดส่วนของประชากรวัยทำงาน ที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ผู้สูงอายุก็จะลดน้อยลง ซึ่งอัตราการเป็นภาระวัยผู้สูงอายุหรือ อัตราการพึ่งพิงวัยผู้สูงอายุต่อผู้ที่อยู่ในวัยทำงานเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 16.0 และระบุว่า ประเทศไทย ได้ถูกจัดให้เป็นประเทศที่อยู่ในสังคม ผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 กล่าวคือ ในขณะนั้น ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.4 ของ ประชากรทั้งหมด ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติได้คาดการณ์ว่าโครงสร้างประชากรไทยกำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุว่า “ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุถึง 1 ใน 4 ของประชากรและเป็นสังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์แบบภายในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2551 – 2571 สัดส่วน ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.1 เป็นร้อยละ 23.5 หรือ 1 ใน 4 ของประชากร ทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2553)

ปราโมทย์ ประสาทกุล (2556 : 1) ได้สรุปแนวโน้มโครงสร้างทางประชากรผู้สูงอายุ ของสังคมไทย เมื่อปี 2553 ระบุว่าผู้สูงอายุทั่วประเทศประมาณ 8.5 ล้านคน โดยเปรียบเทียบกับ จำนวนประชากรทั้งหมดในประเทศไทยที่มีประมาณ 65.9 ล้านคน พบว่า มีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 13 และในอนาคตระดับความเป็นสังคมสูงวัยจะทวีความเข้มข้นขึ้นเรื่อย ๆ โดยคาดประมาณว่า ในปี 2576 ประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในประเทศไทยจะมีถึง 19 ล้านคน เท่ากับร้อยละ 30 ของ ประชากรทั้งประเทศ

วรเวศม์ สุวรรณระดา (2557 : 16) ได้ประมาณการณ์จำนวนประชากร ในปี พ.ศ. 2583 จำนวนประชากรสูงอายุจะเพิ่มเป็นเกือบหนึ่งในสามของประชากรทั้งหมด ขณะเดียวกัน จำนวนและสัดส่วนของประชากรวัยทำงานและประชากรวัยเด็กจะมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปได้ว่า จำนวน ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวขึ้น นั้นขอมหมายความว่าระยะเวลาของการต้องอยู่ใน ภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุจะยาวนานด้วยเช่นกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัย รูปแบบ การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อเตรียมการรองรับปัญหาและพัฒนาคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุให้มีสุขภาพทางร่างกายที่แข็งแรง มีสุขภาพจิตที่ดีอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในสังคมร่วมกับครอบครัว ผู้อื่น และชุมชนได้อย่างเป็นปกติ สุข ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ ก็จะเป็นการลดภาระการพึ่งพิงทางสังคมของผู้สูงอายุ ลงในอันที่จะส่งผลต่อการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพของประเทศชาติในอนาคตต่อไป

ภาณี ชนาธิปกรณ (2540 : 67-69) ได้ระบุว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับลูกหลาน แต่ต่างก็อยู่ในสภาพที่ยากจน ทำให้ไม่สามารถเลี้ยงดูพ่อแม่ในวัยสูงอายุได้ จำต้องปล่อยให้ผู้สูงอายุ เหล่านี้ต้องเผชิญชีวิตตามยถากรรมยิ่งหนักไปกว่านั้นยังมีผู้สูงอายุที่ไร้ญาติขาดมิตรถูกปล่อยให้ อยู่ โดดเดี่ยวตามลำพังดังที่ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่วิจัยแห่งหนึ่งกำลังเดินเก็บขี้วัวแห้งตาม

พื้นถนนภายในหมู่บ้านเพื่อนำไปขายรายได้พอเลี้ยงปากเลี้ยงท้องไปวัน ๆ เนื่องจากลูกหลานทอดทิ้งหลังจากที่ยกทรัพย์สินสมบัติทั้งหมดให้ นอกจากนี้ยังพบสภาพของผู้สูงอายุที่กำลังนอนอดอยาก หิวโหยบนพื้นทรายในบ้านของตนเองอย่างไร้ญาติขาดมิตร ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อสภาพของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย

ประเทศไทยในอดีตนั้นเป็นสังคมเกษตรกรรมแบบครอบครัวขยายและนับถือพุทธศาสนา ซึ่งได้ให้ความสำคัญกับความกตัญญู การตอบแทนบุญคุณบุพการีที่เลี้ยงดู อีกทั้งยังเชื่อเรื่อง “กรรม” จึงเป็นทุนสังคมที่ช่วยส่งเสริมสายสัมพันธ์ของคนระหว่างวัย เกิดระบบที่ยึดถือและให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุตลอดมา แต่ปัจจุบันวัฒนธรรมได้มีการเปลี่ยนแปลงเป็นชุมชนเมืองเพิ่มขึ้น ค่านิยม ความเชื่อและความกตัญญูต่อบุพการีได้เปลี่ยนไปจากเดิม (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. 2549 : 19) ทำให้เกิดความสั่นคลอนของครอบครัวที่ให้ความคุ้มครองและสร้างหลักประกันความมั่นคงแก่ผู้สูงอายุได้เช่นในอดีต (สมนึก แสงเขียว. 2544) ซึ่งปัญหาดังกล่าวนั้นมีแนวโน้มที่รุนแรงมากขึ้น และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกภาคส่วนต้องมาช่วยกันเพื่อลดหรือบรรเทาในเรื่องดังกล่าวให้ลดน้อยลง รวมทั้งการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยนั้น

จากข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติได้ ระบุว่า ในระยะ 10 ปี จากนี้ไปหรือภายในปี พ.ศ. 2568 จำนวนผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11 ไปเป็นร้อยละ 20 หรือประมาณ 14.5 ล้านคน หรือคิดเป็นประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งประเทศ และที่สำคัญประชากรสูงอายุเหล่านี้ก็มีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวขึ้น นั่นย่อมหมายความว่าระยะเวลาของการต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุจะยาวขึ้นด้วยเช่นกัน ปัจจุบันอายุคาดเฉลี่ยของผู้สูงอายุชาย อยู่ที่ 69.5 ปี ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงอยู่ที่ 76.3 ปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2553) และ จากการที่มีผู้สูงอายุจำนวนมากย่อมส่งผลกระทบต่อระบบสังคมโดยรวม เพราะผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีสารพัดปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านต่าง ๆ ทั้งลักษณะส่วนบุคคล การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สภาพความเป็นอยู่การ ให้คุณค่าในตนเอง การมีส่วนร่วมการสนับสนุนทางสังคม สุขภาพจิตอารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังผู้ที่เกี่ยวข้องถึงสภาพปัญหาและปัจจัยที่ส่งผลต่อผู้สูงอายุและมีงานวิจัยหลาย ๆ ชิ้นที่ระบุชี้ชัดตรงกันถึงปัญหาของผู้สูงอายุ ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

วิไลวรรณ ทองเจริญ และ ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ (2543 : 8-14) ได้ศึกษา

ความต้องการด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุก่อนวัยเกษียณ พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการด้านสุขภาพสุขภาพดำรงชีพปีโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายปีละ 1 ครั้ง โดยต้องการคลินิกตรวจรักษาเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุมากที่สุด และประการที่สามต้องการให้รับจัดบริการส่งเสริมสุขภาพโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

เช่นเดียวกันสรุปได้ว่าปัญหาด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุสอดคล้องกับทฤษฎีการทำลายตนเอง (Autoimmunity Theory) ที่กล่าวว่าบุคคลเมื่ออายุมากขึ้น ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันน้อยลงพร้อมกันนั้นมีการสร้างภูมิคุ้มกันทำลายตนเองมากขึ้น ทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมไม่ดีทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย ซึ่งการที่ร่างกายเปลี่ยนแปลงผิดไปจากเดิมนั้นจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ และสะสมเพิ่มมากขึ้น จนกระทั่งถึงจุดสูญเสียน้ำที่ของยีนส์และโครโมโซม ทำให้ไม่สามารถผลิตโปรตีนได้ ทำให้เซลล์ตาย โดยเฉพาะเซลล์ประสาท เซลล์กล้ามเนื้อลาย และเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ส่วนในด้านสังคมของผู้สูงอายุก่อนวัยเกษียณ พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการด้านสังคมประการแรกคือต้องการสถานที่พักผ่อนและออกกำลังกาย ประการที่สองต้องการให้ชุมชนมีหน่วยงานดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ และประการที่สามต้องการลดหย่อนภาษีเงินได้ส่วนบุคคล

ยาจินต์ สินสุภา (2544 : 18) อ้างอิงข้อค้นพบของนวลศิริ เปาโรหิตย์ ว่าหากผู้สูงอายุได้รับการยอมรับจากครอบครัวบุตรหลานจะทำให้ผู้สูงอายุพบกับความสุขในบั้นปลายชีวิต ในทางตรงกันข้ามหากไม่ได้รับการยอมรับหรือขาดการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวบุตรหลานหรือเครือญาติ ก็จะพบกับปัญหาต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตดำรงชีพประจำวัน

เจก ธนะสิริ (2547 : 47) ได้กล่าวอ้างถึงคำสอนของ สมเด็จพระญาณสังวร ฯ ว่าจิตใจมีความสำคัญเพราะเป็นมูลฐานแห่งพฤติกรรมทั้งปวง ทั้งความเจริญ ความเสื่อม ความสุข และความทุกข์ ผู้ที่สามารถปกครองจิตใจของตนเองได้ย่อมมีความมั่นคงปลอดภัยดีกว่าใครๆ ภาวะจิตใจที่ฝึกให้สงบเป็นดำรงชีพ ย่อมเป็นจิตที่มีพลัง Erikson ได้อธิบายถึงภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุ ว่าเป็นระยะที่ผู้สูงอายุสามารถรวบรวมประสบการณ์ในอดีต และเมื่อหันกลับไปมองชีวิตตัวเองแล้วก็เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ ในสิ่งที่ตนได้กระทำลงไป ภาคภูมิใจในชีวิตของตนที่ผ่านมา ภาวะนี้เรียกว่า “Ego Integrity” ซึ่งตรงกันข้ามกับภาวะของความสิ้นหวังท้อแท้หรือเรียกว่าภาวะ “The State of Despair” ซึ่งเป็นภาวะของความรู้สึกกลัวตาย รู้สึกว่าชีวิตที่ผ่านมาของตนนั้นล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง นอกจากนี้ปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ส่วนหนึ่งเกิดจากความเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ เช่น เซลล์สมองเสื่อมตามธรรมชาติ ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของสมองลดลงมีผลกระทบต่อความทรงจำ เกิดอาการหลงลืมและความทรงจำย้อนกลับ ทำให้มีสภาพจิตใจที่สับสน นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ยังเป็นผลมาจากการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส บุตรหลานหรือเครือญาติ การสูญเสียสถานภาพทางสังคม การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว การไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศ

เลข ชนะสิริ (2548 : 90-97) ได้อ้างถึงคำกล่าวของ พระเทพเวที ประยูรช ญัตโต ที่กล่าวว่า จิตเปรียบเสมือน Soft Ware ของเครื่องคอมพิวเตอร์ ใช้สมองเป็นออฟฟิศ เราจึงต้องให้อาหารแก่สมองได้แก่ออกซิเจนและอาหารที่อุดมด้วยวิตามิน แร่ธาตุ และเอ็นไซม์ ซึ่งมีอยู่มากในผักสดและผลไม้สด และที่สำคัญยิ่งคือการให้อาหารใจด้วยการกำหนดลมหายใจเข้าออกซ้ำๆ ตามหลักธรรมสมาธิหรือวิปัสสนากรรมฐานตามหลัก อาปานาสติ จะทำให้เกิดสติรู้เป็นการขจัดความเครียดหรือความทุกข์ เพราะแพทย์แผนปัจจุบันระบุชัดเจนแล้วว่าโรคมึสาเหตุเกิดจากจิตถึงร้อยละ 80 ดังนั้นถ้ารักษาจิตได้สมคูลปกติแล้วทำให้เกิดภูมิคุ้มกันสามารถเอาชนะโรคได้ถึง 80 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งสอดคล้องกับหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาชี้ให้เห็นว่าจิตใจมีความสำคัญและมีอำนาจเหนือร่างกาย ความทุกข์และความสุข ความดีและความชั่วของมนุษย์จึงขึ้นอยู่กับจิตใจเป็นสำคัญ หากจิตใจดีก็เป็นบ่อเกิดให้มีวาจาและการกระทำที่ดี หากจิตใจชั่วก็ชักนำให้พูดหรือกระทำชั่วได้ ในทำนองเดียวกันความสุขความทุกข์ก็มีบ่อเกิดที่จิตใจได้เป็นพาหนะของร่างกาย ฉะนั้นแม้ร่างกายจะเจ็บปวด ผู้ที่ฝึกจิตใจอย่างดีและมีปัญญาเข้าถึงความจริงของโลกและชีวิตแล้ว ย่อมรักษาจิตใจให้สงบไม่หวั่นไหวกับความทุกข์ทางกายได้เช่นพระอรหันต์ย่อมไม่เศร้าโศกร้องไห้แม้ร่างกายจะระทมทุกข์ก็ตาม

ประจัญ กิ่งมิ่งแส (2548 : 102-103) ได้ทำการศึกษาปัจจัยการพัฒนาจิตใจของผู้สูงอายุ พบว่าประกอบด้วยปัจจัยหลักคือความเชื่อของแต่ละคน การใช้กิจกรรมทางศาสนา การใช้เวลาว่างทำงานอดิเรก ซึ่งการตั้งใจและการควบคุมตนเองเพื่อให้มีสมาธิในการทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งล้วนเป็นผลดีต่อการพัฒนาจิตใจ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549 : 11-17) ได้สรุปข้อมูลจากการสำรวจระดับชาติพบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 1,919,539 คน ที่ยังคงทำงานหาเลี้ยงชีพ และจำนวน 4,049,491 คน ที่ไม่ได้ทำงาน ทำให้ขาดรายได้ เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับรายได้พบว่าผู้สูงอายุจำนวน 3,457,630 คน ที่รายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพและมีจำนวน 106,933 คน ที่ไม่มีรายได้ในการดำรงชีวิต และยังได้ทำการศึกษาสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีอาการทางร่างกายตามลำดับนี้ อาการปวดเมื่อยตามร่างกายร้อยละ 75.1 อาการปวดข้อร้อยละ 47.5 นอนไม่หลับร้อยละ 38.7 วิงเวียนศีรษะร้อยละ 36.8 โรคเกี่ยวกับตาร้อยละ 33.2 หลง ๆ ลืม ๆ ร้อยละ 29.8 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 20.0 เป็นลมบ่อย ๆ ร้อยละ 15.2 ท้องผูกร้อยละ 12.4 เบาหวานร้อยละ 8.3 และจากการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุไทยมีอัตราการเจ็บป่วยถึงร้อยละ 62.28 นอกจากนั้นผู้สูงอายุทุก 1 ใน 4 คนมีปัญหาสุขภาพเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ และถือว่า มีปัญหาภาวะทุพพลภาพระยะยาว ส่วนสาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งที่เกิดจากการที่ผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถปรับสภาพจิตใจและอารมณ์กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความ

ซึมเศร้า วิตกกังวล และรู้สึกสิ้นหวัง ปัญหานี้คนส่วนใหญ่มักคิดว่าเป็นเพราะผู้สูงอายุเรียกร้องความสนใจ ความจริงแล้วอาการดังกล่าวเป็นภาวะการเจ็บป่วยทางจิตนั่นเอง

โสภณ แสงอ่อน และคณะ (2550 : 61- 65) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการดำรงชีพประจำวัน พบว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรดำรงชีพประจำวันและกิจกรรมที่มีความซับซ้อน เช่น การทำความสะอาดบ้านดูบ้าน การซักผ้า การใช้บริการรถสองแถวและการขับรถเองอยู่ในระดับสูง และยังพบปัญหาสุขภาพด้านร่างกายในผู้สูงอายุร้อยละ 96.6 มีปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับข้อ ปัญหาเกี่ยวกับสายตาการนอนไม่หลับ และคั้น โลหิตสูง ส่วนปัญหาสภาพจิตใจ ผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 55.2 มีปัญหาความว้าเหว่ ร้อยละ 37.5 มีอาการซึมเศร้า สรุปผลจากการวิจัยดังกล่าวชี้ชัดว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตดำรงชีพประจำวัน นอกจากนี้เนื่องจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนไปทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้นด้วยการใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต และจากการสำรวจการดำเนินชีวิตดำรงชีพประจำวันของผู้สูงอายุในการใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต โดยสำนักเทคโนโลยีและการสื่อสารของประเทศ ไทย (ICT Indicators) พบว่าผู้สูงอายุใช้คอมพิวเตอร์ร้อยละ 3.6 อินเทอร์เน็ตร้อยละ 2.0 และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ทศพนธ์ นรทัศน์. 2551 : 46)

สำนักการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม (2550 : 9) ได้ทำการสำรวจและสรุปเกี่ยวกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมตามธรรมชาติ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยทั่วไป เช่น ผมหงอกและบางลง ศีรษะล้าน ผิวหนังเหี่ยวย่น ตกกระแห่ง ฟันหลุดร่วง การเคลื่อนไหวร่างกายในส่วนต่างๆ ช้าลง และการเปลี่ยนแปลงขั้นทุติยภูมิจะเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นร่วมกับการสูงอายุ เช่น กล้ามเนื้อเอ็นกระดูกเสื่อม ต้อกระจก ข้อต่อและข้อกระดูกเสื่อม และหมดความยืดหยุ่น ที่มีสาเหตุมาจากการดำเนินวิถีชีวิต บางอวัยวะเปลี่ยนแปลงช้าบางอวัยวะเปลี่ยนแปลงเร็ว ความต้านทาน โรคลดลงจนทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมาง่ายขึ้น

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2551 : 15) ได้ศึกษาปัญหาการดำเนินชีวิตดำรงชีพประจำวันของผู้สูงอายุ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติ แห่งชาติ ระบุว่าผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยวมีจำนวนถึง 459,159 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 7.1 ของผู้สูงอายุทั่วประเทศ ที่เหลืออีกประมาณ 1.14 ล้านคน ตกอยู่ในภาวะยากจน ไม่มีหลักประกันรายได้ ไม่มีสวัสดิการรองรับและมีแนวโน้มที่จะถูกทอดทิ้งให้อยู่ตัวคนเดียวมากขึ้น โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2558 จะมีกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องการญาติดูแลจำนวนมากถึง 79,888 คน ในจำนวนนี้มีมารับจ้างดูแลจำนวน 31,955 คน และต้องอยู่ในสถานบริการสุขภาพซึ่งต้องการการดูแลปานกลางจำนวน 25,298 คน และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด จำนวน 75,894 คน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงภาวะยากลำบากในการขาดคนดูแลด้านการดำเนินชีวิตในแต่ละวันของผู้สูงอายุ ส่วนในด้านหลักประกัน

ด้านรายได้ของผู้สูงอายุ ได้ระบุว่าประเทศไทยมีระบบบำนาญให้แก่ข้าราชการ ส่วนลูกจ้างเอกชนจะมีกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ และผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งจะได้รับเบี้ยยังชีพ จำนวน 500 บาท ต่อเดือน อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของผู้วิจัยพบว่ามีผู้สูงอายุที่เดือดร้อนจำนวนมากในชุมชน ยังไม่ได้รับเบี้ยยังชีพปัญหาทางเศรษฐกิจดังกล่าวนี้ภาครัฐได้พยายามหาหนทางแก้ไขดูแลในเรื่องของสวัสดิการต่างๆ แก่ผู้สูงอายุทั้งการสงเคราะห์ด้านการเงิน การจัดระบบบำนาญบ้าน การจัดหางานที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุในช่วงอายุ 60-69 ปีเป็นช่วงที่มีความรู้ความสามารถสูงสุดเรียกได้ว่าเป็นผู้สูงอายุที่ยังมีพลัง (Active Aging) ทั้งในด้านประสบการณ์ ภูมิปัญญา การคิดวิเคราะห์ที่เอื้ออำนวยแก่การทำงานสร้างสรรค์แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยได้มีการจัดประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ ดำรงชีพปี พ.ศ. 2551 เกี่ยวกับการมีรายได้ของผู้สูงอายุโดยมีสาระสำคัญคือการเพิ่มโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เข้าทำงานในสถานประกอบการ จ้างงานผู้สูงอายุ เช่น การให้สิทธิลดหย่อนภาษี ลดอัตราเงินสมทบเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพสำหรับสถานประกอบการที่รับผู้สูงอายุเข้าทำงาน การให้รางวัล และการรณรงค์ให้นายจ้างเห็นความสำคัญของแรงงานผู้สูงอายุ รวมทั้งการขยายเวลาการเกษียณอายุการทำงานทั้งในภาครัฐและเอกชนจาก 60 ปี เป็น 65 ปี หรือ 70 ปี ตามลำดับ

ศิริพร จิรวัดน์กุล และคณะ (2551 : 235-240) สรุปข้อมูลจากการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุไทยมีภาวะเจ็บป่วยทางด้านอารมณ์และจิตใจมากขึ้น ซึ่งอาการของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ดังนี้

1) อาการทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง มีปัญหาในการนอน แขนขาชา ใจเต้นเร็ว เหนื่อยอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง

2) อาการทางจิตใจ เช่น เครียด กังวล ซึมเศร้า ท้อแท้ หมดหวัง สับสน พุ้งซ่าน เเซ่ง กลัว ระแวง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย คิดฆ่าตัวตาย

3) อาการทางพฤติกรรม เช่น ซึม เฉยเมย กระสับกระส่ายไม่อยู่นิ่งก้าวร้าว พุดหรือขี้ม คนเดียว ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เดินเรื่อยเปื่อยไม่มีจุดหมาย ดุดหน่ำดุดยา

นอกจากอาการดังกล่าวแล้วยังมีอาการที่แสดงให้เห็นว่ามีปัญหาสุขภาพจิตเช่น การเบื่อหน่าย ท้อแท้ นิ่งกอดเข้า อุก อุกอ้ง หายทางออกไม่ได้ นิ่งลึม คืดลึม บ่สนใจผู้ใด และอาการทางสุขภาพจิตดังกล่าวจำเป็นต้องรีบบำบัดรักษา

อรรณพ ใจสำราญ และคณะ (2553 : 1) กล่าวถึงสภาพปัญหาที่ผู้สูงอายุในสังคมไทย ซึ่งขาดการพัฒนาคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีนั้น ได้มีผู้ที่ทำการศึกษาและจากบททวนเอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า แม้ผู้สูงอายุจะมีถิ่นที่อยู่ที่แตกต่างกันตามสภาพพื้นที่ ชุมชนเมืองและชุมชนชนบท แต่มีปัญหาด้านคุณภาพชีวิตคล้ายคลึงกับปัญหาในระดับประเทศ

กล่าวคือส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคทางร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 83.20 มีปัญหาด้านสุขภาพจิตจากความวิตกกังวลในเรื่องต่างๆ เป็นร้อยละ 68.50 และยังพบว่า เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น โรคที่เกี่ยวกับกระดูกข้อและกล้ามเนื้อ ซึ่งพบในพื้นที่ค่อนข้างสูงกว่าโรคเรื้อรังอื่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและระดับของไขมันในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งเสี่ยงต่อการมีภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย โรคหลอดเลือด โรคหัวใจ ซึ่งเป็นการสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2553) ได้สรุปรายงานสัดส่วนของวัยแรงงานต่อการเกื้อหนุนผู้สูงอายุไทย จะลดลงจาก 6 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คน ไปเป็น 2 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คน ในปี พ.ศ. 2573 หรือในระยะ 20 ปี ต่อจากนี้ไป ในขณะที่เดียวกัน การเข้าสู่สังคมสูงอายุเช่นนี้ สิ่งสำคัญอย่างหนึ่งก็คือ การเตรียมการรองรับการดูแลผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้น ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ ยังมีผลกระทบต่อภาวะทางเศรษฐกิจ สังคม และการบริหารประเทศ ทั้งนี้ เพราะเมื่อโครงสร้างประชากรเริ่มขยับไปสู่การมีประชากรสูงอายุมากขึ้นเรื่อยๆ สัดส่วนของประชากรวัยทำงาน ที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุก็จะลดน้อยลง ซึ่งอัตราการเป็นภาระวัยผู้สูงอายุหรือ อัตราการพึ่งพิงผู้สูงอายุต่อผู้ที่อยู่ในวัยทำงานเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 16.0 ซึ่งในอนาคตจะเป็นปัญหาสำคัญที่ภาครัฐ รวมถึงภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประชากรในวัยทำงาน จะต้องเป็นผู้รับภาระดังกล่าวผ่านระบบภาษีและรัฐสวัสดิการอื่นๆ ซึ่งจะเห็นว่า แนวโน้มการมีบุตรลดลงค่อนข้างมาก ประกอบกับค่าเฉลี่ยอายุในปัจจุบันที่สูงขึ้น ในระยะยาวสังคมไทยจึงอาจประสบปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ อันเนื่องจากผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งอาจไม่มีบุตรหลานคอยดูแล

ประภาพร มโนรัตน์ และพรรณพิไล สุทชนะ (2555) ได้ทำการศึกษาปัญหาด้านสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง พบว่า สุขภาพของผู้สูงอายุ ที่อยู่ตามลำพังนั้นมีโรคเรื้อรังทุกราย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคขาดสารอาหาร และ สุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดี พร่องความรู้ในการดูแล ตนเองในวิถีประจำวันรวมทั้งในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเป็นต้น และเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุท้อแท้ หดงอกำลังใจในการปกป้องตนเอง และยังพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังหรือขาดผู้ดูแลในชุมชน เขตเทศบาลเมืองอุดรดิตถ์มีสภาพจิตใจที่หดหู่ ซึมเศร้า ขาดความรัก ความเอาใจใส่จากบุตรหลานหรือสมาชิก ในครอบครัว ทำให้ท้อแท้ รู้สึกหมดหวังในชีวิต ต้องการความช่วยเหลือจากสังคมทั้งทางด้านการเป็นอยู่ สุขภาพอนามัย กำลังใจในชีวิต และยังพบว่า ผู้สูงอายุเหล่านี้ มีกำลังใจอยู่ได้จากเพื่อนบ้านข้างเคียง หรือในชุมชนให้กำลังใจและช่วยเหลือแบ่งปัน สิ่งของเพื่อยังชีพบ้าง ตลอดจนได้รับการดูแลจาก แกนนำชุมชน และภาครัฐบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งกำลังใจส่วนใหญ่ที่ต่อเนื่องจะมาจากเพื่อนบ้าน เพราะใกล้ชิด

และเห็นความจำเป็นและสภาพการณ์ ของผู้สูงอายุ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังให้มีความพึงพอใจในชีวิตได้จะช่วยให้มีพลัง ในชีวิตในการจัดการกับชีวิตที่ต้องอยู่ตามลำพังได้ในระดับหนึ่ง นอกจากนี้ ยังพบว่า สิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังนั้น ไม่ถูกสุขลักษณะ มีโอกาสก่อให้เกิดอุบัติเหตุและอันตรายต่อผู้อยู่อาศัย ได้สูง ได้แก่ อากาศที่ไม่บริสุทธิ์ สิ่งของวางกีดขวาง ทางเดิน สัตว์เหาะและสัตว์มีพิษ เช่น แมลงป่อง ตะขาบ มด เชื้อรา และเชื้อโรคต่างๆ

โลเวนสแตนและคณะ (Lowenstein, Katz and Gur-Yaish. 2007 : 867) ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับครอบครัวในสังคมสมัยใหม่ยังคงเป็นแหล่งที่เป็นหลักในการดูแลและสนับสนุนให้กับผู้สูงอายุ และยังกล่าวว่ามีงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและบุตรหรือหลาน การเกื้อกูลซึ่งกันและกันเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุ

เฮ็ค เอส ยู และคณะ (Hsu et al. 2010 : 548) กล่าวว่ามโนคติของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จการดำรงชีวิต จะเกี่ยวข้องกับมิติด้านสุขภาพ มิติด้านสุขภาพจิต และมิติทางด้านสังคม โดยมิติด้านสุขภาพจะกล่าวถึงเรื่องการเลือกและการบริโภค พฤติกรรมการรับประทาน ยารักษาโรค และการออกกำลังกาย/การเคลื่อนไหวร่างกาย

เคอตุส (Kurtus. 2005) ได้ศึกษาและพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาว ลดการเจ็บไข้ได้ป่วย และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) การออกกำลังกาย เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด ทั้งนี้เพราะการออกกำลังกายจะทำให้ระบบหัวใจและระบบทางเดินหายใจ ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง เพิ่มความหนาแน่นของกระดูก ระบบการย่อยอาหารทำงานปกติ ลดความตึงเครียดและช่วยให้นอนหลับสบาย 2) อาหาร ผู้สูงอายุควรบริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำ ผักและผลไม้ วิตามิน รวมถึงน้ำดื่ม ในปริมาณที่เหมาะสม 3) งดการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่จะลดอัตราการเสี่ยงจากการเป็นโรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจ 4) หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การงด หรือจำกัดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จะลดอัตราการเสี่ยงเป็นโรคตับแข็งและโรคมะเร็ง 5) ลดความตึงเครียด การทาภาวะจิตใจไม่ให้เกิดความตึงเครียด หรือความวิตกกังวลจะช่วยสร้างระบบภูมิคุ้มกันที่ดีด้านจิตใจ ไม่สะเทือนใจง่าย 6) การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และสร้างความสัมพันธ์ อันดี จะช่วยลดความกดดัน ทำให้สมองทำงานปกติ และป้องกันความตึงเครียด และ 7) การทำกิจกรรมที่ท้าทาย เช่น การเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ และการทำกิจกรรมที่ต้องใช้จิตใจจะช่วยยกระดับสุขภาพใจได้

โฮและคณะ (Ho et al. 2010 : 658-663) ได้ศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้เป้าหมายในชีวิตและการมองโลกในแง่ดีเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยใช้การวิเคราะห์ตามโมเดลสมการเชิงโครงสร้าง (Structural equation modeling : SEM) ซึ่งผลการศึกษาพบว่าการรับรู้เป้าหมาย

ในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับเรื่องปัญหาจิตสังคม นอกจากนี้การรับรู้เป้าหมายในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมองโลกในแง่ดี แง่ร้าย ในขณะที่การมองโลกในแง่ดี/ร้าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต แต่สัมพันธ์ทางลบกับการมีปัญหาทางจิตสังคม

จากที่มีผู้กล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลและสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ และจากที่มีผู้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยและสภาพปัญหาในผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทยเกิดมานานแล้ว มากที่สุด คือ ปัญหาความยากจน เนื่องจากผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร มีรายได้น้อยไม่แน่นอน เมื่อไม่สามารถประกอบอาชีพรายได้ก็หายไป ถึงแม้รัฐจะสนับสนุนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ บางครอบครัวที่ยากจนจริงๆ ก็ไม่สามารถช่วยให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ นอกจากนี้ ปัญหาด้านการดำเนินชีวิตดำรงชีพประจำวัน ปัญหาด้านสุขภาพกาย ปัญหาด้านสุขภาพจิต ปัญหาด้านสังคม และปัญหาด้านเศรษฐกิจ ได้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการดำเนินชีวิตในสังคมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยเห็นว่าสาเหตุของปัญหาต่างๆ ไม่ได้เกิดจากผู้สูงอายุเองทั้งหมด แต่ส่วนหนึ่งเกิดจากครอบครัวบุตรหลานและสังคมที่ขาดความรู้ความเข้าใจและมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องและไม่เข้าใจในสภาพการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ อารมณ์ของผู้สูงอายุทำให้เกิดปัญหานำไปสู่การปล่อยปละละเลยไม่สนใจใยดีและทอดทิ้งในที่สุด ดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ดังที่ผู้นำชุมชนและผู้นำองค์กรในชุมชนมีความเห็นร่วมกันว่าการดูแลผู้สูงอายุที่ดี ควรมีครอบครัวที่อบอุ่น อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีความเข้มแข็ง มีความรักความเอื้ออาทรช่วยเหลือซึ่งกันและกันมีหลักประกันรายได้ มีทุนทางสังคมเข้มแข็งมีภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สามารถถ่ายทอดให้ลูกหลานได้และใช้หลักธรรมะนำพาชีวิตให้มีความสุข

ในการวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำปัจจัยและสภาพปัญหาผู้สูงอายุที่มีผู้กล่าวถึงและทำการศึกษาดังที่กล่าวมาข้างต้น สรุปเป็นปัจจัยและสภาพปัญหาผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยจำแนกสภาพปัจจัยในแต่ละด้าน ดังนี้

1) ด้านลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุมีองค์ประกอบด้านอายุและเพศ การศึกษาการทำงาน รายได้ สถานะทางเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพ แนวโน้มที่เห็นได้เด่นชัดประการหนึ่ง ในช่วงแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 คือการสูงอายุขึ้นของประชากรสูงอายุ ซึ่งสะท้อนจากสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุมากหรือเป็นผู้สูงอายุในวัยปลาย (อายุ 70-78 ปี) อย่างชัดเจน จากข้อมูลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยล่าสุดคาดว่าสัดส่วนของประชากรสูงอายุวัยปลายหรืออายุ 80 ปีขึ้นไป เพิ่มจากร้อยละ 9.8 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 12.4 ในปี พ.ศ. 2568 (Knodel & Chayovan, 2008) ลักษณะที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ แนวโน้ม

ของการที่สัดส่วนของเพศหญิงจะสูงกว่าเพศชายอย่างชัดเจน (Knodel & Chayovan, 2008) หรือเรียกว่า ผู้สูงอายุเป็นเรื่องของผู้หญิง (feminization of the elderly) สาเหตุที่ทำให้สัดส่วนของประชากรเพศหญิงมีสูงกว่าประชากรเพศชายในวัยสูงอายุเนื่องจากอัตราตายของประชากรเพศหญิงที่ต่ำกว่าเพศชาย Knodel & Chayovan (2008) ได้นำข้อมูลการคาดประมาณประชากรภายใต้ข้อสมมติฐานภาวะเจริญพันธุ์ระดับกลางขององค์การสหประชาชาติ มาแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ในกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สัดส่วนของประชากรเพศหญิง จะเพิ่มจากประมาณร้อยละ 55 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นประมาณร้อยละ 59 ในปี พ.ศ. 2593 และเป็นที่น่าสังเกตว่า สัดส่วนของประชากรเพศหญิงจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ที่เห็นได้ชัดคือ ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) สัดส่วนของประชากรหญิงจะเพิ่มจากประมาณร้อยละ 64 เป็นประมาณร้อยละ 71 ในปี พ.ศ. 2593 ด้านการศึกษาของผู้สูงอายุ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุไทยปัจจุบันนั้น มีการศึกษาน้อยกว่าประชากรในกลุ่มอายุอื่นอย่างชัดเจน ในปี พ.ศ. 2550 พบว่าประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรสูงอายุไม่รู้หนังสือ และหญิงสูงอายุมีสัดส่วนที่ไม่รู้หนังสือสูงกว่าเพศชายอย่างชัดเจน และส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาเพียงแค่ระดับประถมศึกษา (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) การศึกษาที่มีจำกัดนี้ น่าจะจำกัดโอกาสการเข้าถึงทรัพยากรและบริการต่างๆ รวมทั้งจำกัดโอกาสในการทำงานของผู้สูงอายุ เนื่องจากทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมก่อให้เกิดความต้องการแรงงานที่มีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น รวมทั้งต้องสามารถใช้เทคโนโลยีมาประกอบในกระบวนการทำงานด้วย อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุในอนาคตจะมีสัดส่วนที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา หรือสูงกว่าเพิ่มขึ้นกว่าผู้สูงอายุในปัจจุบัน กล่าวคือ ในเพศชายจะเพิ่มจากประมาณร้อยละ 6 ในปี พ.ศ. 2548 เป็นประมาณร้อยละ 18 ในปี พ.ศ. 2573 และในเพศหญิงจะเพิ่มจากประมาณร้อยละ 2 ในปี พ.ศ. 2548 เป็นประมาณร้อยละ 14 ในปี พ.ศ. 2573 (Knodel & Chayovan, 2008) การที่ผู้สูงอายุในอนาคตมีแนวโน้มที่จะได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นกว่าในปัจจุบัน น่าจะส่งผลต่อการคิดวิเคราะห์ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลง ทักษะและความต้องการด้านต่างๆ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ทั้งในด้านภาวะความเป็นอยู่ ภาวะสุขภาพ และสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม รัฐต้องเตรียมพร้อมในการรองรับความต้องการของผู้สูงอายุที่มีการศึกษาคีขึ้น โดยเฉพาะความต้องการทำงานหรือสวัสดิการที่มีคุณภาพของผู้สูงอายุ การกำหนดนโยบาย แผนการบริการและสวัสดิการต่างๆ จึงต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับคุณลักษณะด้านการศึกษาของผู้สูงอายุในรุ่นต่อไปด้วย ด้านการทำงาน รายได้ และสถานภาพทางเศรษฐกิจ การทำงานเป็นแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุรองจากบุตรผลการสำรวจภาวะการดำเนินงาน พ.ศ. 2545-2550 และการสำรวจประชากรสูงอายุประเทศไทย พ.ศ. 2550 พบว่ามีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ทำงานในช่วงสัปดาห์ก่อนสัมภาษณ์เพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ 32 ในปี

พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 35 ในปี พ.ศ. 2550 โดยสัดส่วนของผู้ที่ทำงานลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นและเพศชายมีแนวโน้มที่จะทำงานมากกว่าเพศหญิง ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบทมีสัดส่วนที่ทำงานสูงกว่าผู้สูงอายุในเมือง และผู้สูงอายุที่ทำงานมักทำงานในภาคการเกษตรหรือนอกระบบโดยส่วนใหญ่ มีสถานภาพการทำงานเป็นผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง (ประมาณร้อยละ 63) อันดับถัดมาเป็นการช่วยธุรกิจครัวเรือน โดยไม่มีรายได้ (ประมาณร้อยละ 17) ประมาณ 1 ใน 3 ของต่อปี และกว่า 1 ใน 5 รายงานว่า มีรายได้ไม่เพียงพอ อีกกว่า 1 ใน 4 ไม่พอใจในสถานะทางการเงิน ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีรายได้สูงกว่า มีสัดส่วนที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่ำกว่าและไม่พอใจในสถานะทางการเงินต่ำกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท การที่ผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำ ส่วนหนึ่งเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน และแหล่งรายได้หลักมักมาจากบุตร การออมและทรัพย์สินน่าจะเป็นเครื่องชี้สถานะทางเศรษฐกิจในยามสูงอายุ หากมีการออมไว้ล่วงหน้าก็จะมีส่วนช่วยบรรเทาปัญหาการขาดรายได้การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน มีรายได้ต่ำ และมีทรัพย์สินหรือเงินที่ออมไม่มาก และไม่มีหลักประกันรายได้ยามชราภาพ ทำให้ผู้สูงอายุไทยตกอยู่ในภาวะทางเศรษฐกิจที่ไม่ดีหรือยากจนด้านภาวะสุขภาพ สุขภาพเป็นคำชี้วัดที่สำคัญของการอยู่ดีมีสุขของประชากรสูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีชีวิตที่มีคุณภาพ นอกจากจะมีปัญหาทางการเงินแล้ว ต้องมีทั้งสุขภาพกายและใจที่ดี อย่างไรก็ตามสำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยนั้น การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาต่างชี้ให้เห็นว่า การที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ไม่ได้หมายความว่าภาวะสุขภาพจะดีขึ้น ในด้านสุขภาพกายประชากรสูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น และกลับต้องอยู่ในภาวะทุพพลภาพ ช่วยตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน

2) ด้านการให้คุณค่าในตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปรับตัวทางอารมณ์ สังคม สำหรับผู้สูงอายุ เพราะเห็นพื้นฐานของการมองชีวิต ความสามารถทางด้านสังคมและอารมณ์ เกิดจากการเห็นคุณค่าในตนเอง บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงจะสามารถเผชิญกับอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ สามารถยอมรับเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกผิดหวัง ท้อแท้ใจ ความเชื่อมั่นในตนเอง มีความหวังและมีความกล้าหาญ จะทำให้เป็นคนที่มีประสบผลสำเร็จ มีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขตามที่ตนปรารถนา บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเอง รู้ว่าตนเองมีคุณค่า มักจะมีการประเมินตนเองในด้านดี แต่ถ้าบุคคลใดที่มีความรู้สึกว่ามีใครสนใจ ไม่ได้รับการยอมรับหรือทำอะไรแล้วไม่ประสบความสำเร็จ จะทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า เมื่อเกิดความรู้สึกเช่นนี้ขึ้นก็จะทำให้บุคคลนั้นขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ดังนั้น ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองที่แตกต่างกันจึงมีผลต่อความรู้สึก หรือพฤติกรรมที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล (Newman. 1986 : 281-286) ความรู้สึกที่บุคคลต้องการได้รับตอบสนองทางจิตใจ ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง แต่ถ้าบุคคลนั้นเกิดความรู้สึกที่ไม่พึง

พอใจในตนเอง เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีในตนเองก็จะทำให้มีปัญหาทางสุขภาพจิต รวมทั้งบุคคลที่ล้มเหลวทางด้านการศึกษาและด้านสังคม จะทำให้มีความผิดปกติทางจิตได้ บุคคลที่เป็นอาชญากรหรือพวกที่มักก่ออาชญากรรม พวกอันธพาลทั้งหลาย ก็เป็นผลเนื่องมาจากการขาดการเห็นคุณค่าในตนเองเช่นกัน การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกภายในของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากการประเมินคุณค่าและความสามารถของตน ถ้าบุคคลใดประเมินค่าของตนเองสูงเกินไปจะทำให้เกิดความรู้สึกหลงตนหรือเห็นแก่ตัว แต่ถ้าบุคคลใดที่มีอคติต่อตนเองก็จะทำให้ปฏิเสธไม่นับถือตนเอง ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเองได้ ดังนั้น การพัฒนาความรู้สึกที่ดีต่อตนเองให้มั่นคงยิ่งขึ้น ทำให้ความสำเร็จในกิจกรรมที่ทำโดยการใช้ความสามารถตามที่ตนต้องการ และอยู่ในสังคมที่ดีก็จะพัฒนาได้ (Memillan et.al. 1995 : 9-11) การเห็นคุณค่าในตนเองนั้นมีความสำคัญต่อทุกช่วงชีวิต การเห็นคุณค่าในตนเองจึงมีความสำคัญต่อคนเราทุก ๆ ช่วงชีวิต การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับตนเอง ทำให้คนเรามีความเป็นตัวของตัวเองสูง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ทำให้เป็นคนที่มีความมุ่งมั่น มีความมานะพยายามในการทำงานให้ประสบผลสำเร็จ ทำให้เป็นคนที่มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่นในด้านดี ไม่เหยียบย่ำความรู้สึกของผู้อื่นให้ตกต่ำลง เป็นคนที่มีบุคลิกลักษณะดี มีสุขภาพจิตดี เป็นคนที่มีเพื่อนมาก ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลใดที่ขาดการเห็นคุณค่าในตนเองก็จะทำให้เป็นคนที่ชอบโยนความผิดของ ตัวเองไปให้คนอื่น เป็นคนที่ชอบหาความผิดพลาดของผู้อื่น ต้องการความเอาใจใส่และต้องการได้รับการยอมรับจากผู้อื่นสูง เป็นคนที่ไม่ค่อยมีเพื่อน โดยเฉพาะเพื่อนสนิท เป็นคนที่ชอบเอาชนะและตนเองต้องเป็นฝ่ายถูกต้องเสมอ บุคคลประเภทนี้มักจะใช้ทุกวิถีทางและใช้ความรุนแรงเพื่อที่จะทำให้ตนเองชนะ เป็นคนที่ซึ่มเศร้าสิ้นหวังในชีวิต ทำให้เป็นคนเห็นแก่ตัวและมีความต้องการทางวัตถุสูง ขาดการตัดสินใจที่ดี ชอบผลัดวันประกันพรุ่ง เป็นคนที่ชอบฟังฟังผู้อื่นอยู่เสมอ เป็นคนที่ชอบคุยโอ้อวดเกินจริง และที่ยิ่งร้ายไปกว่านั้น คนที่ขาดการเห็นคุณค่าในตนเองยังเป็นคนที่พยายามฆ่าตัวตายเนื่องมาจากว่า เห็นว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า เมื่อเกิดปัญหาอะไรเกิดขึ้นมักจะลงโทษตัวเอง และรู้สึกเจ็บปวดกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมากมาย บุคคลเหล่านี้จึงมักพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหลีกเลี่ยงสังคม ดังจะเห็นได้จากสภาพปัจจุบันเศรษฐกิจตกต่ำ ผู้คนเกิดความเครียด พยายามหลีกเลี่ยงปัญหา พยายามฆ่าตัวตาย ดังที่เห็นได้จากทางหน้าหนังสือพิมพ์ วิทยุ หรือ โทรทัศน์ เป็นต้น (ประเทิน มหาจันทร์. 2536 : 1-2 เกียรติวรรณ อมาตยกุล. 2540 : 4-8)

3) ด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน เป็นข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นถึงภาวะยากลำบากในการขาดคุณค่าด้านการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน เป็นปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว ซึ่งปัญหาของผู้สูงอายุที่น่าเป็นห่วงคือ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และวัฒนธรรม ในอดีตจะเป็นครอบครัวใหญ่ ที่เรียกว่า ครอบครัวขยาย ทำให้มีความสัมพันธ์แน่นแฟ้น และเกิดความอบอุ่น

ระหว่างพ่อแม่ และลูกหลาน ในปัจจุบันครอบครัวคนไทย โดยเฉพาะในเขตเมืองจะเป็นครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ ลูกหลานจะมาทำงานในเขตเมืองทิ้งพ่อแม่ให้เฝ้าบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยวไม่ได้รับการดูแล ไม่ได้รับความอบอุ่นเช่นอดีตที่ผ่านมา ปัญหาค่านิยมที่เปลี่ยนแปลงจากภาวะทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม ทำให้เยาวชนมีความกดดันต่อพ่อแม่ ครูอาจารย์ น้อยลง ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแล ต้องอาศัยสถานสงเคราะห์คนชราอยู่อาศัยแทนบ้านที่เคยเป็นเจ้าของ ปัญหาทางด้านความรู้ ผู้สูงอายุไม่มีโอกาสได้รับความรู้เพื่อการพัฒนาตนเอง ให้เหมาะสมกับวัย และสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป และเพื่อให้เข้ากันได้กับเยาวชนรุ่นใหม่ปัญหาด้านสุขภาพกาย ผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาด้านสุขภาพเสื่อมโทรม มีโรคภัยต่างๆ เบียดเบียน ทั้ง โรคทางกาย และทางสมอง ผู้มีอายุเกิน 65 ปี มักมีการเปลี่ยนแปลงทางสมองคือ โรคสมองเสื่อม โรคหลงลืม โรคซึมเศร้า อาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุยิ่งอายุมากภาวะความเจ็บป่วยก็มากตามไปด้วย แต่รายได้กลับลดลง นั่นคือปัญหาหลักของผู้สูงอายุไทยที่เราจะต้องเตรียมการรองรับในเรื่องนี้ มีการคาดหมายว่าผู้สูงอายุไทยมีอายุเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น แต่ปัญหาที่ตามมาคือ การมีอายุยืนยาวในภาวะที่พึ่งตนเองไม่ได้ เช่น อยู่ในภาวะที่ต้องนอนติดเตียงเป็นเวลานานขาดผู้ดูแล นี่คือนโยบายที่สำคัญ ปัญหาด้านสุขภาพจิต ปัญหาด้านจิตใจ ผู้สูงอายุจะไม่สามารถได้รับความเอาใจใส่ และความอบอุ่นจากลูกหลานอย่างเพียงพอ ทำให้รู้สึกว้าเหว่ อ้างว้าง และอาจจะมีอาการวิตกกังวลต่างๆ เช่น กังวลว่าจะถูกลูกหลาน และญาติพี่น้องทอดทิ้ง กังวลในเรื่องความตาย ผู้สูงอายุมักมีอารมณ์เปลี่ยนแปลง เช่น เศร้า เฉยเมย เอาแต่ใจตนเอง ผู้สูงอายุบางคน ก็ยังมีความต้องการความสุขทางโลกีย์ ซึ่งไม่เหมาะสมกับวัยของตนทำให้ได้รับความผิดหวัง

4) ความพึงพอใจในความเป็นอยู่ เป็นความรู้สึกที่มีความสุขในการดำเนินชีวิต ความรู้สึกอิ่มเอมใจและพอใจในตนเอง ความรู้สึกยอมรับความสำเร็จและความล้มเหลวในชีวิต ได้การมองโลกในแง่ดีพร้อมทั้งเห็นความดีของตนเองและผู้อื่น ความรู้สึกยอมรับสภาพร่างกายตามวัยของตนเองได้ ผู้สูงอายุมีความต้องการในด้านต่างๆ แตกต่างจากบุคคลในวัยอื่น ซึ่งความต้องการที่แตกต่างนั้นก็เพื่อตอบสนองภาวะความเปลี่ยนแปลงในทุกด้านของผู้สูงอายุ ความพึงพอใจในความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในมุมมองตามแนวคิดการพัฒนาการตามลำดับขั้นตอนชีวิตมนุษย์ สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุจะมีความพึงพอใจในความเป็นอยู่ได้ต้องเกิดจากการพัฒนาการในแต่ละขั้นตอนของชีวิต ตั้งแต่เด็กจนถึงวัยสูงอายุ เกิดการเรียนรู้ในแต่ละช่วงวัย ทำให้สามารถปรับตัวและแก้ไข ปัญหาในช่วงวัยต่างๆ ได้ๆ สุดท้ายจะเกิดความสุข ความสงบในบั้นปลายชีวิต

5) การมีส่วนร่วมครอบครัวและชุมชน ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เพียบพร้อมไปด้วยความรู้ และประสบการณ์ เป็นผู้ถึงพร้อมทั้งคุณวุฒิ และวัยวุฒิ เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่า

แม้ผู้สูงอายุจะเข้าสู่วันที่ร่างกายอ่อนแอเสื่อมถอยแล้ว แต่ท่านก็ยังพร้อม และสามารถที่จะช่วยเหลือครอบครัวได้ เช่น ช่วยดูแลบุตรหลาน ขณะที่พ่อแม่ออกไปทำงาน ช่วยดูแลบ้านเรือน ผู้สูงอายุบางท่าน ยังช่วยหุงหาอาหารต่างๆ ช่วยทำงานเล็กๆ น้อยๆ ตามกำลังของท่านได้ นอกจากนั้น ยังช่วยให้คำแนะนำปรึกษาในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านอาชีพการงาน ด้านการดำเนินชีวิต ด้านครอบครัว ด้านสังคม และอื่นๆ ผู้สูงอายุบางท่านมีทักษะในวิชาชีพทางด้าน เช่น ช่างไม้ ช่างแกะสลัก ทำอาหาร ไทย ขนมไทย เย็บปักถักร้อย ดอกไม้ คนตรี ฯลฯ ท่านก็จะถ่ายทอดให้แก่บุตรหลาน และผู้ที่สนใจเพื่อดำรงวิชาชีพนั้นสืบไป ในสังคมไทย ถึงแม้บุตรหลานแต่งงานมีเหย้ามีเรือนไปแล้ว ก็ยังนิยมอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับพ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย ทำให้ครอบครัวมีความอบอุ่น บุตรธิดา นอกจากจะได้รับการอบรมสั่งสอนจากพ่อแม่แล้ว ยังได้รับการดูแลจากปู่ย่า ตายาย ทำให้เกิดความรักความอบอุ่น ภายในครอบครัว โอกาสที่เด็กจะไปเกร หรือประพฤตินอกกลุ่มนอกลทาง จึงมีน้อยมาก ประสพการณ์ของผู้สูงอายุ สามารถช่วยส่งเสริม อบรมเลี้ยงดูกลุ่มหลานให้เป็นพลเมืองดี เด็กๆ จะได้เรียนรู้ทั้งจากโรงเรียน และที่บ้าน ที่บ้านเด็กๆ จะได้รับการอบรม โดยเฉพาะในเรื่องความประพฤติ ขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ ผู้สูงอายุจะคอยให้ความช่วยเหลือให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาต่างๆ เรื่อง ความสัมพันธ์ของครอบครัวไทย แต่ดั้งเดิมได้หล่อหลอมความรัก ความเคารพแก่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุนั้น มีต้องการเพียงแต่จะเป็นฝ่ายรับ จากบุตรหลาน หรือจากสังคมเท่านั้น อันที่จริงท่านพยายามที่จะช่วยตนเองมากที่สุด เท่าที่ท่านจะทำได้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องอาชีพ รายได้ ความเป็นอยู่ ท่านจะอาศัยพึ่งพาลูกหลาน ต่อเมื่อท่านทำไม่ไหวแล้วเท่านั้น แม้กระนั้นก็ตาม ท่านก็ยินดีที่จะช่วยเหลือครอบครัว ช่วยเหลือสังคมตามศักยภาพ ที่ท่านจะทำได้ ไม่ว่าจะเป็นในด้านร่างกาย แรงสติปัญญา ทักษะฝีมือ คำแนะนำต่างๆ เท่าที่ท่านจะให้ได้ หลายคนที่ยกย่องอายุแล้ว อาจจะยังมีไฟอยู่ มีความรู้ ความสามารถสูง มีประสบการณ์ หลายคนอาจเคยเป็นครู อาจารย์ แพทย์ พยาบาล เป็นผู้นำทางกฎหมาย บัญชี การบริหาร หรือ การจัดการชั้นเกษียณอายุแล้ว ยังอาจเป็นที่ต้องการทำประโยชน์ให้สังคมอยู่ มีความพอใจในงานที่จะทำ คนที่คิดว่าตัวเองยังเป็นประโยชน์ต่อสังคมได้บ้าง และสุขภาพของตัวเองยังดี ยังต้องการทำอะไรๆ ต่อไปอีกก็น่าจะทำต่อไปได้ เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ นิศา ชูโต แห่งสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ศึกษาไว้ในปี 2525 พบว่า ร้อยละ 66.44 ผู้สูงอายุไทยมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ร้อยละ 14.6 ถึงกับล้มหมอนนอนเสื่อ ส่วนผู้สูงอายุที่สุขภาพดี มีร้อยละ 32.7 และร้อยละ 50.4 แม้สุขภาพไม่ค่อยดี แต่ไม่ได้ป่วยเป็นอะไร โดยเฉพาะ ซึ่งน่าจะหมายความว่า มีผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 80 ที่อาจแสดงบทบาทต่อสังคม ครอบครัว และชุมชนได้ ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ทำให้ต้องเสียบบทบาทในการทำงาน ผู้สูงอายุจึงเปลี่ยนจุดสนใจไปยังครอบครัว หาบบทบาทใหม่

ให้กับตนเอง ด้วยการเป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำช่วยเหลือลูกหลานภายในบ้าน หากความสัมพันธ์ในครอบครัวดี จะส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

6) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุอาจจะไม่ได้รับการยกย่องจากสังคมเหมือนเดิม โดยเฉพาะผู้ที่เคยเป็นข้าราชการ ตำแหน่งสูงซึ่งเคยมีอำนาจและบริวารแวดล้อม เมื่อเกษียณอายุราชการ อาจเสียดายอำนาจและตำแหน่งที่เสียไป เยาวชนและหนุ่มสาวหลายคนมีทัศนคติไม่ดีต่อผู้สูงอายุ เห็นคนรุ่นเก่าล้าสมัย พูดยุติธรรมและไม่รู้เรื่องและไม่มีประโยชน์ ผู้สูงอายุแต่ละคนล้วนมีปัญหาด้านสังคมแตกต่างกันออกไป ปัญหาด้านนี้มีผลมาจากปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ ความรู้สึก ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันเองที่ค่อยๆ ล้มหายตายจากไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรสหรือบุตรหลาน บทบาทและความรับผิดชอบทางสังคมของผู้สูงอายุเริ่มลดลงอันเนื่องมาจากข้อจำกัดของอายุและสมรรถภาพด้านร่างกายที่เสื่อมถอย ทำให้เกิดความคับข้องใจทางสังคม เช่น การถูกปลด เกษียณอายุการทำงานต้องหยุดความรับผิดชอบต่าง ๆ ทั้งที่ความสูงอายุนั้นไม่ได้หมายความว่า เป็นผู้หมดสภาพในการทำงาน การหยุดความรับผิดชอบเป็นการลดบทบาททางสังคมซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีบทบาท (Role Theory) ที่เชื่อว่าบุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องปรับบทบาทของตนเปลี่ยนไปจากเดิม เช่นแต่เดิมเคยเป็นผู้นำในการดูแลครอบครัว ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทมาเพื่อให้ครอบครัวดูแล อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุยังมีความต้องการด้านสังคม เช่นเดียวกับวัยอื่นๆ เช่น ต้องการการยอมรับจากครอบครัว และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่มีฐานะไม่ดี ไม่มีลูกหลานดูแลอุปการะเลี้ยงดู อาจจะไม่มียาได้หรือรายได้ไม่เพียงพอสำหรับการเลี้ยงชีพ อาจจะไม่มียาที่อยู่อาศัย ทำให้ได้รับความลำบาก

สภาพปัจจัยและปัญหาผู้สูงอายุในประเทศไทย ในอนาคตเมื่อประเทศไทยเป็นประเทศอุตสาหกรรมแบบใหม่ สังคมไทยอาจกลายเป็นสังคมตะวันตกคือ ต่างคนต่างอยู่ ไม่มีการเอื้อเฟื้อซึ่งกันและกัน ไม่มีการ ทดแทนบุญคุณ บุตรหลาน โตขึ้นก็จะไม่เลี้ยงดูพ่อแม่เมื่อแก่ชรา ในส่วนปัญหาอื่นๆ ที่คาดว่าจะตามมา คือ การที่ผู้สูงอายุขาดการเตรียมการเข้าสู่วัยสูงอายุ แต่ถ้าเรามีระบบการเตรียมการต่างๆ ที่รัฐกำลังคิดดำเนินการ ในอนาคต 40 ปี ข้างหน้าก็คงจะแก้ไขปัญหานี้ได้ เช่น ระบบบำนาญ ระบบการออมแห่งชาติ คนอายุ 20 ปี ก็ต้องเริ่มประกันตัวเอง พออายุ 60 ปี ก็จะมีเงินเลี้ยงดูตัวเอง บางประเทศเก็บภาษีถึงร้อยละ 60 ของรายได้ แต่พอแก่ตัวก็มีบำนาญ ของไทยยังไม่มีระบบนี้ จะให้แค่ 500 บาทคงไม่เพียงพอ

จากการวิเคราะห์และสรุปประเด็นสำคัญของปัจจัยและสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทย ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นประโยชน์ในงานวิจัยครั้งนี้ เกี่ยวกับมูลเหตุของปัจจัยและปัญหา

ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุจากชุมชนเมือง และชุมชนชนบท แล้วนำไปใช้กำหนดเป็นกรอบความรู้ พื้นฐานหาสาเหตุของสภาพปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อนำไปปรับปรุง หารูปแบบพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ต่อไป

สภาพปัญหาและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย

สภาพปัญหาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย

ชมพูนุท พรหมภักดี (2556 : 13) ได้กล่าวถึงจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง ประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้ส่งผลกระทบต่ออย่างกว้างขวางทั้งใน ระดับมหภาค ได้แก่ ผลต่อ ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) รายได้ต่อหัวประชากร การออม การ ลงทุน งบประมาณ ของรัฐบาลและการคลัง ผลผลิตภาพแรงงานและการจ้างงาน และในระดับจุลภาค ได้แก่ ผลต่อตลาด ผลิตภัณฑ์และบริการด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านการเงินและด้านสุขภาพ การ เตรียมพร้อมเพื่อ รับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวต้องเริ่มตั้งแต่บัดนี้ เพราะมาตรการเกือบทุกอย่างล้วนต้อง ใช้เวลา ในการดำเนินการ และจากแนวโน้มที่ประชากรวัยทำงานจะลดลงตั้งแต่ปี 2561 จะส่งผลให้ผลผลิต รวมของประเทศลดลง หากจะรักษาปริมาณผลผลิตไว้ให้ได้ต้องเพิ่มผลิตภาพของแรงงานให้สูงขึ้น เพิ่มปัจจัยการผลิตอื่น ใช้เทคโนโลยีมากขึ้น นำเข้าแรงงานฝีมือจากต่างประเทศหรือขยายเกณฑ์ การเกษียณอายุเป็น 65 ปี หรือ 70 ปีการที่มีแรงงานใหม่เข้าสู่ตลาดแรงงานน้อยลง ขณะที่แรงงาน ต้องรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุมากขึ้น จะส่งผลกระทบต่อ การออมทั้งในระดับครัวเรือนและ ระดับประเทศ ผู้เกษียณอายุเองไม่มีรายได้ ต้องนำเงินออมออกมาใช้อีก ซึ่งได้สรุปผลกระทบจาก การที่ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ได้ดังนี้

ประการหนึ่ง พ่อแม่รุ่นใหม่นิยมมีลูกน้อยลงหรือไม่มีเลย จึงไม่เห็น ความจำเป็น ต้องออมมาก ส่วนความต้องการลงทุนของประชาชนจะลดลงไปพร้อมกับการออมด้วย ด้าน ผลกระทบต่องบประมาณของรัฐบาล เกิดจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก 25,315 ล้านบาทในปี 2523 เป็น 434,974 ล้านบาทในปี 2548 หรือเพิ่มขึ้น 17.2 เท่าในช่วง 25 ปี เฉพาะค่าใช้จ่ายของภาครัฐ เพิ่มจาก 7,576 ล้านบาทเป็น 143,775 ล้านบาทในช่วงดังกล่าว ซึ่งจากผล การศึกษาของสำนักงานเศรษฐกิจการคลังพบว่าในช่วง 10 ปีข้างหน้า (2553 - 2562) ภาระทางการ คลังเฉพาะที่จะเกิดจากโครงการประกันสังคมและ โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีจำนวน ถึงปีละ 142,071 - 251,607 ล้านบาท หรือร้อยละ 7.4 - 7.8 ของงบประมาณรายจ่ายประจำปี ผลกระทบด้านแรงงานเกิดจากสมรรถนะทางกายภาพที่ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ทำให้ ประสิทธิภาพ ในการทำงานลดลง ผลิตภาพแรงงานสามารถเพิ่มให้สูงขึ้น ได้โดยการพัฒนาคุณภาพ แรงงาน

ทั้งโดยตรงผ่านการศึกษา การฝึกอบรม การสร้างแรงจูงใจ และโดยผ่านการบริหารจัดการที่ดี รวมทั้งการปรับปรุงประสิทธิภาพและความก้าวหน้าของเทคโนโลยี การขยายเวลาการเกษียณอายุ ออกไปก็ช่วยบรรเทาผลกระทบได้ ปัญหาของสังคมสูงวัยมีตั้งแต่ รายได้ภาษีที่รัฐสามารถจัดเก็บจะลดลง การขาดแคลนแรงงาน การขาดแคลนบุคลากรในหลายสาขาอาชีพ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น การขาดแคลน บุคลากรด้านสาธารณสุข ไปจนถึงจำนวนนักเรียนไม่พอกับจำนวน โรงเรียนที่มีอยู่ เพราะอัตราการเกิดลดลง ปัญหาเกี่ยวกับลูกหลานแรงงานต่างด้าวซึ่งจะกลายเป็นประชากรของเราในอนาคต ถ้าเราดูแลจัดการไม่ดี ปัญหาเกี่ยวกับ โครงสร้างพื้นฐานที่ไม่รองรับวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การขาดแคลนสินค้าและบริการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การเดินทางสาธารณะจะเพิ่มขึ้นทั้งทางรางและทางอากาศ โดยเฉพาะ ในประเทศไทยที่การขนส่งทางรางระยะไกลมีปัญหา และเป็นปัญหารุนแรงซึ่งของเก่าได้รับการบำรุงรักษา ไม่ดีขึ้น และของใหม่ยังไม่ได้สร้าง (CEO blogs กรุงเทพธุรกิจ, ออนไลน์) นอกจากนี้ นางนพพร วิริยานุพงศ์ เศรษฐกรชำนาญการพิเศษ สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง (สศค.) ได้กล่าวถึง สภาพปัญหาจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของไทยปัญหาแรก คือ "ภาระงบประมาณของประเทศ" รัฐจะต้องนำเงินภาษีของประชาชนวัยทำงาน ไปใช้จัดสรรเป็นสวัสดิการดูแลผู้สูงอายุซึ่งสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น รัฐบาลก็จะยังต้องใช้งบประมาณ มากขึ้นในการดูแล จนอาจกระทบต่อเสถียรภาพทางการคลังในระยะยาวของประเทศ กล่าวคือ ประชากรวัยทำงานซึ่งจะทำงานและเสียภาษีให้รัฐจะมีสัดส่วนลดลง ในขณะที่รัฐมีภาระต้องดูแล ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ยกตัวอย่าง "เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ " ที่เพิ่มขึ้นอย่าง "ก้าวกระโดด" จากปี 2545 มีวงเงินอยู่ที่ 1,438 ล้านบาท โดยในปี 2555 เพิ่มภาระการคลังเป็น 53,608 ล้านบาท ดังนั้น ภาครัฐ จึงควรต้องมีการบริหารจัดการเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาต่อเสถียรภาพทางการคลังในระยะต่อไป

ปัญหาที่สอง คือ "แรงงานนอกระบบมีการออมน้อยมาก" จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งให้เห็นว่า จากวัยแรงงานทั้งหมด 49 ล้านคน มีผู้ที่มั่งงานทำ 38 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นแรงงาน ในระบบ 14 ล้านคน และแรงงานนอกระบบที่ไม่มีรายได้ประจำ 24 ล้านคน ซึ่งกรณีแรงงานในระบบ จะมีการดูแลสวัสดิการของแต่ละกลุ่ม เช่น ข้าราชการ ก็มีกองทุนบำเหน็จบำนาญ ข้าราชการ (กบข.) พนักงานเอกชนก็จะมีกองทุนประกันสังคมดูแล เป็นต้น ส่วนแรงงานนอกระบบตอนนี้มีช่องทางกองทุน ประกันสังคมมาตรา 40 กล่าวคือ จากจำนวนแรงงานนอกระบบที่อยู่ในระบบการคุ้มครองของ ประกันสังคมตามมาตรา 40 จะมีจำนวนเพียง 1.3 ล้านคน หรือแค่ร้อยละ 5 แต่มีอีกถึง 22.7 ล้านคน หรือร้อยละ 95 ที่รัฐจะต้องส่งเสริมให้คนกลุ่มนี้เข้ามาอยู่ในระบบประกันสังคม และต้องส่งเสริมให้มีการออมอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาที่สาม คือ "รายได้หลังเกษียณไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ" จากผลศึกษาพบว่า มีเพียง กลุ่มข้าราชการที่มีรายได้เพียงพอจากเงินบำนาญอยู่ที่ร้อยละ 50 - 70 ส่วนแรงงานในระบบ ประกันสังคม จะมีรายได้หลังเกษียณอยู่ที่ร้อยละ 38 - 40 ของเงินเดือนสุดท้าย ขณะที่แรงงานนอกระบบที่อยู่ในระบบ ประกันสังคมจะได้รับแค่เงินก้อนเป็นเงินบำเหน็จ ทำให้กลุ่มนี้มี "ความเสี่ยง" มากกว่ากลุ่มอื่นที่อาจมี คุณภาพชีวิตแย่งหลังเกษียณ

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรครั้งสำคัญ คือ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุในสังคมไทยนั้น ได้มีสาเหตุหลัก อันเนื่องมาจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์อย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดการเพิ่มจำนวนและสัดส่วน ประชากรผู้สูงอายุและส่งผลกระทบต่อสังคมและระบบเศรษฐกิจ ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากร ของ ประเทศในอนาคต ทั้งในระดับมหภาค ได้แก่ ผลต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) รายได้ต่อหัว ประชากร การออม การลงทุน งบประมาณของรัฐบาลและการคลัง ผลิตภาพแรงงาน และการจ้างงาน และในระดับจุลภาค ได้แก่ ผลต่อตลาดผลิตภัณฑ์และบริการด้านต่างๆ โดยเฉพาะ ด้านการเงินและ ด้านสุขภาพ การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จึงเป็น เรื่องเร่งด่วนสำคัญ ที่ต้องการการวางแผนอย่างเป็นระบบและดำเนินการล่วงหน้า เนื่องจาก มาตรการต่างๆ หลายประการ ล้วนแล้วแต่ต้องใช้เวลาในการดำเนินการกว่าจะเห็นผลอย่างเป็น รูปธรรม

นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แผนผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2525 – 2544)

สืบเนื่องจากการประชุมสมัชชาสหประชาชาติในวันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ. 2521 คณะรัฐมนตรีแต่งตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ซึ่งมีหน้าที่วางแผน กำกับดูแล นโยบายและ จัดกิจกรรมระดับชาติที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุในระยะยาว โดยมีการกำหนดมาตรการ ที่เกี่ยวข้องกับ ผู้สูงอายุในด้านการจัดสวัสดิการเคลื่อนที่และการให้สิทธิลดหย่อนหรือยกเว้นภาษีรายได้ให้แก่ ผู้สูงอายุและบุคคลที่อุปการะผู้สูงอายุไว้ในครอบครัว นอกจากนี้ยังได้กำหนดบทบาทให้ครอบครัว และชุมชนได้มีส่วนร่วม ในการดูแลผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1) ผู้สูงอายุควร ได้อยู่กับครอบครัวอย่างอบอุ่น ได้รับการเคารพและการดูแล เอาใจใส่จากลูกหลาน

2) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้และไม่ได้รับการคุ้มครองดูแล จากครอบครัว ควรได้รับการดูแลจากสังคม

3) ผู้สูงอายุควร ได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว และชุมชนตามความถนัดและความสามารถของแต่ละบุคคล

4) ผู้สูงอายุควรได้รับข้อมูล ข่าวสาร และวิธีการดูแลสุขภาพ ตลอดจนข่าวสาร เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้สูงอายุปรับตัวเองให้เข้ากับการ เปลี่ยนแปลงนั้นๆ ได้

กล่าวโดยสรุป แผนผู้สูงอายุดังกล่าวประสบกับปัญหาการดำเนินงานและการนำไปสู่ การปฏิบัติการดำเนินงานของคณะกรรมการระดับชาติไม่มีความต่อเนื่องเพราะมีการปรับเปลี่ยนตัว กรรมการอยู่บ่อยครั้งและงบประมาณที่ได้รับจัดสรรและบุคลากรมีจำนวนน้อยและกระจัดกระจาย ตามหน่วยงานต่างๆ

นโยบายและมาตรการผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535 - 2554)

มาตรการดังกล่าวถูกจัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์หลัก ดังนี้

- 1) ส่งเสริมและให้บริการการเรียนรู้ที่จะทำให้ผู้สูงอายุรู้จักการปรับตัว การป้องกันโรคและการรักษาสุขภาพ
- 2) จัดให้มีบริการพื้นฐานและสวัสดิการทางสังคมและการสงเคราะห์ให้แก่ ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและไม่มีผู้อุปการะ
- 3) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ทำงานตามความสามารถและความถนัด
- 4) ส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวและผู้สูงอายุ
- 5) สนับสนุนให้สถาบันศาสนามีบทบาทในการเป็นที่พึ่งพาทางใจแก่ผู้สูงอายุ
- 6) ส่งเสริม สนับสนุนให้ชุมชนและภาคเอกชนเข้าร่วมจัดบริการและสวัสดิการ สังคมให้แก่ผู้สูงอายุ
- 7) สนับสนุนให้มีการผลิตและพัฒนาบุคลากรสำหรับดูแลรักษาและให้บริการ แก่ผู้สูงอายุ

เมื่อมีการศึกษาถึงการตอบสนองต่อนโยบายและมาตรการดังกล่าวในสมัย รัฐบาลของนายอานันท์ ปันยารชุน (พ.ศ. 2534-2535) นายชวน หลีกภัย (พ.ศ. 2535) นายบรรหาร ศิลปอาชา (พ.ศ. 2538) และพลเอกชวลิต ยงใจยุทธ (พ.ศ. 2538) พบว่าการดำเนินการเพื่อสนองตอบ นโยบาย และมาตรการต่างๆยังไม่บรรลุเป้าหมายและเกิดความล่าช้าขึ้นในหลายมาตรการ โดย ในทุกรัฐบาลมักจะมุ่งเน้นการขยายการบริการและสวัสดิการด้านสุขภาพอนามัยสังคม และสาธารณสุขเป็นหลักเป็นส่วนใหญ่

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติของไทย

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติของไทย ปัจจุบันมี 2 ฉบับ ได้แก่ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525 - 2544) และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) โดยมีสาระสำคัญของแต่ละแผน ดังนี้

1) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525 - 2544)

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525 - 2544) ได้ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นบุคคลที่ทำประโยชน์ต่อสังคมมาเป็นระยะเวลายาวนาน จึงต้องส่งเสริมและคงคุณค่าในสังคมสืบไปและหากในกรณีที่สูงอายุต้องอยู่ในระยะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ครอบครัว สังคมและชุมชน โดยภาครัฐต้องให้การสนับสนุนและช่วยเหลือประกอบกับปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542 ซึ่งกำหนดปฏิญญาไว้ 9 ข้อ เพื่อคุ้มครองและดูแลผู้สูงอายุโดยให้รัฐและเอกชนมีส่วนร่วม โดยเฉพาะในข้อที่ 1 ที่ให้ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้งและละเมิดสิทธิ จากแผนผู้สูงอายุฉบับที่ 1 และปฏิญญาผู้สูงอายุไทยและรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้นำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564)

2) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564)

ศูนย์ศตวรรษิกชน สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2549) คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้จัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2564) ซึ่งกำหนดให้แผนฉบับนี้เป็นแผนยุทธศาสตร์ 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

2.1) ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย 3 มาตรการหลัก ได้แก่

- (1) มาตรการหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ
- (2) มาตรการการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต
- (3) มาตรการการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่า

และศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

2.2) ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 มาตรการหลัก ได้แก่

(1) มาตรการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น

(2) มาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ

(3) มาตรการส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ

(4) มาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

(5) มาตรการ ส่งเสริม สนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ และ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ

(6) มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย

2.3) ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก ได้แก่

- (1) มาตรการคุ้มครองด้านรายได้
- (2) มาตรการหลักประกันด้านคุณภาพ
- (3) มาตรการด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง
- (4) มาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

2.4) ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 มาตรการหลัก ได้แก่

- (1) มาตรการการบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติ
- (2) มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

2.5) ยุทธศาสตร์ด้านการประมวล พัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก ได้แก่

- (1) มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยงานวิจัยดำเนินการประมวล และพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุที่จำเป็นสำหรับการกำหนดนโยบาย และการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ
- (2) มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย การพัฒนาการบริการและการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ใน สังคมอย่างเหมาะสม
- (3) มาตรการดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง
- (4) มาตรการพัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้เป็นระบบและทันสมัย

ทั้งนี้ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ทั้ง 5 ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสวัสดิการผู้สูงอายุ ปรากฏอยู่ใน 3 ยุทธศาสตร์ คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเมื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุและ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคม

สำหรับผู้สูงอายุ (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. 2545) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ได้ประกอบด้วย 3 มาตรการ มีเพียงมาตรการเดียวที่เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระยะยาว คือ มาตรการหลักประกันด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่

1.1) ขยายหลักประกันยามชราภาพให้ครอบคลุมบุคคลทั่วไป

1.2) ส่งเสริมการออมตั้งแต่วัยต้น

1.3) ลดหย่อนภาษีเพื่อส่งเสริมการออมเพื่อชราภาพ

2) ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุประกอบด้วย 6 มาตรการ มีมาตรการที่สำคัญ 3 มาตรการ ได้แก่

2.1) มาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กร

ผู้สูงอายุ

(1) ส่งเสริมการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและเครือข่าย

(2) สนับสนุนกิจกรรมขององค์กรเครือข่ายผู้สูงอายุ

2.2) มาตรการส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ

(1) ส่งเสริมการทำงานทั้งเต็มเวลาและไม่เต็มเวลา ทั้งในระบบ

และนอกระบบ

(2) ส่งเสริมการฝึกอาชีพและจัดหางานให้เหมาะกับวัยและ

ความสามารถ

(3) ส่งเสริมการรวมกลุ่มของชุมชนเพื่อจัดทำกิจกรรมเสริมรายได้

โดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมด้วย

2.3) มาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

(1) ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้มีการเผยแพร่ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ

(2) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมต่างๆ

3) ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุประกอบด้วย 4 มาตรการ มี 3 มาตรการ ที่แสดงถึงการพัฒนาเพื่อคุ้มครอง สร้างหลักประกันให้กับผู้สูงอายุในระยะยาว ได้แก่

3.1) มาตรการคุ้มครองด้านรายได้ที่สำคัญ

(1) จัดสวัสดิการด้านรายได้แก่ผู้สูงอายุที่ยากจนและไม่มีแหล่งพึ่งพิง

ที่เพียงพอ

- (2) ขยายหลักประกันยามชราภาพให้ครอบคลุมผู้สูงอายุ
- (3) ส่งเสริมการจัดตั้งกองทุน ในชุมชนที่มีวัตถุประสงค์ครอบคลุม

ผู้สูงอายุ

3.2) มาตรการหลักประกันด้านสุขภาพ ได้แก่ การพัฒนาและส่งเสริมระบบประกันสุขภาพที่มีคุณภาพเพื่อผู้สูงอายุทุกคน

- (1) มาตรการด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครองที่น่าสนใจ
- (2) ลดหย่อนภาษีสำหรับผู้ดูแลผู้ที่ช่วยตัวเองไม่ได้
- (3) เร่งรัดให้มีกฎหมายและแนวปฏิบัติในการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุที่ได้รับการทารุณกรรม หรือการปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม หรือถูกทอดทิ้งจนเกิดผลเสียร้ายแรงทางสุขภาพกายและ/หรือสุขภาพจิต

3.3) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่องจนวาระสุดท้ายของชีวิต

- (1) รณรงค์ให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ
- (2) ส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้และเรียนรู้วิธีการขอความช่วยเหลือ

โดยสรุปแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ได้ให้ความสำคัญและมีวิสัยทัศน์ว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคม และสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด โดยครอบครัวและชุมชนเกื้อกูล เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผล โดยมีสวัสดิการจากรัฐเป็นระบบเสริม เพื่อให้เกิดหลักประกันในวัยสูงอายุและความมั่นคงของสังคมโดยมีมาตรการในการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชากรทุกคนเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตและมีหลักประกัน โดยกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ โดยแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาผู้สูงอายุอยู่ภายใต้ปรัชญาการสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุที่เน้นกระบวนการพัฒนาเพื่อสร้างความมั่นคงทางสังคม โดยให้ผู้สูงอายุช่วยตนเอง ครอบครัวเกื้อหนุน ชุมชนช่วยเหลือ สังคมรัฐเกื้อหนุน การตระหนักในคุณค่าและศักยภาพของผู้สูงอายุ การสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชน ดังนั้นร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ได้กำหนดหน่วยงานที่

รับผิดชอบในแต่ละยุทธศาสตร์ไว้ชัดเจน เพื่อให้บรรลุนิเวศทัศน์ ผู้สูงอายุ มีสถานะดี ทั้งสุขภาพกาย และจิต อยู่กับครอบครัวอย่างอบอุ่น มีหลักประกันมั่นคง อยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีส่วนร่วม และเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจของครอบครัวและชุมชน (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. 2545)

จากแผนผู้สูงอายุทั้งสองฉบับ แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับความเป็นอยู่ผู้สูงอายุ ทั้งที่เป็นผู้อยู่กับครอบครัว อยู่ตามลำพัง มีที่พึ่งพาและไม่มีที่พึ่งพา ต่างพึงได้รับสิทธิ สวัสดิการ และการให้ความช่วยเหลืออย่างทั่วถึงจากภาครัฐ องค์กรและชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิต อยู่อย่างมีความสุข มีคุณค่า มีศักดิ์ศรีและมีหลักประกัน ซึ่งข้อมูลต่างๆ เพื่อสนับสนุนกิจกรรม และพัฒนาแผนการดำเนินงานของผู้สูงอายุ ยังคงต้องการข้อมูลเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่มีอยู่ และการศึกษาวิจัยเพิ่มขึ้นต่อไป

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 ได้บัญญัติถึง เรื่องสิทธิ ของผู้สูงอายุ ในหมวดของสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทยและหน้าที่ชนชาวไทยเพื่อ ให้ผู้สูงอายุ ได้รับความช่วยเหลือ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้

มาตรา 54 บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การ ยังชีพ มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

มาตรา 80 รัฐต้องคุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน ส่งเสริมความเสมอภาค ของหญิงและชาย ส่งเสริมและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของครอบครัว และความเข้มแข็งของชุมชน รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และพึ่งตนเองได้

ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย (พ.ศ. 2542)

เพื่อเป็นการแสดงเจตนารมณ์ในเรื่องสิทธิของผู้สูงอายุ ดังปรากฏในรัฐธรรมนูญ แห่งอาณาจักร ไทย เพื่อให้แผนงาน นโยบาย และมาตรการต่างๆ ที่ได้กำหนดไว้ได้นำไปสู่การ ปฏิบัติ ในปี พ.ศ. 2542 ผู้แทนจากองค์การที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน องค์กร ผู้สูงอายุ และผู้ทรงคุณวุฒิได้ร่วมกันจัดทำปฏิญญาผู้สูงอายุไทยขึ้น เพื่อถือปฏิบัติให้เป็นไป ใน ทิศทางเดียวกันให้เกิดประ โยชน์สูงสุดแก่ผู้สูงอายุไทย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

รัฐบาล องค์กรเอกชน ประชาชน และสถาบันสังคมต่างๆ ได้ตระหนักถึงศักดิ์ศรี และคุณค่าของผู้สูงอายุ ซึ่งได้ทำประ โยชน์ในฐานะ “ผู้ให้” แก่สังคมมาโดยตลอด ดังนั้น จึงควร ได้รับผลในฐานะเป็น “ผู้รับ” จากสังคมด้วย ปฏิญญาผู้สูงอายุไทยเป็นพันธกรณี เพื่อให้ผู้สูงอายุ ได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ จึงได้กำหนดสาระสำคัญไว้ดังนี้

ข้อ 1 ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า และศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้งและละเมิดสิทธิ โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองหรือครอบครัวได้และผู้พิการที่สูงอายุ

ข้อ 2 ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวโดยได้รับความเคารพรักรัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับบทบาทของกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีในการอยู่กันอย่างมีความสุข

ข้อ 3 ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษา เรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของตนอย่างต่อเนื่อง เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการทางสังคมอันเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต เข้าใจถึงความเปลี่ยนแปลงของสังคมรอบด้านเพื่อสามารถปรับบทบาทของตนให้สมวัย

ข้อ 4 ผู้สูงอายุควรได้รับการถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ให้สังคม มีโอกาสได้ทำงานที่เหมาะสมกับวัยตามความสมัครใจ โดยได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและเห็นชีวิตมีคุณค่า

ข้อ 5 ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างครบวงจร โดยเท่าเทียมกัน รวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบตามคตินิยม

ข้อ 6 ผู้สูงอายุควรมีบทบาท และมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยเฉพาะการรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยน เรียนรู้ และความเข้าใจอันดีระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน และกับบุคคลทุกวัย

ข้อ 7 รัฐ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องกำหนดนโยบายและแผนหลักด้านผู้สูงอายุ ส่งเสริมและประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้บรรลุผลตามเป้าหมาย

ข้อ 8 รัฐ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องตรากฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและบังคับใช้ในการพิทักษ์สิทธิ คุ้มครองสวัสดิภาพ และจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ

ข้อ 9 รัฐ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องรณรงค์ปลูกฝังค่านิยมให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมไทยที่เน้นความกตัญญูตักเตือนและเอื้ออาทรต่อกัน

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546

จากบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ พุทธศักราช 2540 มาตรา 54 และมาตรา 80 วรรคสอง ส่งผลให้เกิดการผลักดันพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 เพื่อใช้เป็นกฎหมายที่จะเอื้อให้เกิดโครงสร้าง องค์กร และระบบบริหารจัดการที่จะรองรับการดำเนินงานที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุของประเทศ ซึ่งพระราชบัญญัตินี้มีสาระสำคัญโดยสรุป คือ มีการกำหนดให้มีคณะทำงานที่รับผิดชอบในการจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุทั้งในเชิงนโยบาย แผนงาน และเสนอความเห็นในการออกกฎหมาย มีการจัดตั้งกองทุนเพื่อผู้สูงอายุและกำหนดสิทธิและประโยชน์ที่ผู้สูงอายุพึงจะได้รับ การคุ้มครอง พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติได้ปรากฏมาตรการในการคุ้มครองและสนับสนุนผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ดังนี้

มาตรา 11 ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- 1) การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกแก่ผู้สูงอายุเป็นพิเศษ
- 2) การศึกษาตามความเหมาะสม
- 3) การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม
- 4) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม
- 5) การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรมหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง
- 6) การให้คำแนะนำ ปรีกษา หรือดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี
- 7) การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็น
- 8) การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
- 9) การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี
- 10) การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศ กำหนด

แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุของต่างประเทศและไทย

องค์การสหประชาชาติได้กำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในแต่ละด้านดังต่อไปนี้ (Dupuis, Kousaie, Wittich & Spadafora. 2007 : 273-292)

ด้านความมีอิสระภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

- 1) ผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนจากการได้รายได้ ครอบครัว การช่วยเหลือ สนับสนุนทางสังคม และการช่วยเหลือตนเองเพื่อสามารถเข้าถึงปัจจัย 4 (น้ำ อาหาร ที่พักอาศัย เครื่องนุ่งห่ม) รวมถึงการดูแลรักษาสุขภาพ
- 2) ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการทำงานหาเลี้ยงชีพ หรือมีเลี้ยงต่างๆ
- 3) ผู้สูงอายุควรสามารถตัดสินใจในการเลือกที่จะเกษียณอายุงานได้ด้วยตนเอง
- 4) ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการเข้าร่วมการให้การศึกษาเพิ่มเติม และการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาตนเอง
- 5) ผู้สูงอายุควรอยู่ในสถานที่ที่ปลอดภัย และเหมาะสมต่อสภาวะทางร่างกายของตนเอง
- 6) ผู้สูงอายุควรได้รับสิทธิเสรีภาพในการเลือกพำนักอาศัยในที่อยู่อาศัยได้ตามความต้องการของตนเอง

ด้านการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย

- 1) ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในสังคม รวมถึงมีส่วนร่วมในการพัฒนา และดำเนินการทางนโยบายซึ่งมีผลโดยตรงต่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ รวมถึงนโยบายเกี่ยวกับการแบ่งปัน และถ่ายทอดทักษะ และประสบการณ์กับเยาวชนรุ่นใหม่
- 2) ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการเข้าร่วมการให้บริการแก่สังคมส่วนรวม หรือการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร ที่เหมาะสมกับความสามารถ และความสนใจของตนเอง
- 3) ผู้สูงอายุควรมีโอกาสในการสร้างเครือข่าย หรือสมาคมสำหรับผู้สูงอายุด้วยกัน
- 4) ผู้สูงอายุควรได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว และชุมชนของตนเอง ตามคุณค่าทางวัฒนธรรมในสังคม
- 5) ผู้สูงอายุควรได้รับการช่วยเหลือส่งเสริมทางด้านการดูแลรักษาสุขภาพ ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ รวมถึงความเป็นอยู่ที่ดีทางอารมณ์ ตลอดจน การช่วยเหลือเพื่อหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยต่างๆ ที่เหมาะสม และครบถ้วน
- 6) ผู้สูงอายุควรได้รับการช่วยเหลือทางด้านการบริการทางสังคม และกฎหมายที่ เกี่ยวข้องเพื่อยกระดับความมีอิสระภาพ การคุ้มครอง และการดูแลเอาใจใส่
- 7) ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการได้รับประโยชน์จากสถาบันที่ให้การดูแล และคุ้มครองทางทรัพย์สิน และทางสังคม รวมถึงสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ

8) ผู้สูงอายุควรได้รับการช่วยเหลือทางด้านสิทธิมนุษยชน และสิทธิเบื้องต้น ในการพำนักอาศัย การเข้าร่วมการดูแลรักษาต่างๆ รวมถึงผู้สูงอายุควรได้รับการเคารพที่สมเกียรติ และได้รับการยอมรับในเรื่องความเชื่อ ความต้องการ และความเป็นส่วนตัว และผู้สูงอายุควรมีสิทธิ เสรีภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลเอาใจใส่ และคุณภาพชีวิตของตนเอง

ด้านการบรรลุในสิ่งที่ต้องการ ประกอบด้วย

- 1) ผู้สูงอายุควรได้รับ โอกาสในการพัฒนาศักยภาพของตนเอง
- 2) ผู้สูงอายุควรได้รับ โอกาสในการเข้าถึงแหล่งทางการศึกษา วัฒนธรรม ศาสนา และ การพักผ่อนหย่อนใจ
- 3) ผู้สูงอายุควรที่จะสามารถดำรงชีวิตได้อย่างสมเกียรติ และปลอดภัย จากการ คุกคามต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
- 4) ผู้สูงอายุควรได้รับความยุติธรรมไม่ว่าจะเป็นความยุติธรรมทางด้าน เพศ เชื้อชาติ ชนชาติ สภาพทางร่างกาย เช่น การพิการ และสถานะภาพต่างๆ

อย่างไรก็ตาม แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีหลากหลายรูปแบบ และแนวทางแตกต่างกันขึ้นกับบริบทสังคม วัฒนธรรม ทูทางสังคมของแต่ละประเทศ ดังนี้

สารเกียรติ อาชานานุภาพ (2554) กล่าวว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของชุมชน มีรูปแบบที่หลากหลายขึ้นกับบริบทสังคม วัฒนธรรม ทูทางสังคมของแต่ละพื้นที่ ลักษณะการดำเนินการเกิดจากคนในชุมชนรวมตัวกันเป็นกลุ่มต่าง ๆ มีบทบาทเป็นผู้ปฏิบัติการ โดยได้รับการสนับสนุน และผลักดัน จากองค์การภาคีที่เกี่ยวข้อง คือ หน่วยงานด้านสุขภาพ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์การปกครองส่วนชุมชน ตลอดจน องค์การภาคีเอกชนทั้งในและนอกพื้นที่ โดยมีรูปแบบที่หลากหลาย ดังต่อไปนี้

1) การจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุของต่างประเทศ

มัทนา พนานิรามย์ (2546) ได้สังเคราะห์รายงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 5 ประเทศ ในอาเซียน คือ มาเลเซีย เกาหลี ฮองกง สิงคโปร์ และไทย ในเรื่องนโยบายและทิศทางการ นโยบาย ด้านผู้สูงอายุ ในอนาคต (National policy and future direction) และการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term care for the elderly) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1) ประเทศมาเลเซียมีส่วนของประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดราว 6.4 จะไม่มีนโยบายด้านผู้สูงอายุที่แน่ชัด บริการที่รัฐเป็นผู้จัดหาให้ เช่น การดูแลภายในสถาบัน มี จำนวนน้อยมากเพราะถือว่าการดูแลผู้สูงอายุควรเป็นหน้าที่ของครอบครัว โดยมีสังคมเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ ต่อมาในปี ค.ศ. 1995 รัฐบาลได้ประกาศนโยบายแห่งชาติว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุเพื่อสร้างความพึงพอใจและความรู้สึกมีศักดิ์ศรีและมีโอกาสได้รับหลักประกันและบริการอย่างทั่วถึง

ทั้งนี้ เนื่องจากหลักประกันรายได้ของผู้สูงอายุ รัฐได้จัดให้มีขึ้นเฉพาะกลุ่มข้าราชการพลเรือนและทหาร ในรูปของเงินบำนาญรายเดือน โดยที่ข้าราชการเหล่านี้ไม่ต้องจ่ายเบี้ยประกันและกองทุนสำรองเลี้ยงชีพในกลุ่มลูกจ้างเอกชนซึ่งลูกจ้างต้องจ่ายเงินสมทบร้อยละ 12 เงินสมทบจะถูกนำไปออมไว้ในนามของลูกจ้างในระบบบัญชี 3 ประเภท โดยมีวัตถุประสงค์ของการออมเพื่อการลงทุน การซื้อบ้านและการรักษาพยาบาล ส่วนเงินที่เหลือจากกิจกรรม ทั้งสามประเภท ผู้ประกันตนสามารถถอนออกไปได้เมื่อเกษียณอายุ แต่โครงการดังกล่าวยัง ครอบคลุมลูกจ้างเอกชนได้ไม่มากนัก ระบบประกันสุขภาพยังไม่แพร่หลายในประเทศมาเลเซียมากนัก ผู้สูงอายุจะเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายของตนเองถึงร้อยละ 75 ดังนั้นนโยบายของประเทศในอนาคตจึงมุ่งเน้นการเพิ่มหลักประกันด้านรายได้และการแก้ปัญหาด้านการเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อผู้สูงอายุ เป็นสำคัญ

1.2) ประเทศเกาหลี นโยบายการพัฒนาประเทศเกาหลีในอดีตมุ่งเน้น

การพัฒนาด้านเศรษฐกิจมากกว่าด้านสังคม ประกอบกับวัฒนธรรมประเพณีในประเทศเกาหลีเองที่เคารพนับถือบรรพบุรุษ ดังนั้นสังคมและบุตรหลานจึงมีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ มาตรการและนโยบายของรัฐบาลจึงมุ่งเน้นการจัดบริการเพื่อผู้สูงอายุที่ยากจน และเป็นโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้ามากกว่าการมุ่งเน้นการป้องกันหรือแผนระยะยาว จึงส่งผลให้ปัญหาผู้สูงอายุทวีความรุนแรงขึ้นในปัจจุบัน รัฐบาลจึงได้กำหนดนโยบายสวัสดิการสังคมเพื่อผู้สูงอายุใน 4 ลักษณะคือ การประกันรายได้ การบริการด้านสุขภาพ หลักประกันด้านที่อยู่อาศัย และบริการอื่นๆ หลักการประกันรายได้ของเกาหลีมีอยู่ 5 ประเภท คือ

(1) บำนาญของรัฐ ซึ่งประกอบด้วยบำนาญที่จ่ายให้แก่ ข้าราชการทั่วไป และครู โรงเรียนเอกชน และเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบอาชีพอิสระสามารถเข้าสู่การประกันดังกล่าวได้โดยการจ่ายเงินสมทบเป็น 2 เท่าของลูกจ้างทั่วไป และลูกจ้างในภาคเกษตร และประมงจะจ่ายเงินสมทบร่วมกับรัฐในอัตราคงที่อัตราหนึ่ง

(2) โครงการความช่วยเหลือของรัฐ เพื่อช่วยเหลือชาวเกาหลีให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามมาตรฐานขั้นต่ำ โดยผู้สูงอายุที่จะได้รับความช่วยเหลือจากรัฐจะต้องเป็นผู้ขาดการอุปการะหรือผู้อุปการะมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน โดยจะได้รับความช่วยเหลือจากรัฐบาลกลางร้อยละ 80 รัฐบาลท้องถิ่นร้อยละ 20

(3) บำนาญแสดงความเคารพต่อผู้สูงอายุ โดยจะให้ความช่วยเหลือเฉพาะกลุ่มที่มี รายได้ต่ำเท่านั้น

(4) โครงการให้เกียรติผู้สูงอายุ โดยให้นายจ้างต้องจ่ายเงินเข้ากองทุนเกษียณอายุปีละหนึ่งเดือนของค่าจ้างทุกปีสำหรับลูกจ้างที่ทำงานเต็มเวลาไม่ต่ำกว่า 1 ปี และจะจ่ายเงินก้อนนี้ให้แก่ลูกจ้างเมื่อเกษียณอายุ

(5) โครงการเพื่อสร้างรายได้ เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีโอกาสทำงานต่อไปได้ เช่น การสร้างศูนย์อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุที่ต้องการทำงานเป็นต้น

บริการสวัสดิการสังคมที่จัดขึ้นในประเทศเกาหลีมักมุ่งเน้นการบริการไปที่ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน เช่น โครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ โครงการสงเคราะห์ซึ่งมีตั้งแต่การให้บริการฟรีจนถึงการให้กู้เงิน โดยไม่คิดอัตราดอกเบี้ย เป็นต้น โครงการตรวจสุขภาพ เป็นต้น โดยยังไม่มีหลักประกันสำหรับผู้สูงอายุที่มีฐานะระดับปานกลาง ซึ่งมักจะประสบปัญหาด้านที่อยู่อาศัย เนื่องจากขนาดของครอบครัวที่เล็กลงและความเสื่อมลงของคุณค่าของความกตัญญูต่อครอบครัวและผู้สูงอายุ

1.3) ประเทศสิงคโปร์ ปรัชญาพื้นฐานของสิงคโปร์คือ การเน้นการพึ่งพาตนเองมากกว่ารัฐ ดังนั้นนโยบายด้านผู้สูงอายุจึงมุ่งเน้นความมีศักดิ์ศรีและการดูแลผู้สูงอายุจากครอบครัว โดยการออกกฎหมายและส่งเสริมให้บุตรต้องดูแลพ่อแม่ ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกับบุตรหรือคู่สมรสของบุตรให้มากที่สุด และสนับสนุนให้บุตรได้มีบ้านพักอาศัยที่อยู่ในละแวกเดียวกับพ่อแม่ โดยรัฐจะเป็นผู้จ่ายเงินอุดหนุนให้แก่บุตรที่ดูแลพ่อแม่ ลดภาษีให้กับผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุ และลดค่าเช่าบ้านให้แก่บุตรที่พักอยู่ละแวกเดียวกับพ่อแม่ เป็นต้น

ในด้านหลักประกันด้านรายได้ของผู้สูงอายุคือ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ โดยแรงงานชาวสิงคโปร์จะต้องสะสมเงินในกองทุนสำรองเลี้ยงชีพใน 3 บัญชี คือ บัญชีทั่วไป บัญชีเฉพาะและบัญชีเพื่อการรักษาพยาบาล ซึ่งเงินสะสมใน 2 บัญชีแรกจะสามารถแบ่งถอนออกมาเพื่อใช้ในการลงทุน ซื้อที่อยู่อาศัยและเพื่อการศึกษาของบุตรได้บางส่วน และสามารถถอนออกได้หมดเมื่อมีอายุ 55 ปี ส่วนในบัญชีรักษาพยาบาลนั้นมักไม่เพียงพอต่อการรักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายจริง นอกจากนี้รัฐบาลยังให้ความช่วยเหลือ โดยการจัดตั้ง โครงการช่วยเหลือทางสังคมแก่ผู้ที่มีรายได้น้อยและ คนยากจนที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้อีกด้วย

การเข้าถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็นของสิงคโปร์จะเน้นให้มีการนำเงินออมของตนเองออกมาใช้ก่อน หากไม่เพียงพอก็สามารถใช้ประกันสุขภาพและการสงเคราะห์ได้ตามลำดับและสนับสนุนให้ผู้ประกอบการอิสระสามารถออมเข้ากองทุนค่ารักษาพยาบาลได้โดยสมัครใจ

เนื่องจากโครงการสร้างประชากรผู้สูงอายุในอนาคตของสิงคโปร์มีแนวโน้มจะเป็น ผู้ที่มีการศึกษาสูงขึ้น ฐานะดีและความคาดหวังในคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น นโยบายด้านผู้สูงอายุ

ในอนาคตจึงหันมามุ่งเน้นการสร้างระบบ ตลอดจนบริการและสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และการจัดสวัสดิการที่ตรงกับผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมายให้เพิ่มมากขึ้น และจำนวนบุตรที่จะดูแลผู้สูงอายุจะมีจำนวนลดลงจึงต้องพิจารณาการให้น้องดูแลพี่หรือญาติดูแลญาติแทน การดูแลผู้สูงอายุจากบุตรให้เพิ่มมากขึ้น

1.4) ประเทศฮ่องกง นโยบายด้านสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุเมื่อครั้งฮ่องกงอยู่ภายใต้การปกครองของอังกฤษ มักมุ่งเน้นการจัดบริการในเรื่องที่ผู้สูงอายุขาดแคลน แต่ขาดการประสานงานในการจัดบริการดังกล่าวในเชิงการบูรณาการและเมื่อฮ่องกงกลับไปอยู่ใต้การปกครองของจีนในปี ค.ศ.1997 จึงได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุขึ้น โดยมุ่งเน้นการจัดบริการเรื่องที่อยู่อาศัยและด้านการรักษาพยาบาลเป็นสำคัญ โดยรัฐทำหน้าที่เป็นผู้ผลิตบริการด้านสาธารณสุขรายใหญ่ของประเทศ และให้บริการในราคาถูกรวมกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีการศึกษาดำเนินงานน้อย ไม่ได้ทำงานและไม่มีเงินบำนาญ แม้จะได้รับเบี้ยยังชีพจากรัฐบาลอยู่บ้างก็ยังมีจำนวน ผู้ได้รับบริการเพียงเล็กน้อยและเงินที่ได้ก็มีจำนวนไม่เพียงพอ จึงส่งผลให้ประชาชนส่วนใหญ่หันมาใช้บริการสุขภาพจากโรงพยาบาลของรัฐจนก่อให้เกิดการขาดแคลนบริการด้านสาธารณสุขอย่างมากในฮ่องกง

ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุชาวฮ่องกงมีความมั่นคงในชีวิต มีสุขภาพที่ดีและมีคุณค่า นโยบายด้านผู้สูงอายุในอนาคตจึงมุ่งเน้นให้ตนเองและครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการสร้างความมั่นคง ดังกล่าว โดยมีรัฐเป็นผู้สนับสนุน โดยการบังคับให้มีการจัดตั้งกองทุนสำรองเลี้ยงชีพเพื่อเป็นหลักประกันด้านรายได้ และการให้เงินอุดหนุนแก่ครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

2) การจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2544 : 48-49) กล่าวว่างานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ รัฐควรมุ่งให้ผู้สูงอายุมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น การที่รัฐจะมุ่งให้ผู้สูงอายุมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น มีสุขภาพกายสุขภาพจิตที่ดี สามารถพึ่งตนเองได้ และมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งหมายถึง ว่าผู้สูงอายุ นั้น เป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Quality of Life) ต้องยึดถือแนวคิดที่ใช้เป็นรากฐานในการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยแนวคิด 2 ประการคือ

2.1) แนวคิดด้านมนุษยธรรม (Humanitarian Aspect of Aging) หมายถึง ผู้สูงอายุควรได้รับการช่วยเหลือตามหลักมนุษยธรรมและความต้องการ ในด้านสุขภาพอนามัย และโภชนาการที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ครอบครัว สวัสดิการสังคม ความมั่นคงทางรายได้ และการจ้างงานรวมถึงการศึกษา

2.2) แนวคิดด้านพัฒนา (Developmental Aspect of Aging) หมายถึง แนวคิดที่มีต่อบทบาทของผู้สูงอายุในกระบวนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม การบริการสวัสดิการสังคม

ผู้สูงอายุ นั้น มีความชัดเจนและเริ่มเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องในสังคมมากขึ้น ซึ่งองค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้วันที่ 1 ตุลาคมของทุกปี เป็นวันผู้สูงอายุสากล โดยมีการประกาศเจตนารมณ์ที่ชัดเจนและในวันที่ 16 ธันวาคม 2534 สมัชชาใหญ่ แห่งสหประชาชาติได้รับรองหลักการ 18 ประการสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

หลักการที่ 1 การมีเสรีภาพ

(1) ผู้สูงอายุควรได้รับอาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่มและการดูแลสุขภาพอนามัยอย่างพอเพียง โดยการมีรายได้ การสนับสนุนของครอบครัวและชุมชน และการช่วยเหลือตนเอง

(2) ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการทำงานหรือสามารถได้รับรายได้
อื่น ๆ

(3) ผู้สูงอายุควรมีส่วนในการตัดสินใจว่าเมื่อใดจะต้องพ้นจากการทำงาน

(4) ผู้สูงอายุควรได้รับการฝึกอบรมและศึกษาตามความเหมาะสม

(5) ผู้สูงอายุควรจะอยู่ในสภาพแวดล้อมที่สงบปลอดภัยด้วยความพึงพอใจตามกำลังความสามารถ

(6) ผู้สูงอายุควรที่จะได้อาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง ตลอดระยะเวลายาวนานเท่าที่เป็นไปได้

หลักการที่ 2 การมีส่วนร่วม

(1) ผู้สูงอายุควรมีส่วนร่วมในการกำหนดและดำเนินงานตามนโยบายต่าง ๆ ที่จะส่งผลโดยตรงต่อความเป็นอยู่ที่ดีของตน และสามารถถ่ายทอดความรู้และทักษะให้กับชนรุ่นหลังได้

(2) ผู้สูงอายุควรจะได้รับการพัฒนาในโอกาสต่าง ๆ เพื่อให้บริการแก่ชุมชน และเป็นอาสาสมัครในตำแหน่งที่เหมาะสมตามความสนใจและกำลังความสามารถของตน

(3) ผู้สูงอายุควรมีบทบาทที่จะจัดตั้งกลุ่มหรือสมาคมของผู้สูงอายุเองได้

หลักการที่ 3 การได้รับการดูแล

(1) ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชน และได้รับการคุ้มครอง

(2) ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลด้านสุขภาพอนามัย เพื่อให้ได้รับการฟื้นฟูทางร่างกายจิตใจและอารมณ์ให้ดีขึ้น เพื่อเป็นการป้องกันหรือชะลอการเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้น

(3) ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการเข้าถึงบริการทางสังคมและกฎหมาย เพื่อเป็นการส่งเสริม สนับสนุน การเป็นอิสระ การคุ้มครองและการได้รับการดูแล

(4) ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลคุ้มครอง ฟันฟูและส่งเสริมทางด้านสังคม และจิตใจอย่างเหมาะสม จากสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมที่มั่นคง

(5) ผู้สูงอายุควรได้รับสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานในการ ดำรงชีวิต

หลักการที่ 4 การบรรลุความพึงพอใจของตนเอง

(1) ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสพัฒนาศักยภาพตนเองอย่างเต็ม
ความสามารถ

(2) ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษาวัฒนธรรม จิตใจและกิจกรรม
นันทนาการของสังคม

หลักการที่ 5 ความมีศักดิ์ศรี

(1) ผู้สูงอายุควรที่จะดำรงชีวิตอยู่ด้วยศักดิ์ศรีและความปลอดภัย โดย
ปราศจากการถูกแสวงหาประโยชน์และถูกทำร้ายร่างกายและจิตใจ

(2) ผู้สูงอายุควรได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสมตามสถานภาพและ
ภูมิหลังและมีอิสระในการช่วยเหลือตนเองทางด้านเศรษฐกิจ

การจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุไทย ส่วนใหญ่มีบริการหลักๆ
สำคัญอยู่ 3 รูปแบบ ดังนี้

1) การดูแลผู้สูงอายุในสถาบันเป็นหลัก (institution care model)

มรกด สิงหะเซนทร์ (2546) ได้กล่าวถึงบริการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นภารกิจ
หลักของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หน่วยงานที่ดูแล คือ กรมพัฒนา
สังคมและสวัสดิการ บริการและสวัสดิการผู้สูงอายุที่ดำเนินการ โดยหน่วยงานของรัฐที่เป็นรูปธรรม
ได้แก่

1.1) บริการสถานสงเคราะห์ เป็นบริการด้านที่อยู่อาศัยที่จัดให้กับผู้สูงอายุ
ที่ประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อน เช่น ถูกทอดทิ้ง ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีผู้อุปการะดูแล บริการ
ที่จัดให้ได้แก่ บริการด้านปัจจัยสี่บริการตรวจสุขภาพทั่วไป การรักษาพยาบาล บริการด้าน
กายภาพบำบัด บริการให้คำปรึกษา แนะนำ และการปรับตัวยุคฯ ปัจจุบันสถานสงเคราะห์ของรัฐ
จำนวน 20 แห่งกระจายอยู่ทั่วทุกภาคของประเทศ สามารถรับผู้สูงอายุได้ประมาณ 3,000 คน
ในปีงบประมาณ 2546 สถานสงเคราะห์จะถูกโอนภารกิจไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดูแล
ดำเนินการจำนวน 13 แห่ง

1.2) ศูนย์บริการสังคมผู้สูงอายุ (Day center) เป็นบริการให้แก่ผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัว ได้มาใช้บริการและกิจกรรมภายในศูนย์ในลักษณะเข้าไปเย็นกลับ บริการที่จัดให้ภายในศูนย์ได้แก่ บริการตรวจรักษาโรค บริการด้านกายภาพบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการให้คำปรึกษาแนะนำ บริการนันทนาการ กิจกรรมเสริมรายได้ บริการหน่วยเคลื่อนที่และ บริการบ้านพักฉุกเฉิน ฯลฯ ปัจจุบันประเทศไทยมีศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ จำนวน 18 แห่งทั่วประเทศ และหน่วยบริการ 1 แห่ง สามารถให้บริการแก่ผู้สูงอายุได้ประมาณ 330,000 คน ในปีงบประมาณ 2546 จะโอนภารกิจไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดูแลดำเนินการจำนวน 9 แห่ง

1.3) ศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัด โดยชุมชน เป็นการสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของตนเอง โดยวัดหรือสถาบันทางศาสนา เช่น โบสถ์ มัสยิด ฯลฯ เป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมตามความต้องการของชุมชน ปัจจุบันมีการตั้งศูนย์ฯ ประมาณ 200 แห่งทั่วประเทศ นอกจากบริการหลักดังกล่าวแล้วยังมีการให้บริการสงเคราะห์เครื่องอุปโภค บริโภค เครื่องช่วยความพิการอื่นๆ บริการหน่วยเคลื่อนที่และการจัดอบรมดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

2) การดูแลผู้สูงอายุโดยลดการพึ่งพาสถาบัน (Deinstitutionalization) บริการดูแลผู้สูงอายุโดยลดการพึ่งพาสถาบันที่สำคัญ คือ บริการการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัว ในชุมชนโดยไม่ต้องเข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์ บริการนี้ได้กำหนดคุณสมบัติของผู้สูงอายุยากจน ไม่มีรายได้ ไม่มีผู้ดูแล เริ่มดำเนินการ ในปี พ.ศ. 2536 โดยรัฐจัดสรรให้เป็นเงินช่วยเหลือรายเดือนๆ ละ 200 บาท/คน แบบตลอดชีพ ระยะแรกจัดสรรให้ 2,000 คน ใช้งบประมาณจำนวน 12 ล้านบาท (3 เดือน) และขยายเพิ่มขึ้นเรื่อยและในปี พ.ศ. 2542 เมื่อประเทศไทยประสบภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ รัฐได้เพิ่มเงินเบี้ยยังชีพเป็นเดือนละ 300 บาท/คน มีจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ 400,000 คน ใช้งบประมาณทั้งสิ้น 1,101.6 ล้านบาท เมื่อรัฐมีการปฏิรูประบบราชการส่งผลให้ในปีงบประมาณ 2545 ได้มีการโอนภารกิจของบริการเบี้ยยังชีพจากกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ (กรมประชาสงเคราะห์เดิม) ไปให้กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการเบิกจ่ายให้กับผู้สูงอายุแทน

3) บริการประกันสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากสภาพปัญหาด้านรายได้ถือเป็นปัญหาหลักของผู้สูงอายุไทย และบริการที่รัฐจัดให้ผู้สูงอายุมักเป็นบริการที่มุ่งช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากจน ขาดการอุปการะและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ในรูปของการให้สิ่งของและบริการ และในระยะหลังเปลี่ยนมาในรูปของเงินในโครงการเบี้ยยังชีพ เมื่อคิดคำนวณออกมาเป็นตัวเลขแล้วจะมีจำนวนน้อยมากและไม่สามารถกระจายไปยังผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึงและเหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละสถานภาพได้ รัฐบาลจึงได้นำความคิดการสร้างหลักประกัน โดยสร้างระบบ

ให้ผู้ที่กำลังอยู่ใน ตลาดแรงงานช่วยกันออมเพื่อสร้างหลักประกันชราภาพสำหรับตนเองและบุคคลภายในกลุ่มให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในระดับมาตรฐานที่ไม่แตกต่างจากเดิมก่อนที่จะกลายเป็นผู้ไม่ได้ทำงานเนื่องจากความสูงอายุ

ดังนั้น พระราชบัญญัติประกันสังคมซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน 2533 ระบุให้มีการขยายขอบเขตของการประกันชราภาพ หลังจากที่ถูกกฎหมายใช้ครบแล้ว 6 ปี ดังนั้น ในปี 2539 จึงมีการเก็บเงินสมทบเพิ่มขึ้นทั้งจากฝ่ายลูกจ้าง นายจ้างและรัฐบาล ในอัตราร้อยละ 2 โดยผู้ประกันตนกรณีชราภาพจะได้รับประโยชน์ภายใต้เงื่อนไข คือ จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 180 เดือน ไม่ว่าจะระยะเวลา 180 เดือนจะติดต่อกันหรือไม่ก็ตาม และมีอายุครบ 55 ปีบริบูรณ์และความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง โดยจะได้รับประโยชน์ทดแทนในสองกรณีคือ

(1) เงินบำนาญชราภาพ ผู้ประกันตนจะได้รับเงินบำนาญชราภาพในอัตราร้อยละ 15 ของค่าจ้างเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้ายที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบก่อนความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง และหากจ่ายเงินสมทบเกินกว่า 180 เดือนจะได้รับเงินเพิ่มร้อยละ 1 ต่อระยะเวลาการจ่ายเงินสมทบทุก 12 เดือน

(2) เงินบำเหน็จชราภาพ กรณีผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบต่ำกว่า 12 เดือน ให้จ่ายเงินบำเหน็จชราภาพเท่ากับจำนวนเงินสมทบที่ผู้ประกันตนจ่ายสมทบเข้ากองทุนและในกรณีที่จ่ายเงินสมทบตั้งแต่ 12 เดือนขึ้นไปให้จ่ายเงินบำเหน็จชราภาพเท่ากับจำนวนเงินสมทบที่ผู้ประกันตนและนายจ้างจ่ายสมทบเข้ากองทุน พร้อมผลประโยชน์ตอบแทนที่สำนักงานประกันสังคมประกาศ

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2553) รูปแบบสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย การประกันสังคม (Social Insurance) เป็นการสร้างหลักประกันความมั่นคงในการดำรงชีวิตและคุ้มครองลูกจ้าง ปัญหาการขาดรายได้เมื่อเกษียณอายุการทำงาน สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้สูงอายุได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวน้อยลง ปัญหาสุขภาพที่เรื้อรังส่งผลให้ตัวเลขค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ระบบประกันสังคมในประเทศไทย ประกอบด้วย กองทุนต่างๆ ดังนี้ 1) กองทุนประกันสังคมกรณีชราภาพ เป็นการส่งเสริมการออมสำหรับกลุ่มแรงงานที่เป็นลูกจ้างในภาคเอกชนของกระทรวงแรงงาน 2) กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) เป็นการออมภาคบังคับสำหรับกลุ่มข้าราชการ 3) กองทุนสำรองเลี้ยงชีพสำหรับลูกจ้างประจำของส่วนราชการซึ่งจดทะเบียน (กสจ.) ผลประโยชน์ที่ได้รับ คือ เงินบำเหน็จลูกจ้างและเงินที่สมาชิกส่งสมทบเข้ากองทุน 4) กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ เป็นจุดเริ่มต้นของการส่งเสริมการออมแบบสมัครใจ 5) กองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ เป็นการออมแบบ สมัครใจ

สำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีกำลังการออมมาก 6) กองทุนสงเคราะห์ครูใหญ่และครู โรงเรียน เอกชนซึ่งกระทรวงศึกษาธิการ ได้จัดตั้งขึ้น เป็นการออมภาคบังคับ 7) กองทุนทวิสุข เป็นกองทุน ที่จัดตั้งขึ้น โดยธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร เพื่อส่งเสริมให้เกษตรกรออมเงินไว้ใช้ เป็นสวัสดิการแก่ตนเองและครอบครัว 8) กองทุนสวัสดิการชุมชน เป็นการส่งเสริมการออมใน ระดับชุมชน เพื่อสร้างหลักประกันความมั่นคงของคนในชุมชนให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น โดยสถาบัน พัฒนาองค์กรชุมชน (องค์กรมมหาชน) และ 9) กองทุนการออมชราภาพ (กอช.) กระทรวงการคลัง เป็นผู้จัดตั้งกองทุน เป็นกองทุนการออมเพื่อการชราภาพขั้นพื้นฐานแบบสมัครใจ

ปิยากร หวังมหาพร (2555) ได้ศึกษารูปแบบการจัดการเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทย ได้แก่ 1) กองทุนดูแลผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่ง โดยสำนักส่งเสริม และพิทักษ์ผู้สูงอายุ เป็นการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุกรณีเดือดร้อนจากการทารุณกรรม ถูก แสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายและถูกทอดทิ้ง การสนับสนุนการจัดการงานศพผู้สูงอายุ ที่มีฐานะยากจน และการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนเรื่องที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่ม 2) การได้รับคำปรึกษาในทางคดี การช่วยเหลือจากการทารุณกรรมและถูกทอดทิ้ง โดยกระทรวงยุติธรรมให้คำแนะนำ ปกษาที่เกี่ยวข้องในทางคดีสำหรับผู้สูงอายุ 3) การยกเว้น ค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ โดยกระทรวงคมนาคม และกระทรวงทรัพยากร ธรรมชาติ ฯ ให้ผู้สูงอายุ เข้าชมฟรี 4) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม โดยกระทรวงคมนาคม ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยรถไฟ/ รถไฟฟ้า /รถ บขส./ขสมก. ลดค่าโดยสารครึ่งราคาและ การบินไทยลดค่าโดยสารภายในประเทศ ร้อยละ 15

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

มีหลายแนวทาง ดังนี้

1) แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ เพนเดอร์ (Pender. 1987)

ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันและการสร้างเสริมสุขภาพ จึงได้สร้างตัวแบบ การป้องกันสุขภาพและตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพขึ้น ซึ่งทั้งสองตัวแบบเป็นสิ่งคู่กันบางครั้ง แทบจะแยกกันไม่ออกพฤติกรรมอย่างเดียวกันอาจเป็น ได้ทั้งพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การวิ่ง การระมัดระวังในเรื่องการรับประทานอาหาร เป็นต้นสำหรับ ในที่นี้จะกล่าวถึงในรายละเอียดเฉพาะตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพ เท่านั้นซึ่งคำนึงถึงว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำจนเป็นกิจวัตร อาจเรียกว่า เป็นแบบ แผนการดำเนินชีวิตของบุคคลก็ได้ แนวคิดพื้นฐานของตัวแบบที่นำเสนอคือ ทฤษฎีการเรียนรู้ ทางสังคม ซึ่งเน้นให้เห็นความสำคัญของกระบวนการเรียนรู้และควบคุมพฤติกรรมภายในตน

ของตนเอง ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพมีโครงสร้างคล้ายคลึงกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender เป็นตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้รับความสนใจและนำมาใช้อย่างแพร่หลาย

2) แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO. 1986)

เป็นกระบวนการที่ประชาชนสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพ ให้บรรลุถึงความสมบูรณ์ จิตใจ สังคม กลุ่มชุมชน และบุคคลต้องเข้าใจปัญหาความอยากได้ ความต้องการ และการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมของสังคมและธรรมชาติ ซึ่งมีเป้าหมาย ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพอยู่ 3 ด้าน คือการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพด้านร่างกาย การพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพด้านจิตใจและด้านสังคม ซึ่งเป้าหมายด้านร่างกายประกอบด้วย มีสุขภาพร่างกาย แข็งแรงไม่มีโรค เป้าหมายการพัฒนาพฤติกรรมด้านสุขภาพจิตซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนคือ จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา เป้าหมายการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพด้านสังคม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ด้านวัฒนธรรมและการเข้าสังคม สังคมยอมรับมีส่วนร่วมในสังคม

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชน (วัด)

และชุมชน

ศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชน (วัด) และชุมชนเริ่มขึ้น โดยกรมประชาสงเคราะห์ ร่วมกับสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จากการสนับสนุนของกองทุนประชากร แห่งชาติ (UNFPA) มีเป้าหมายให้ชุมชนเกิดการตื่นตัวและมีส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากร ด้านมนุษย์ และอื่น ๆ ที่มีในชุมชนมาใช้ประโยชน์ในการดูแลและให้บริการด้าน เศรษฐกิจและ สังคมแก่ผู้สูงอายุทำการทดลองนำร่องในพื้นที่ 4 จังหวัด คือกรุงเทพฯ สุพรรณบุรี ขอนแก่น และ เชียงใหม่ การดำเนินการเป็นรูปแบบกึ่งทางการมีการรณรงค์หาทุนเพื่อการดำเนินงาน และเห็น กิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้มีความร่วมมือจากชาวบ้านและผู้สูงอายุ รัฐบาลมีบทบาทเกื้อหนุน และกระตุ้นหรือเป็นพี่เลี้ยงในระยะแรก แต่บทบาทหลักต้องอยู่ที่คนในชุมชน สถานที่จัดตั้ง ควรเป็นศูนย์กลางสำหรับทุกคน

วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และคณะ (2551) การเรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพสุขภาพ ชุมชนในอำเภอป่าพอง และอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ภายใต้แผนงานสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชนเพื่อชุมชน ยังไม่มีศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน นั้นนอกจากการดูแลดังกล่าวข้างต้นซึ่งเป็นการดูแลที่ค่อนข้างเป็นรูปร่างชัดเจนแล้ว ยังมีการดูแล ที่ไม่เป็นรูปแบบจากการเรียนรู้ในพื้นที่ทำให้เห็นเพื่อนบ้านมีการเยี่ยมเยียนถามข่าว พุดคุย สื่อสาร ข้อมูลในชุมชน ผู้วิจัยเห็นว่าเป็นการดูแลที่ชัดเจนในสังคมชนบทที่ต้องเข้าไปศึกษา ซึ่งเป็นคนใน ชุมชนที่มีจิตอาสาในการส่งเสริมสุขภาพคนในชุมชน อสม. เป็นเสมือนทูตที่เชื่อมความสัมพันธ์

ระหว่างระบบสาธารณสุขของรัฐกับชุมชนให้ที่อยู่เสมอ การมีอาสาสมัครที่มีคุณลักษณะดังกล่าว เป็นกลไกการทำงานนับเป็นทุนทางสังคมที่มีศักยภาพในอันที่จะพัฒนาให้เกิดประโยชน์สาธารณะ ต่อชุมชนและต่อระบบสุขภาพไทย

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว

สถาบันครอบครัวมีความสำคัญต่อชีวิตมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย เช่น จากการสมรสหรือการรับเป็นบุญธรรม หรือความสัมพันธ์กันทางสายโลหิต หรือมีความสัมพันธ์ทางด้านจิตใจ และอารมณ์ สายสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่มีความรัก ความผูกพัน ความอบอุ่น เป็นต้น เป็นการหล่อหลอมให้เกิดระบบความสัมพันธ์ในครอบครัว ดังนั้น เมื่อมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งครอบครัวมีเรื่องทุกข์ใจ และเดือดร้อนสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวก็ดูเหมือนจะร่วมทุกข์หรือร่วมเดือดร้อนตามไปด้วย เช่น การที่ครอบครัวมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วย ย่อมจะส่งผลกระทบต่อบุคคลที่เจ็บป่วยเอง และ ต่อสมาชิกคนอื่นในครอบครัว เป็นต้น สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวต้องหยุดการระส่วนตน เพื่อคอยเฝ้าดูแลช่วยเหลือสมาชิกที่เจ็บป่วย (สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ, 2550)

ในประเทศไทยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังอาศัยอยู่กับครอบครัว จะเห็นได้จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2550 พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 92.2 อาศัยร่วมกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครัวเรือน (ชนนุช ตริทิพบุตร, 2550) การอยู่ร่วมกันในครอบครัวสังคมไทยในอดีตเป็นครอบครัวขยายที่ให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุที่เป็นเสาหลักของครอบครัว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัว และในชุมชนที่เป็นแหล่งกำเนิดอย่างมีความสุข สถาบันครอบครัวมีความสำคัญในการให้การดูแลสมาชิกในครอบครัว ให้ความรักความอบอุ่นมั่นคงทางด้านร่างกายและจิตใจได้รับความปลอดภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกที่เป็นผู้สูงอายุมีความคาดหวังสมาชิกในครอบครัวที่เป็นบุตรหลานที่อยู่ด้วยกันต้องให้การดูแลทั้งในยามที่สุขภาพดี และในเวลาที่มีความเจ็บป่วย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551) การดูแลผู้สูงอายุ จึงเป็นหน้าที่หลักของสมาชิกในครอบครัว เป็นการตอบแทนคุณของพ่อแม่

ครอบครัวจึงมีบทบาทในกระบวนการให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ลักษณะของการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการดูแลส่วนบุคคล การสนับสนุนของครอบครัวในการดูแล กิจกรรมดำรงชีพประจำวัน การเงิน สุขภาพ เป็นเพื่อนเมื่อเดินทาง การให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น และสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การสนับสนุนด้านอารมณ์จิตใจ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2550, นินทรา แรมจบก : 2552) ในครอบครัวที่มีสัมพันธ์ภาพประกอบดี มีการช่วยเหลือกันและพึ่งพาอาศัยกัน บ่งบอกได้ว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีจากครอบครัว แต่ในทางกลับกันถ้าหากมีสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวที่ไม่ดี ผู้ดูแลที่เป็นบุตรจะเกิดความเครียดในบทบาทของการ

เป็นผู้ดูแล ทำหน้าที่ของผู้ดูแล โดยมีเหตุผลว่าต้องตอบแทนบุญคุณบิดา - มารดาที่เลี้ยงดูมาและรู้สึกถึงความจำเป็นขั้นที่ผู้ดูแล ล้วนส่งผลให้เกิดความเครียดกับผู้ดูแล

สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงที่มุ่งเน้นการพัฒนาด้านเศรษฐกิจจากสังคมเกษตรกรรมที่บ้านสู่การเป็นสังคมภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการ โดยมีการไหลของวัยทำงานออกจากพื้นที่สู่เมืองมีผลกระทบต่อสถาบันครอบครัว การหารายได้ของสมาชิกวัยแรงงานที่มีการแสวงหาอาชีพการมีรายได้ดำรงชีพ รับจ้าง แทนการประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำให้บุตรหลานวัยแรงงานไม่ได้อยู่กับผู้สูงอายุ เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้าน หรือบางที่นำหลานมาให้ ผู้สูงอายุดูแลเป็นภาระเพิ่มขึ้น สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่ต้องรับภาระในการเลี้ยงหลานเล็กๆ เป็นผลกระทบให้ผู้สูงอายุบางท่านไม่ได้กระทำกิจกรรมบางอย่างที่เคยปฏิบัติ เช่น การไปทำบุญที่วัด การไปพูดคุยกับเพื่อนบ้าน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงของสังคมในปัจจุบัน โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจนั้นส่งผลกระทบต่อครอบครัวเพียงเล็กน้อยในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งตัวผู้สูงอายุเองไม่ได้รับผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจในกรณี que ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับบุตรหลาน แต่ผู้สูงอายุที่ต้องหารายได้เพื่อเลี้ยงดูตนเอง และครอบครัวมีผลกระทบที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ต้องมีภาระหนี้สิน สิ่งที่เกิดขึ้นคือการวิตกกังวล และภาวะเครียดในที่สุด (ธนนุช ตริทิพบุตร. 2550)

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

จากปัญหาแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุในชนบทมีโอกาสดูถูกทอดทิ้งมากขึ้น รัฐบาลมีนโยบายช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้จัดทำ “โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน” ตามนโยบายสังคมไทยไม่ทอดทิ้งกันเพื่อสร้างอาสาสมัครในชุมชนดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูผู้สูงอายุที่ขาดการดูแลช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ในครอบครัวมีปัญหาความทุกข์ยากให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้กำหนดให้อาสาสมัคร 1 คน ดูแลผู้สูงอายุ 5 คน นำร่องใน 8 จังหวัด ในปี พ.ศ. 2552 - 2553 ในปีแรกของการดำเนินงาน กระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครและค่าใช้จ่ายเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน (วรรณภา ศรีธีรัตน์ และคณะ. 2551)

ดังนั้นการปฏิบัติกรดูแลผู้สูงอายุทั้งครอบครัว ชุมชน ผู้สูงอายุ กองทุนผู้สูงอายุ หรือ กองทุนอื่นๆ ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ต้องให้การสนับสนุนและผลักดันเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนในการส่งเสริมสุขภาพในระยะยาว จากองค์การภาคีในพื้นที่เกี่ยวข้องเป็นลักษณะของความร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

บทบาท อสม.เป็นผู้ปฏิบัติในงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครปรากฏชัดเจน แสดงบทบาทในกิจกรรมที่ได้สำเร็จในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ เช่น การให้ความรู้หรือแจ้งข่าวสารแก่ชาวบ้าน การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน (ข้อมูล จปฐ. ข้อมูลอนามัยประชากร สัตว์ปีก การฉีดวัคซีน เป็นต้น) การรณรงค์เพื่อการควบคุมโรคที่เกิดเป็นครั้งคราวตามฤดูกาล ดังที่มีบทบาทโดดเด่นในเรื่อง ไข้หวัดนก ไข้เลือดออก เป็นต้น ส่วนงานประเภทที่ปฏิบัติต่อเนื่องและไม่เป็นเวลา เช่น การส่งต่อผู้ป่วย การให้บริการส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกในชุมชนหรือการรักษาผู้เจ็บป่วยเบื้องต้นหรืองานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น การดูแลรักษาความสะอาดบริเวณบ้าน จะเป็นงานที่ อสม. ทำเป็นสัดส่วนที่น้อยกว่างานที่เสร็จเป็นคราวๆ ซึ่งหากเราพิจารณาให้สัมพันธ์กับแบบแผนความเจ็บป่วย ที่เป็นปัญหาโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงซึ่งการดูแลต้องเป็นไปอย่างต่อเนื่องยาวนานแล้ว จะเห็นได้ชัดว่า อสม. ที่เป็นอยู่อาจมีข้อจำกัดในการให้บริการดูแลติดตามผู้ป่วยเหล่านี้ การพัฒนาอาสาสมัครรูปแบบอื่น ๆ จึงอาจมีความจำเป็น เช่น อาสาสมัครกลุ่มญาติ ผู้ป่วยกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ. 2551 ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ. 2550)

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุ เป็นลักษณะการจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีการรวมตัวกันเพื่อการพัฒนาตนเองและพัฒนาชุมชน โดยมีสถาบันครอบครัวและชุมชนเป็นพื้นฐานในการดำเนินการ สืบเนื่องจากการจัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ กรมประชาสงเคราะห์จึงให้การสนับสนุนการตั้งชมรมผู้สูงอายุ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และในปี พ.ศ. 2527 เริ่มมีการดำเนินการในจังหวัดต่าง ๆ ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้ขยายงานบริการผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยมีโรงพยาบาลจังหวัด และอำเภอเป็นผู้รับผิดชอบชมรมผู้สูงอายุ แต่จะเน้นงานด้านบริการสุขภาพเป็นสำคัญ และมีการขยายตัวของการรวมกลุ่มผู้สูงอายุเป็นชมรมผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทั้งในส่วนที่กรมประชาสงเคราะห์และกระทรวงสาธารณสุขให้การสนับสนุน

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2550) ศึกษารูปแบบบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีการพัฒนาขึ้นอย่างมากในปัจจุบัน ซึ่งถือเป็นการบริการสังคมและนันทนาการแก่ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) ชมรมผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบบริการทางสังคมที่มีการพัฒนาขึ้นอย่างมาก ชมรมผู้สูงอายุเป็นการรวมกลุ่มกันทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีความสนใจและมีอุดมการณ์ร่วมกันในการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการสร้างคุณภาพทั้งทางกาย จิต และสังคม เพื่อให้ชีวิตมีคุณค่าและมีคุณภาพประโยชน์ทั้งแก่ตนเอง ครอบครัวและสังคม โดยมีสภาผู้สูงอายุและกระทรวง

สาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณ แต่ผู้บริหารจัดการและดำเนินการหลัก คือ กลุ่มผู้สูงอายุเอง การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในลักษณะเครือข่าย ทำให้งานด้านผู้สูงอายุเข้มแข็งมากขึ้น

2) ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ เป็นสถานที่ที่เป็นศูนย์รวมขององค์การ ชุมชน ผู้สูงอายุ เพื่อจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ สังคม จิตและปัญญา โดยมีแนวคิดพื้นฐานคือ การใช้ชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และการจัดบริการแบบองค์รวม 3) ศูนย์ชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ ให้บริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายจากผู้สูงอายุ การบริการที่จัดให้ เช่น กายภาพบำบัด อาชีวบำบัด ออกกำลังกาย ศาสนกิจ กิจกรรมนันทนาการ ตลอดจนกิจกรรมในวันสำคัญต่างๆ

4) ศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัด เป็นโครงการที่จัดตั้งขึ้นมาเพื่อสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของตนเอง โดยมีวัดหรือสถาบันทางศาสนาเป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรม และ 5) กองทุนผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนอุดหนุน โครงการสำหรับองค์กรของผู้สูงอายุหรือองค์กรที่ทำงานด้านผู้สูงอายุเพื่อคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุ ให้มีศักยภาพ มีความมั่นคง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการชมรมผู้สูงอายุในหลายส่วน ในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดตั้งเพื่อให้เป็นกลยุทธิ์ในการสร้างศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพประกอบเหมาะสม ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลชุมชนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพื่อดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพนันทนาการ พบปะสังสรรค์ ทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม และส่งเสริมสุขภาพจิต (วรรณภา ศิริธวัธรัตน์ และคณะ. 2551 ; รุ่งโรจน์ พุ่มรีว. 2551) ซึ่งการมีชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้านเมื่อมีกิจกรรมต่าง ๆ ในหมู่บ้านทุกครั้งได้เห็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกร่วมทำกิจกรรม ทำให้มองเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมดังกล่าวเป็นทุนทางสังคม จากนั้นเมื่อชุมชนมีกิจกรรมสำคัญอย่างงานบุญงานประเพณีก็จะนึกถึงผู้สูงอายุกลุ่มนี้ และมักจะเห็นผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มนี้เป็นผู้มีบทบาทเกี่ยวข้องกับเรื่องราวต่างๆ ของชุมชน และเกี่ยวข้องกับคนในชุมชน อย่างไรก็ตามเป็นที่สังเกตได้ว่ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ที่ที่เป็นสมาชิกของชมรมต้องเป็นผู้ที่แข็งแรงไปไหนมาไหนได้เอง ถึงจะมีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรม ทำให้ผู้สูงอายุที่ไปไหนมาไหนลำบากต้องมีคนช่วยเหลือดูแล และผู้ที่มีภาระเลี้ยงหลานไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยหน่วยบริการสุขภาพ

หน่วยบริการสุขภาพเป็นหน่วยงานภายใต้ระบบบริการสุขภาพประกอบรัฐ เป็นผู้จัดหาให้มีการพัฒนาและปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนการทำงาน และให้สอดคล้องกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง จากกระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบันต้องมีมุมมองที่ผสมผสานมิติด้านสุขภาพ และด้านสังคม ซึ่งด้านสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่

โดยตรงในการจัดบริการ ส่วนมิติด้านสังคมมีบริการที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นองค์การหลักในพื้นที่มีบทบาทหน้าที่โดยตรงดังที่กล่าวไปแล้ว ส่วนองค์การที่อยู่นอกพื้นที่นั้น มีกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์รับผิดชอบดูแลโดยตรงในการจัดบริการ นอกจากนี้ ยังมีกระทรวงศึกษาดูแลด้าน การศึกษาของผู้สูงอายุ การอบรมอาชีพตามความเหมาะสม การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการจำเป็นต้องประสานการทำงานระหว่าง 3 กระทรวงหลัก ในทางปฏิบัติการจัดบริการสุขภาพ และบริการสังคมของรัฐ และเอกชนมีการดำเนินการควบคู่กัน โดยมีการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วม (วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และคณะ. 2551) ดังนั้น การดูแลรักษาสุขภาพให้ดีและถูกสุขลักษณะตั้งแต่ต้นจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรคหรือปัญหาทางสุขภาพ ประกอบกับมักเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ สภาพร่างกายจะเห็นได้ว่าเสื่อมลงตามอายุขัย สภาพจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงง่าย ขี้หงุดหงิด มีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วย หรือจากการเสื่อมของระบบต่างๆ ในร่างกาย โดยปกติร่างกายคนเราจะเริ่มมีการเสื่อมของอวัยวะตั้งแต่อายุ 30 ปี ขึ้นไป ดังนั้น การดูแลรักษาสุขภาพให้ดี และถูกสุขลักษณะตั้งแต่ต้น จะช่วยลดโอกาสการเกิดโรคหรือปัญหาทางสุขภาพประกอบมักเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุได้

การมีสุขภาพดี ถือเป็นมิติที่สำคัญประการหนึ่งของคุณภาพชีวิต จะต้องเป็น สิ่งที่อยู่ในใจและเป็นสิทธิของทุกคน (Health for All) ดังนั้น จึงมีผู้ให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ไว้หลายท่าน ในอดีตคำว่า “สุขภาพ” หมายถึง สุขภาพกายเป็นหลัก ต่อมาจึงได้กล่าวถึงสุขภาพจิตร่วมไปด้วย เพราะเห็นว่าคนที่มีสุขภาพกายสมบูรณ์แข็งแรง แต่สุขภาพจิตเสื่อม โทรมหรือเป็นโรคจิตก็ไม่สามารถดำเนินชีวิตเป็นปกติสุขได้ ช้ำร้ายอาจจะทำร้ายผู้อื่น ได้อีกด้วย แต่ปัจจุบัน สุขภาพมิได้หมายเฉพาะสุขภาพกายและสุขภาพจิตเท่านั้น แต่ยังหมายรวมถึงสุขภาพสังคม และสุขภาพศีลธรรมอีกด้วย ดังที่มีผู้ให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ไว้ดังนี้

สุชาติ โสมประยูร (2541 : 21) ให้ความหมายสุขภาพ คือ “วิถีชีวิต” (Health is away Of life) นั่นอาจ หมายถึง สุขภาพดีย่อมมีความสำคัญต่อมนุษย์ในทุกด้านของการดำเนินชีวิต เพราะการมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จะเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล

เกษม นครเขตต์ (2542 : 42) การส่งเสริมสุขภาพมักจะมุ่งเน้นทางด้านร่างกายเพียงอย่างเดียวซึ่งไม่ค่อยถูกนักบางครั้งใช้คำว่า “Health Promotion” ในความหมายเดียวกัน “Health Protection” หรือใช้ในความหมายของ “Disease Prevention” นักวิชาการกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพในต่างประเทศได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรค “Changing Life Styles for Disease Prevention” ในความหมายนี้ทำให้มองเห็น

ได้ว่า เป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพนั้นมุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะทำให้เกิดโรค

บรรลุ ศิริพานิช (2544 : 9) สุขภาพ คือ ชุมทรัพย์ เป็นวิถีชีวิตที่ดำรงเป็นสิ่งที่ยอดปรารถนา และเป็นสิ่งที่มีคุณค่า

สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (2549 : 1) ให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ว่า สุขภาพ หมายถึงภาวะ ที่มีความพร้อมสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย คือ ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ ไม่มีอุบัติเหตุอันตราย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย สุขภาพกาย หมายถึง สภาพประกอบดีของร่างกาย กล่าวคือ อวัยวะต่างๆ อยู่ในสภาพประกอบดีมีความแข็งแรงสมบูรณ์ ทำงานได้ตามปกติ และมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนเป็นอย่างดี และก่อให้เกิดประสิทธิภาพประกอบดีในการทำงาน สุขภาพจิตหมายถึง สภาพของจิตใจที่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ มีจิตใจเบิกบานแจ่มใส มิให้เกิดความคับข้องใจหรือขัดแย้งในจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข สุขภาพสังคมหมายถึง ภาวะที่ดีของปัญญาที่มีความรู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดีความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO. 1946) องค์การหลักที่ดูแลด้านสุขภาพอนามัยได้ให้ความหมายของสุขภาพ (Health) ไว้ว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ ของร่างกายและจิตใจ (จิตวิญญาณ) รวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข พิจารณาจากภาวะความสุข 5 ด้าน คือ ภาวะความสุขในมิติทางกาย ภาวะความสุขในมิติทางจิตใจ ภาวะความสุขในมิติทางอารมณ์ภาวะความสุขในมิติทางสังคมและภาวะความสุขในมิติทางจิตวิญญาณ จากความหมายของสุขภาพ พอสรุปได้ว่า สุขภาพ หมายถึง การมีสุขภาวะอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม ของบุคคล และกลุ่มบุคคล ที่บ่งบอกและตระหนักถึงความปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้นสุขภาพจึงถูกมองเป็นทรัพยากรสำหรับชีวิตดำรงชีพประจำวัน มิใช่เป้าหมายของการดำรงชีวิต สุขภาพเป็นคำที่มีความหมายในเชิงบวก ซึ่งเน้นในเรื่องทรัพยากร สังคม และบุคคล รวมทั้งสมรรถนะของร่างกาย

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit : PCU)

ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit : PCU) หมายถึง หน่วยส่งเสริมในระดับปฐมภูมิที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด เป็นหน่วยส่งเสริมด่านแรกของระบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ประชาชนมาใช้ส่งเสริม มีความใกล้ชิดและรู้จัก

สภาพวิถีชีวิต และสังคมของประชาชนในชุมชนที่รับผิดชอบมากกว่าโรงพยาบาล เป็นสถานพยาบาลที่ใกล้บ้าน ใกล้ใจสร้างบรรยากาศเป็นกันเองกับผู้ใช้ส่งเสริม มีความใกล้ชิดกับประชาชน มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการจัดส่งเสริมตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐาน ประชาชนเข้าถึงส่งเสริมได้อย่างสะดวก สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม โดย ประชาชนมีส่วนร่วม มีระบบการให้คำปรึกษาและส่งเสริมเน้นการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และการให้ส่งเสริมอื่นๆ ที่มีคุณภาพมากขึ้น ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนที่หลากหลายอย่างมีประสิทธิภาพทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การป้องกันโรค การสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประชาชน เพื่อป้องกันและลดปัญหาที่ป้องกันได้ไม่มุ่งเน้นแต่ด้านการรักษาพยาบาล หรือเป็นหน่วยคัดกรองมิได้เป็นลักษณะ Extended OPD เท่านั้น

สถานอนามัยในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของการให้ส่งเสริมปฐมภูมิโดยตรง มีโครงสร้างการดำเนินงาน ที่ใกล้เคียงกับมาตรฐานส่งเสริมที่กำหนดขึ้นภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพียงแต่มาตรฐานบางส่วนยังไม่ได้ตามเกณฑ์ เช่น ชีตความสามารถในการให้ส่งเสริมจำนวนและประเภทบุคลากร การทำงานสุขภาพใน แนวรุก ควรมีการพัฒนาคุณภาพให้ดีขึ้นก็จะสมบูรณ์ สถานอนามัยทุกแห่งควรได้รับการพัฒนาโดยทั่วหน้า ควรจัดการส่งเสริมสุขภาพประชาชนทั้งหมดเป็นรายหมู่บ้าน ส่งเสริมสุขภาพของประชาชนครอบคลุมทุกเรื่อง จัดสถานที่และบรรยากาศเอื้อต่อการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ใช้ส่งเสริมความใกล้ชิดและเป็นกันเอง ระหว่างผู้ตรวจกับผู้ใช้ ส่งเสริมการจัดระบบข้อมูลและบันทึกประวัติ ส่งเสริมสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง มีการบันทึกข้อมูลสุขภาพดำรงชีพครอบครัว บัตรบันทึกผู้ป่วย โรคเรื้อรัง พัฒนาคูณภาพการรักษาและการส่งเสริมด้านต่างๆ เพิ่มขึ้นตลอดจนฝึกให้เจ้าหน้าที่มีทักษะในการตรวจร่างกาย ที่ถูกต้องมากขึ้นมีมาตรฐานในการตรวจรักษา โรคที่พบบ่อย และมีการดำเนินงานชุมชนอย่างเป็นระบบต่อเนื่องมากขึ้น มีการประเมิน สภาพจริงของชุมชนในด้านสุขภาพ มีการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนว่าจะช่วยแก้ไขได้อย่างไร

การพัฒนาคูณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2551) ได้กล่าวถึงบทบัญญัติของกฎหมายที่ได้กำหนดอำนาจหน้าที่ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/ องค์การบริหารส่วนตำบล) โดยให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ภายใต้กฎหมายจัดตั้งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/ องค์การบริหารส่วนตำบล) ซึ่งจัดตั้งขึ้นจากนโยบายการกระจายอำนาจปกครองสู่ชุมชนระดับตำบล เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน โดยการประกาศใช้พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล

พ.ศ. 2537 มีบทบาทสำคัญต่อการกระจายอำนาจทางสาธารณสุขในอนาคต เพราะกฎหมายได้กำหนดให้งานด้านสาธารณสุขเป็นภาระงานหลักประการหนึ่งที่ อบต.ต้องรับผิดชอบ รัฐธรรมนูญ มาตรา 78 หมวด 5 และมาตรา 284 กำหนดให้ตรา พรบ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2552 ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ในการจัดบริการสุขภาพและ ดำเนินการอื่นเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชน และชุมชน โดยบทบัญญัติของกฎหมายได้กำหนดอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/ องค์การบริหารส่วนตำบล) ให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายสำคัญคือการให้ผู้สูงอายุมีความสุขในการดำรงชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต การได้ทำงานที่เหมาะสมกับวัย หรืออื่นๆ เป็นต้น ปรากฏในมาตรา 67 (6) แห่ง พรบ. สถาปนาและ องค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติมจนถึงปัจจุบันกำหนดให้ อบต. มีหน้าที่ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ มาตรา 16 (10) แห่ง พรบ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2552 กำหนดให้ อบต. มีหน้าที่ในการสังคมสงเคราะห์ และพัฒนาคุณภาพชีวิตสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ

ดังนั้น เทศบาล/ องค์การบริหารส่วนตำบลมีบทบาทหลักในการสนับสนุนสวัสดิการ และการดูแลอื่นๆ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องการได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลจากความเสื่อมถอย ของร่างกายที่มีความคล่องตัวในการช่วยเหลือตัวเองลดลง ถ้ามีความเจ็บป่วยก็ยิ่งทำให้ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น เทศบาล/ องค์การบริหารส่วนตำบล ควรมีความชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีบทบาทให้การช่วยเหลือโดยตรง คือการจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพ จัดยานพาหนะเป็นสวัสดิการในการเดินทางรับการรักษาอย่างต่อเนื่องและฉุกเฉิน เป็นต้น และทางอ้อมคือการร่วมมือกับหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ในด้านการให้การสนับสนุนงบประมาณ เพื่อกระตุ้นให้องค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้องเกิดการสนับสนุนให้กลไกของสังคมที่มีอยู่เข้ามารับผิดชอบต่ออย่างจริงจัง ได้แก่ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน กองทุนผู้สูงอายุ ประชาคมสุขภาพตำบล เป็นต้น ให้แนวคิดเพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่

ขนิษฐา นันทบุตร (2551) ได้ศึกษาเรียนรู้ในบางพื้นที่ พบว่า เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล ได้ดำเนินการจัดตั้งกองทุน ผู้สูงอายุ สนับสนุนกิจกรรมที่สร้างคุณค่า ให้ผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งผู้สูงอายุเป็นคณะกรรมการ ในการทำงานได้มีกระบวนการคิดร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุเอง และร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลในการบริหารจัดการกองทุน การระดมสมาชิกผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วมออม การวางกฎระเบียบสำหรับการจัดสวัสดิการให้ผู้สูงอายุ

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (2549) ได้กำหนดแนวทางการดูแลสนับสนุนที่สอดคล้องกับนโยบาย กองทุนผู้สูงอายุ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2552 มาตรา 13 กำหนด

ให้มีการจัดตั้ง “กองทุนผู้สูงอายุ” ขึ้นในสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อเป็น ทุนใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครองการส่งเสริม และการสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ ความมั่นคง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีรวมทั้งสนับสนุนกิจกรรมขององค์กรที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับการส่งเสริม สนับสนุนผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็งอย่างค่อเนื่อง การดูแลสวัสดิการเบี้ยยังชีพเป็นเงินสวัสดิการ ที่รัฐบาลจัดสรรให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ซึ่งเป็นการมองว่าผู้สูงอายุต้องได้รับการ ดูแล ในปี 2536 การดำเนินการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่ในความดูแลของกรมประชาสงเคราะห์ และ มอบหมายให้สำนักงานประชาสงเคราะห์ จังหวัดเป็นผู้ดำเนินการผ่านศูนย์สงเคราะห์ราษฎรดำรงชีพหมู่บ้าน ในปี 2552 จากนโยบายการกระจายอำนาจสู่ชุมชนของรัฐบาลส่งผลให้ ในปี 2554 กรมประชาสงเคราะห์ได้เริ่มดำเนินการถ่ายโอนภารกิจของสวัสดิการเบี้ยยังชีพมาให้กรมส่งเสริม การปกครองส่วนท้องถิ่น และกรุงเทพมหานคร ดำเนินการ งบประมาณเบี้ยยังชีพถ่ายโอนให้ กรมส่งเสริมการปกครอง ส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยดำเนินการ

ขนิษฐา นันทบุตร (2551) ได้อ้างอิงจากการศึกษาของคณะสังคมสงเคราะห์ ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคมมหาวิทยาลัยหัว เถียวเฉลิมพระเกียรติ ซึ่งทำให้ทราบว่า การดูแลสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ภายใต้การดำเนินงาน ของเทศบาล/ องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวนมากยังขาดความพร้อมในการดำเนินงานตาม ภารกิจใหม่จากการปฏิรูประบบราชการ การคัดเลือกผู้สูงอายุที่เหมาะสมในการได้รับสวัสดิการเบีย ยงชีพนั้นยังเป็นข้อสงสัยที่มีการดำเนินการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ซึ่งในบางแห่งผู้สูงอายุได้ เรียกร้องความเป็นธรรม เทศบาล/ องค์การบริหารส่วนตำบล ได้ดำเนินการ โดยการออกข้อบัญญัติ เฉพาะพื้นที่จัดสวัสดิการผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุทุกคน ได้รับเบี้ยยังชีพเดือนละ 500 บาท ดำเนินการจัด ทุก 3 เดือน และผลจากการศึกษานี้ทำให้มีข้อเสนอในการดำเนินการจัดสวัสดิการสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีรูปแบบของ “กองทุน” ที่เป็นกลไกทำให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ การกำหนดหลักเกณฑ์ต่างๆ การดำเนินการให้การดูแลผู้สูงอายุให้เห็นรูปแบบของผู้สูงอายุที่ได้ เอื้อเฟื้อกัน ตัวอย่างเช่น ในการเรื่องการเยี่ยมไข้ เมื่อมีผู้สูงอายุเจ็บป่วย คณะกรรมการของกองทุน ผู้สูงอายุจัดการ ไปเยี่ยมตาม ใถ่อาการให้กำลังใจกัน พร้อมทั้งมีสวัสดิการเป็นเงินจำนวนหนึ่งให้เพื่อ ใช้จ่าย และการกำหนดให้มีสวัสดิการเมื่อเสียชีวิต และการ ไปแสดงความอาลัยในงานศพ

ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เครื่องมือวัด และการประเมินผล

ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตจะเกี่ยวข้องกับลักษณะที่เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ชีวิตของแต่ละ บุคคล โดยมีโครงสร้างหลากหลายมิติที่มีความเกี่ยวข้องกับด้านกายภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคม

ด้านสภาพแวดล้อม และด้านสุขภาพ รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การดำเนินชีวิต ซึ่งมีผู้ศึกษา และกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตที่แตกต่างสอดคล้องกัน ดังนี้

สุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล และคณะ (2540 : 114) กล่าวว่าองค์การอนามัยโลก ได้เริ่มพัฒนาเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตเป็นโครงการระยะเวลา 4 ปี (1992-1995) ด้วยความร่วมมือจากนักวิชาการ ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ได้แก่ ออสเตรเลีย โครเอเชีย รัสเซีย อังกฤษ ฝรั่งเศส สเปน ญี่ปุ่น เนเธอร์แลนด์ ปานามา สหรัฐอเมริกา อิสราเอล อินเดีย ไทยและซิมบับเว ได้พัฒนาเครื่องมือโดยการประสมนักวิชาการ จากหลายประเทศเพื่อสร้างเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิต ได้ให้ความหมายถึงความพึงพอใจในชีวิต และการรับรู้สถานะตนเองด้านต่างๆ ในการดำเนินชีวิต โดยครั้งแรกจะมีข้อคำถาม 277 ข้อ และถูกนำไปใช้ศึกษานำร่องในศูนย์ภาคสนามในประเทศต่างๆ หลายครั้งและนำผลที่ได้มาปรับปรุงให้ เครื่องมือมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นแล้วนำกลับไปใช้เพื่อปรับปรุงเครื่องมือให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ต่อมาในปี ค.ศ. 1994 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตได้มีการปรับปรุงจนมีความเหมาะสมมากขึ้น โดยมีการ ปรับข้อคำถามเหลือเพียง 100 ข้อ และเรียกแบบเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลก “WHOQOL-100” โดยโครงสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตนี้จะสะท้อนให้เห็นประเด็นสำคัญต่อคุณภาพ ชีวิต 6 ด้าน ได้แก่

1. ด้านร่างกาย
2. ด้านจิตใจ
3. ด้านระดับความเป็นอิสระ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น
4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม
5. ด้านสภาพแวดล้อม
6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล

จากได้นำเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลก 100 ข้อ “WHOQOL-100” (World Health Organization Quality of Life-100) ไปศึกษาที่ประเทศฝรั่งเศสและประเทศ เนเธอร์แลนด์ แล้วนำผลการศึกษาไปเปรียบเทียบกับเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต องค์การอนามัยโลก ชุด 277 ตัวชี้วัด พบว่าเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตชุด 100 ตัวชี้วัดมีความเที่ยงตรงในการจำแนก (Discriminant Validity) และความเที่ยงตรงของความสอดคล้อง (Convergent Validity) อยู่ในขั้นดี

ในปี ค.ศ. 1995 องค์การอนามัยโลกได้ พัฒนาเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขึ้นมา ใหม่เพื่อเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการวัดคุณภาพชีวิตของประชากรโลก โดยการรวมข้อคำถาม บางส่วนเข้าด้วยกันจนเหลือข้อคำถามเพียง 4 ด้าน จำนวน 26 ข้อ คำถามโดยทีมงานพัฒนาคุณภาพ ชีวิตได้นำไปแปลและใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตของประชากรของตนเองรวมประเทศไทย

ด้วย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ ได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของประชากรไทยทั้งชาย และหญิงอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัดเปรียบเทียบกับเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต ฉบับ 26 ข้อคำถามและปรับปรุงพัฒนาเพื่อให้เหมาะสมกับประชากรไทย (WHOQOL- BREF-THAI) และได้หาค่าความสัมพันธ์ระหว่าง เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตชุด 100 ตัวชี้วัด และเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตชุด 26 ตัวชี้วัดซึ่งมี 4 ด้าน คือองค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม คุณภาพชีวิตชุด 26 ข้อ ใช้ศึกษาคนไทยในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ ปี 2541 โดยกำหนด กลุ่มเป้าหมายเป็นคนไทยผุดคุด รู้เรื่อง อายุระหว่าง 16-87 ปี ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน และแบ่งเขตตามการแบ่งเขตสาธารณสุข เป็น 12 เขตหาค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.8399 และได้สรุปว่าการใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ชุด 26 ข้อเหมาะสมกับการประเมินคุณภาพชีวิตของคนไทยรวมทั้งผู้สูงอายุด้วยซึ่งการศึกษาครั้งนี้ มีผู้สูงอายุจำนวนร้อยละ 4 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 7,789 คนใน 12 เขต (WHO, 1995 : 1403-1409)

บีเคิล-บราวน์ และคณะ (Beadle-Brown et al. 2008 : 380) ได้นำเสนอ การแบ่ง คุณภาพชีวิตควบคู่ไปกับการกำหนดตัวชี้วัด เป็น 8 ด้าน ดังนี้

1) คุณภาพชีวิตด้านการรวมกลุ่มทางสังคม (Social Inclusion)

คุณภาพชีวิตด้านการรวมกลุ่มทางสังคมจะเกี่ยวข้องกับความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของกลุ่มทางสังคม การมีส่วนร่วมในกลุ่มทางสังคม สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยที่มี อิทธิพลต่อการรวมกลุ่มทางสังคม บทบาทในการดำเนินชีวิต (เช่น วิถีทางการดำเนินชีวิต พฤติกรรมการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อความเหมาะสม รวมถึงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหา ต่อวิถีการดำเนินชีวิต) การช่วยเหลือสนับสนุนต่างๆ (เช่น ความพึงพอใจในการบริการทางสังคม การยอมรับทางสังคม และสถานภาพทางสังคม)

2) คุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่ทางกายภาพ (Physical Well-being)

คุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่ทางกายภาพ หมายถึง ลักษณะทางสุขภาพซึ่งจะ เกี่ยวข้องกับ ความปลอดภัย การมีสุขภาพดี การมีเวลาพักผ่อนหย่อนใจ กิจกรรมในชีวิตประจำวัน กิจกรรมสันทนาการต่างๆ อาหารและโภชนาการ ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย และการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Batista Vitorino and Martins da Silva ที่ค้นพบว่ากิจกรรมทางกายภาพและการเคลื่อนไหวอาจเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ของผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจอีกด้วย (Batista Vitorino and Martins da Silva, 2010 : abstract)

3) คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations)

คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจะเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการมีมิตรภาพ เช่นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายใต้บริบทสถานที่ทำงานหรือบริบทครอบครัว นอกจากนี้ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลยังเกี่ยวข้องกับภาวะความโดดเดี่ยวเดียวดาย การสนับสนุนช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม ความใกล้ชิดสนิทสนมและความรัก

4) คุณภาพชีวิตด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นอยู่ที่ดี (Material Well-being)

คุณภาพชีวิตด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นอยู่ที่ดีจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้ อาชีพการงาน สภาพทางการเงิน การเป็นเจ้าของ (สังหาริมทรัพย์และอสังหาริมทรัพย์) ความปลอดภัย สถานภาพทางเศรษฐกิจ ลักษณะที่อยู่อาศัยและการคมนาคมขนส่ง

5) คุณภาพชีวิตด้านลักษณะทางอารมณ์ (Emotional Well-Being)

คุณภาพชีวิตด้านลักษณะทางอารมณ์จะเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการทำงาน อาชีพ ที่อยู่อาศัย การช่วยเหลือสนับสนุน ความพึงพอใจในกลุ่มทางสังคมของตนเอง นอกจากนี้ด้านลักษณะทางอารมณ์ยังเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต มโนภาพแห่งตน การไร้ความเครียดและความสุขในการดำเนินชีวิต

6) คุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-

determination)

คุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการตัดสินใจได้ด้วยตนเองจะเกี่ยวข้องกับความสามารถในการตัดสินใจ การควบคุมตนเอง การกำหนดทิศทางการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง อิทธิพลของที่อยู่อาศัยที่มีผลต่อความสามารถในการตัดสินใจ การสนับสนุนช่วยเหลือด้วยคำพูดและการแก้ต่างเพื่อตนเอง

7) คุณภาพชีวิตด้านการพัฒนาตนเอง (Personal Development)

คุณภาพชีวิตด้านการพัฒนาตนเองจะเกี่ยวข้องกับเรื่องของการศึกษาและทักษะในการปฏิบัติตน ความสามารถส่วนตัว การบรรลุสิ่งที่ปรารถนา ความก้าวหน้าและพัฒนาการในด้านต่าง ๆ

8) คุณภาพชีวิตด้านสิทธิเสรีภาพ (Rights)

คุณภาพชีวิตด้านสิทธิเสรีภาพจะเกี่ยวข้องกับการเคารพในสิทธิส่วนบุคคล สิทธิมนุษยชน สิทธิในความเป็นพลเมือง (เช่นการมีสิทธิเลือกตั้ง) ความรับผิดชอบในฐานะความเป็นพลเมืองและกิจกรรมต่างๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับชุมชนหรือรัฐบาล

คุณภาพชีวิตด้านต่างๆ ทั้ง 8 ด้านข้างต้น ได้ระบุถึงลักษณะตัวชี้วัด ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางหรือตัวแปรในการวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต โดยผู้วิจัยอาจเน้นเชิงวัดคุณวิสัยหรือเชิงอัตวิสัยตามความเหมาะสมของบริบทที่ศึกษาหรืออาจใช้แนวทางทั้ง 2 อย่างควบคู่ไปด้วยกันก็ได้ ชาลล็อกและเวอร์คูโก้ (Schalock and Verdugo, 2002 cited in Schalock, 2004 : 205-206) ได้สรุปและสังเคราะห์ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตจากงานวิจัยและบทความทางการศึกษา พบว่าปัจจัยหลักของคุณภาพชีวิตพิจารณาจาก 8 ปัจจัยหลัก คือ สภาพอารมณ์ที่ดี ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สภาพความเป็นอยู่ที่ดี การพัฒนาตนเอง สภาพทางร่างกายที่ดี การตัดสินใจด้วยตนเอง การรวมกลุ่มทางสังคม และสิทธิตามกฎหมาย โดยแต่ละปัจจัยหลักจะมีตัวชี้วัดย่อยเป็นองค์ประกอบ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังตาราง 2.2 ต่อไปนี้

ตาราง 2.2 แสดงปัจจัยหลักของคุณภาพชีวิต ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดย่อย

ปัจจัยหลักของคุณภาพชีวิต	ตัวชี้วัดหลัก	ตัวชี้วัดย่อย
สภาพอารมณ์ที่ดี	ความพอใจ อัตมโนทัศน์	ความพึงพอใจ , อารมณ์ และ ความสุข เอกลักษณ์ของตนเอง การยอมรับตนเอง การเห็นคุณค่าของตนเอง
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	การปราศจากความเครียด การมีปฏิสัมพันธ์	ความสามารถในการควบคุม ความสามารถในการพยากรณ์ เครือข่ายทางสังคม การติดต่อทางสังคม ครอบครัว เพื่อน
ความสัมพันธ์ ^๑ (ต่อ)	ญาติพี่น้อง/คนรู้จัก การให้ความช่วยเหลือ	ด้านอารมณ์ ด้านกายภาพ ด้าน การเงิน ด้านการตอบสนอง
สภาพความเป็นอยู่ที่ดี	สถานะทางการเงิน การจ้างงาน ที่พักอาศัย	รายได้ สวัสดิการที่ได้รับ งาน/อาชีพ สภาพแวดล้อมของงาน ลักษณะของที่พักอาศัย เจ้าของ
การพัฒนาตนเอง	การศึกษา สมรรถนะส่วนบุคคล การปฏิบัติ/การกระทำ	ความสำเร็จ สถานภาพ ความรู้ สังคม การปรับตัว ความสำเร็จ ผลสัมฤทธิ์ ผลิตภาพ
สภาพทางร่างกายที่ดี	สุขภาพ กิจกรรมประจำวัน เวลาว่าง	การปฏิบัติตน โรคภัย การออกกำลังกาย อาหาร ทักษะการดูแลตนเอง การเคลื่อนไหว งานอดิเรก สันทนาการ
สภาพทางร่างกายที่ดี	สุขภาพ	การปฏิบัติตน โรคภัย การออกกำลังกาย อาหาร

ตาราง 2.2 (ต่อ)

ปัจจัยหลักของคุณภาพชีวิต	ตัวชี้วัดหลัก	ตัวชี้วัดย่อย
สภาพทางร่างกายที่ดี (ต่อ)	กิจกรรมประจำวัน	ทักษะการดูแลตนเอง การเคลื่อนไหว
การตัดสินใจด้วยตนเอง	เวลาว่าง ความเป็นอิสระ/ การกำหนดด้วยตนเอง เป้าหมาย และค่านิยม ส่วนบุคคล ทางเลือก	งานอดิเรก สันทนาการ ความอิสระ/ไม่ขึ้นกับใคร ความต้องการ ความคาดหวัง อำนาจในการเลือก ความชอบ/ พอใจ
การรวมกลุ่มทางสังคม	การมีส่วนร่วมในกลุ่ม บทบาทที่อยู่ในกลุ่ม	ผู้บริจาค อาสาสมัคร
สิทธิตามกฎหมาย	ความเป็นมนุษย์ ความถูกต้องตามกฎหมาย	ความน่าเชื่อถือ เกียรติ ความเสมอภาค ความเป็นประชาชน การได้รับ สิทธิ กระบวนการตามกฎหมาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การวัดคุณภาพชีวิตของผู้คน ส่วนใหญ่จะมีคำถามว่าสิ่งใดมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตบ้าง สิ่งที่กำหนดในเรื่องดังกล่าวได้ถูกพิจารณาเป็นปัจจัยด้านวัตถุวิสัย (Objective factors) และปัจจัยด้านอัตวิสัย (Subjective factors) ซึ่งการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตในแง่ที่เป็นวัตถุวิสัย และอัตวิสัยนั้นมีข้อโต้แย้งมานานนับทศวรรษ กล่าวคือในแต่ละทศวรรษจะเน้นการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิต ในด้านที่ต่างกัน เช่นในปีคริสต์ศักราช 1980 นักวิจัยมุ่งศึกษาในเรื่องของการประเมินคุณภาพชีวิต และผลกระทบของแนวคิดการลดการพึ่งพาสถาบันที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต รวมถึงศึกษาผลกระทบของการวิจัยเชิงวัตถุวิสัย ต่อมาในปีคริสต์ศักราช 1990 งานวิจัยในช่วงทศวรรษนี้เน้นศึกษาในเรื่องของความสำคัญของการใช้อัตวิสัยในการศึกษาคุณภาพชีวิต นอกจากนี้

งานวิจัยในช่วงระยะเวลานี้ยังมุ่งศึกษาในเรื่องของอุปสรรคในการยอมรับความน่าเชื่อถือในการศึกษาเรื่องความพึงพอใจในชีวิตของประชากรกลุ่มตัวอย่างอีกด้วย (Beadle-Brown, Murphy and DiTerlizzi. 2008 : 380-390)

สำหรับรายละเอียดเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารทางวิชาการ และงานวิจัยจากนักการศึกษาในด้านปัจจัยหรือตัวแปรที่ใช้ ลักษณะของเครื่องมือและมาตรวัดที่ใช้ และการหาคุณภาพของเครื่องมือ ดังต่อไปนี้

โซโลมอน (Solomon. 1988 ; cited in Kutner et al. 1992 : 533-534) กล่าวว่า เครื่องมือที่ใช้วัดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเพื่อให้เข้าใจถึงสภาพ ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ โดยปกติจะกำหนดปัจจัยในการศึกษาด้านสุขภาพกาย จิตใจ สมอง พฤติกรรม สภาพอารมณ์ สถานะทางด้านเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงบทบาทหน้าที่ที่เป็นอยู่

เฟอร์เรนส์ และเพาเวอร์ส (Ferrans and Powers. 1998) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตในแง่ของความพึงพอใจในชีวิต โดยเครื่องมือดังกล่าวนี้จะวัดทั้งความพึงพอใจในชีวิต และลักษณะต่างๆ ที่มีความสำคัญต่อชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งจะมีการวัดคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านจิตใจ และด้านครอบครัว แบบวัดคุณภาพชีวิตดังกล่าวมีมาตรวัดเป็น 6 ระดับ ตั้งแต่สำคัญน้อยที่สุดจนถึงสำคัญมากที่สุดนี้ ตามแนวคิดของลิเกิร์ต มีการหาคุณภาพทั้งด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง และความเชื่อมั่น โดยค่าความเชื่อมั่นตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบักมีค่าอยู่ในช่วง 0.73 - 0.99 ที่สำคัญมีการแปลเป็นภาษาต่างๆ และนำไปใช้ในประเทศต่างๆ อย่างหลากหลาย เช่น จีน ไต้หวัน ไปรดุกเกส รัสเซีย ตุรกี และไทย

โฮกแมน และคณะ (Hoekman et al. 2001; cited in Puyenbroeck & Maes. 2009 : 25) ได้สร้างเครื่องมือสำหรับศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ประกอบด้วย 16 คำถาม โดยจะวัดความพึงพอใจในการรับรู้เกี่ยวกับตนเองของผู้สูงอายุที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น ด้านสุขภาพ กิจกรรมประจำวัน ทางเลือก ครอบครัว การทำงาน เพื่อนร่วมงาน ที่อยู่อาศัย สมาชิกที่อาศัยร่วมกัน และ เพื่อนบ้าน สำหรับมาตรวัดที่ใช้จะเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่พอใจอย่างยิ่ง ไม่พอใจ ไม่แน่ใจ พอใจ พอใจอย่างยิ่ง โดยมาตรวัดแต่ละระดับมีการกำหนดสัญลักษณ์ภาพขนาดเล็ก (small icon) สะท้อนถึงความรู้สึก กล่าวคือ ภาพแสดงความรู้สึกเศร้ามาก จนถึง ภาพแสดงความรู้สึกว่ามีความสุขมาก เครื่องมือดังกล่าวนี้มีค่าความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบักเท่ากับ 0.85

บุเทลโล แครรอกไค และคณะ (Butler & Ciarrochi. 2007 : 607-608) เสนอว่ามาตรวัดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตจำเป็นจะต้องวัดทั้งด้านวัตถุวิสัยและอัตวิสัย โดยการประเมินจะเน้นเกี่ยวกับสภาพต่างๆ ของชีวิต ได้แก่ สุขภาพ รายได้ อายุ สถานภาพการสมรส การรับรู้และจดจำเรื่องราวต่างๆ กิจกรรมที่ปฏิบัติ โดยสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองจากสภาพต่างๆ เหล่านี้

ซุกัส และมอคเควิกเซนย์ (Skucas & Mockeviciene. 2009 : 43) ที่กล่าวว่าคุณภาพชีวิตสามารถวัดและประเมินจากบริบทและการใช้ชีวิตของบุคคลนั้นๆ ซึ่งผลที่ได้จากการวัดจะเป็นการแสดงให้เห็นถึงการรับรู้ของตนเองในความเป็นอยู่ ซึ่งรวมถึงด้านกายภาพและสภาพจิตใจ

โธโมพอลเลา และคณะ (Thomopoulou et al. 2010 : 13-28) ได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิตที่เฟอร์เรนส์และเพาเวอร์ส พัฒนามาใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชาวกรีก โดยในงานวิจัยนี้พบว่าแบบวัดคุณภาพชีวิตที่นำมาใช้วัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชาวกรีก มีสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นรายด้านตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบักตั้งแต่ 0.749-0.881 โดยด้านสุขภาพร่างกาย ด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านจิตใจและด้านครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่นตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบักเท่ากับ 0.88 0.74 0.77 และ 0.76 ตามลำดับ

ซิน และคณะ (Sin et al. 2010 : 45) ได้ใช้แบบสัมภาษณ์ที่ให้ผู้สูงอายुरายงานตนเอง (self-report interview) เกี่ยวกับการรับรู้ถึงสุขภาพของตนเอง สำหรับข้อคำถามซึ่งมี 1 ข้อเป็นดังนี้ ท่านจะประเมินสุขภาพของท่านในภาพรวมในระดับใดต่อไปนี้ (How would you rate your overall health?) และให้ผู้สูงอายุเลือกตอบจากมาตรวัดที่เป็นแบบเรียงอันดับดังนี้ ไม่มี (1: poor) พอรับได้ (2: fair) ดี (3: good) หรือ ดีเยี่ยม (4: excellent) โดยที่แบบสัมภาษณ์ดังกล่าวนี้ใช้การวัดซ้ำในการหาค่าความเชื่อมั่น (test-retest reliability) ซึ่งผลที่เคยทำมาพบว่าอยู่ในระดับดีจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับเครื่องมือสำหรับการวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุข้างต้นสามารถสรุปได้ดังนี้

1) บัณฑิตหรือตัวแปรที่ศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือในการวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะเกี่ยวข้องกับตัวแปรที่เป็นวัตถุวิสัย และอัตวิสัย โดยศึกษาจากบัณฑิตหลัก 4 บัณฑิตดังต่อไปนี้ บัณฑิตด้านสุขภาพ ร่างกาย/สุขภาพจิต/จิตใจ บัณฑิตด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (เพื่อนบ้าน ญาติมิตร ครอบครัว ความโดดเดี่ยว การอยู่ในสังคม) และบัณฑิตด้านสภาพความเป็นอยู่ (ที่อยู่อาศัย การประกอบอาชีพ เศรษฐกิจ)

2) ลักษณะของแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะสร้างตามมาตรวัดของลิเกิร์ต ซึ่งมีทั้งที่เป็นแบบ 5 มาตรวัด

3) การหาคุณภาพของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของสูงอายุ จะหาคุณภาพด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีของครอนบัท หรือวิธีการวัดซ้ำ

กล่าวโดยสรุป จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เครื่องมือวัด และการประเมินผล ผู้วิจัยได้นำปัจจัยหลักในการวัดคุณภาพชีวิตมี 8 ด้าน ซึ่งแต่ละด้านจะมีตัวชี้วัดหลักและย่อย ซึ่งในงานวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ ครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ บีเคิล-บราวน์และคณะ (Beadle-Brown et al. 2008) และ ชาลล็อกและเวอร์คูโก้ (Schalock and Verdugo. 2002 cited in Schalock. 2004 : 205-206) มาประยุกต์และปรับใช้สำหรับการศึกษาคูณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพียง 7 ด้าน มีเพียงด้านสิทธิตามกฎหมายเท่านั้นที่ไม่ได้นำมาศึกษา ซึ่งจะเน้นการศึกษาไปที่โครงสร้างของคุณภาพชีวิตที่มีความเกี่ยวข้องกับด้านกายภาพสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านจิตใจ ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาตนเอง ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง และ ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ดังนั้นความหมายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้สรุปและกำหนดเป็นกรอบแนวคิดตัวแปรผลและให้ความหมายของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ว่าหมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล ซึ่งสามารถอธิบายได้ดีที่สุดจากความคาดหวัง ความต้องการ และความพึงพอใจที่ผู้สูงอายุแต่ละบุคคลได้รับ โดยกำหนดเครื่องมือวัด และการประเมินผล ที่จะวัดการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีองค์ประกอบเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสภาพแวดล้อม

บริบทที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์

ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์

ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 66 ล้านคน มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึง 9.6 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด ในระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา โครงสร้างอายุของประชากรไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ประชากรไทยกำลังสูงอายุขึ้นอย่างรวดเร็ว สาเหตุที่ทำให้ประชากรสูงอายุขึ้น ได้แก่ อัตราเกิดที่ลดลง และอายุของคนไทยที่ยืนยาวขึ้น ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ” (aged society) ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 จากการที่ประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดในอีกไม่เกิน 10 ปีข้างหน้า นับจากนี้ หรือราว พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (complete aged society)

เมื่อประชากรสูงอายุสูงถึงร้อยละ 20 และจะเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (super aged society) เมื่อประชากรสูงอายุเพิ่มสูงถึง ร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด ประมาณ พ.ศ. 2578

จังหวัดบุรีรัมย์ ในปี พ.ศ. 2558 มีประชากรทั้งหมด 1,564,897 คน มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 189,816 คน (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. 2558) มีรายได้ประชากรต่อคนต่อปี 52,862 บาท ซึ่งถือว่าเป็น 5 จังหวัด ที่มีรายได้ต่ำที่สุดในประเทศไทย ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพหลัก คือเกษตรกร มีวิถีชีวิตแบบชุมชนชนบท คิดเป็นร้อยละ 90 ที่เหลืออาศัยอยู่ในชุมชนเมือง ร้อยละ 10 จังหวัดบุรีรัมย์ มีวัฒนธรรมประเพณีที่แตกต่างกัน มีถิ่นที่อยู่ที่แตกต่างกันตามสภาพพื้นที่ ชุมชนเมืองและชุมชนชนบท

สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์

สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ มีสภาพคุณภาพชีวิตคล้ายคลึงกับปัญหาในระดับประเทศ กล่าวคือส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคทางร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 83.20 มีปัญหา ด้านสุขภาพจิตจากความวิตกกังวลในเรื่องต่างๆ เป็นร้อยละ 68.50 จากการศึกษาพบว่า บางโรคสามารถป้องกันได้ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น โรคที่เกี่ยวข้องกับกระดูกข้อและกล้ามเนื้อ ซึ่งพบในพื้นที่ค่อนข้างสูงกว่าโรคเรื้อรังอื่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและระดับของไขมันในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งเสี่ยงต่อการมีภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย โรคหลอดเลือด โรคหัวใจ ซึ่งเป็นสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง นอกจากนี้ปัญหาด้านสุขภาพแล้วยังมีปัญหามีลักษณะ คล้ายกับปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทย สรุปได้ดังนี้ (อรณพ ใจสำราญ และคณะ. 2553 : 1)

1) สภาพปัญหาด้านการดำเนินชีวิตดำรงชีพประจำวัน

สภาพปัญหาการดำเนินชีวิตดำรงชีพวันของผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ ไม่มีหลักประกันรายได้ ไม่มีสวัสดิการรองรับและมีแนวโน้มที่จะถูกทอดทิ้งให้อยู่ตัวคนเดียวมากขึ้น โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2558 จะมีกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องการญาติดูแลมากขึ้น ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงภาวะยากลำบากในการขาดคนดูแลด้านการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน จากการสำรวจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าการดำเนินชีวิตดำรงชีพวันของผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ ส่วนใหญ่มีหน้าที่เฝ้าบ้านและเลี้ยงหลาน ด้านความสามารถในการทำวัตรดำรงชีพวันพบว่าผู้สูงอายุสามารถอาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหารได้เอง ยกเว้นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเท่านั้นที่มีผู้ดูแล ด้านการออกกำลังกายพบว่าผู้สูงอายุคิดว่าไม่จำเป็นเนื่องจากการทำงานที่ค่อนข้างหนักในแต่ละวันถือเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว ด้านการใช้เวลาว่างพบว่าผู้สูงอายุมักจะนอนเล่น มีส่วนน้อยเท่านั้นที่สนใจข่าวสารบ้านเมือง ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุนิยมการดูโทรทัศน์และฟังวิทยุในเวลาว่าง ด้านกิจกรรมทางศาสนาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดื่กบาตรในตอนเช้าและมีบางส่วนที่ดื่กบาตรทุกวันและไปวัดเพื่อถวายอาหารเพล ฟังเทศน์ และถือศีลที่วัดในวันพระ

2) สภาพปัญหาด้านสุขภาพกาย

สภาพปัญหาด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมตามธรรมชาติ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยทั่วไป เช่น ผมหงอกและบางลง ศีรษะล้าน ผิวหนังเหี่ยวย่น ตกกระแหน้ง ฟันหลุดร่วง การเคลื่อนไหวร่างกายในส่วนต่าง ๆ ช้าลง และการเปลี่ยนแปลงขั้นทุติยภูมิจะเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นร่วมกับการสูงอายุ เช่น กล้ามเนื้อเอ็นกระดูกเสื่อม ข้อกระดูก ข้อต่อและข้อกระดูกเสื่อมและหมดความยืดหยุ่น ที่มีสาเหตุมาจากการดำเนินวิถีชีวิต บางอวัยวะเปลี่ยนแปลงช้าบางอวัยวะเปลี่ยนแปลงเร็ว ความต้านทานโรคลดลงจนทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมาง่ายขึ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ มีปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับข้อ ปัญหาเกี่ยวกับสายตาการนอนไม่หลับ และความดันโลหิตสูง

3) สภาพปัญหาด้านสุขภาพจิต

ผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์บางคนไม่สามารถปรับสภาพจิตใจและอารมณ์กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความซึมเศร้า วิตกกังวล และรู้สึกสิ้นหวัง ปัญหานี้คนส่วนใหญ่มักคิดว่าเป็นเพราะผู้สูงอายุเรียกร้องความสนใจ ความจริงแล้วอาการดังกล่าวเป็นภาวะการเจ็บป่วยทางใจ

จากการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า มีภาวะเจ็บป่วยทางด้านอารมณ์และจิตใจมากขึ้น ซึ่งอาการของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตจะส่งผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ และพฤติกรรม ดังนี้

(1) อาการทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง มีปัญหาในการนอน แขนขาชา ใจเต้นเร็ว เหนื่อยอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง

(2) อาการทางจิตใจ เช่น เกรียด กังวล ซึมเศร้า ท้อแท้ หมดหวัง สับสน พุ้งซ่าน เจริญ กลัว ระวัง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย คิดฆ่าตัวตาย

(3) อาการทางพฤติกรรม เช่น ซึม เฉยเมย กระสับกระส่ายไม่อยู่นิ่งก้าวร้าว พูดหรือยิ้มคนเดียว ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เดินเรื่อยเปื่อยไม่มีจุดหมาย คิดเปล่าดีดิด

4) สภาพปัญหาด้านสังคม

ผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ แต่ละคนล้วนมีปัญหาทางด้านสังคมแตกต่างกันออกไป ปัญหาด้านนี้มีผลมาจากปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ ความรู้สึก ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันเองที่ค่อยๆ ล้มหายตายจากไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรสหรือบุตรหลาน บทบาทและความรับผิดชอบทางสังคมของผู้สูงอายุเริ่มลดลงอันเนื่องมาจากข้อจำกัดของอายุ และสมรรถภาพด้านร่างกายที่เสื่อมถอย ทำให้เกิดความคับข้องใจทางสังคม เช่น การถูกปลดเกษียณอายุการทำงานต้องหยุดความรับผิดชอบต่างๆ ทั้งที่ความสูงอายุนั้น ไม่ได้หมายความว่า

เป็นผู้หมดสภาพในการทำงาน การหยุดความรับผิดชอบเป็นการลดบทบาททางสังคมซึ่งเป็นไปตาม ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) ที่เชื่อว่าบุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องปรับบทบาทของตน เปลี่ยนไปจากเดิม เช่นแต่เดิมเคยเป็นผู้นำในการดูแลครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนบทบาทมาเป็น ให้ครอบครัวดูแล อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุยังมีความต้องการด้านสังคมเช่นเดียวกับวัยอื่น ๆ เช่น ต้องการการยอมรับจากครอบครัวและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

5) ปัญหาด้านเศรษฐกิจ

ผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ ตามสภาพเศรษฐกิจของจังหวัดบุรีรัมย์ ถือว่าเป็น จังหวัดที่มีรายได้ประชากรต่ำสุดใน 5 จังหวัด ของประเทศไทย และตามสภาพวัยที่เกษียณอายุ การทำงานเนื่องจากการร่วงโรยของสังขารกล้ามเนื้อร่างกายที่เคยทรงพลังเริ่มเสื่อมถอยลง การที่จะ ทำงานใช้แรงงานความคล่องตัวเพื่อแลกกับเงินตราที่ลดน้อยถอยลงไป ทำให้รายได้ลดน้อยลง หรือไม่มีรายได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเชื่อตามกระแสทุนนิยมในยุคโลกาภิวัตน์ที่มุ่งเน้นผลผลิต ทางวัตถุ (Materialism) ในสังคมเมืองไม่ได้ให้ความสำคัญในการมองเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุไทย ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถประกอบอาชีพใดๆ ทำให้มีคุณภาพชีวิตทางด้านเศรษฐกิจ ของผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ไม่ดีพอ

จากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทั้งปัญหาด้านการดำเนินชีวิตดำรงชีพวัน ปัญหาด้านสุขภาพกาย ปัญหาด้านสุขภาพจิต ปัญหาด้านสังคม และปัญหาด้านเศรษฐกิจ ได้ส่งผล ต่อคุณภาพชีวิตและการดำเนินชีวิตในสังคมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยเห็นว่าสาเหตุของปัญหาต่างๆ ไม่ได้ เกิดจากผู้สูงอายุเองทั้งหมด แต่ส่วนหนึ่งเกิดจากครอบครัวบุตรหลานและสังคมที่ขาดความรู้ความ เข้าใจและมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องและไม่เข้าใจในสภาพการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ อารมณ์ของผู้สูงอายุทำให้เกิดปัญหานำไปสู่การปล่อยปละละเลยไม่สนใจใยดีและทอดทิ้งในที่สุด ดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ดังที่ผู้นำชุมชน และผู้นำองค์กร ในชุมชนมีความเห็นร่วมกันว่าการดูแลผู้สูงอายุที่ดี ควรมีครอบครัวที่อบอุ่น อาศัย อยู่ในชุมชนที่มีความเข้มแข็ง มีความรักความเอื้ออาทรช่วยเหลือซึ่งกันและกันมีหลักประกันรายได้ มีทุนทางสังคมเข้มแข็งมีภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สามารถถ่ายทอดให้ลูกหลานได้และใช้หลักธรรมะ นำพาชีวิตให้มีความสุข จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้สูงอายุเป็นประ โยชน์ในงานวิจัยครั้งนี้ เกี่ยวกับมูลเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุจากชุมชนเมือง และชุมชนชนบทในจังหวัดบุรีรัมย์ ใช้เป็นหน่วยวิเคราะห์ ผู้วิจัยนำไปใช้เป็นกรอบความรู้พื้นฐานหาสาเหตุของปัญหาผู้สูงอายุ เพื่อนำไปหารูปแบบที่เหมาะสมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เฮ็ททิว มินท์ และ โจสท์ สตีเฟน (Htwe & Jost. 2007 : 353-354) ศึกษาการรับรู้ความต้องการดูแลของผู้สูง อายุในประเทศสวีเดน โดยศึกษากับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่ต้องพึ่งพาบริการแพทย์ ไม่เคยได้รับการสนับสนุนจากสังคม อายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 12 คู่ ผลการวิจัยสะท้อนว่าผู้สูงอายุ ต้องการดูแลช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน ผู้สูงอายุจะพยายามดูแลและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีไปจนตลอดชีวิต พยายามอยู่ที่บ้านให้นานที่สุด เท่าที่จะทำได้ แต่ถ้าหากต้องการดูแลขั้นสูงจะใช้บริการสถานพยาบาล และกลัวการถูกทอดทิ้ง

โธโมพอลเลา และคณะ (Thomopoulou et al. 2010 : 13-28) ได้ศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับความแตกต่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และความโดดเดี่ยวหรือความว้าเหวของผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความแตกต่างในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามช่วงของอายุ และเพื่อศึกษาความ โดดเดี่ยวหรือความว้าเหวของผู้สูงอายุจำแนกตามช่วงของอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ผู้สูงอายุชาวกรีกจำนวน 180 คน ที่มีช่วงอายุตั้งแต่ 60 ปี ถึง 93 ปี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน แบบวัดคุณภาพชีวิตซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจ และด้านครอบครัว โดยแบบวัดคุณภาพชีวิตดังกล่าวมีมาตรวัดเป็น 6 ระดับตั้งแต่สำคัญน้อยที่สุดจนถึงสำคัญ ผลการศึกษาพบว่า

- 1) ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 120 คน และเป็นเพศหญิง 60 คน สามารถจำแนกเป็นช่วงอายุผู้สูงอายุได้เป็นอายุ 60-74 ปี จำนวน 100 คน และช่วงอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป จำนวน 80 คน สถานภาพสมรสจำนวน 118 คน หย่าร้าง 9 คน และเป็นม่าย 53 คน
- 2) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพศชายสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง
- 3) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-74 ปี สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป
- 4) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสมรสสูงกว่าผู้สูงอายุที่หย่าร้าง แต่ผู้สูงอายุที่หย่าร้างมีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นสถานภาพเป็นม่าย
- 5) ระดับความ โดดเดี่ยวหรือความว้าเหวของผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย
- 6) ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสซึ่งมีการติดต่อลูกหลานจะมีความ โดดเดี่ยวหรือความว้าเหวน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหย่าร้างและผู้สูงอายุที่มีสถานภาพเป็นม่าย นอกจากนี้ยังพบอีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีสถานภาพเป็นม่ายจะมีเจ็บปวดทางจิตใจในเรื่องความ โดดเดี่ยวหรือว้าเหวจากการสูญเสียคนที่รักอย่างเห็น ได้ชัด

เชน และคณะ (Chen et al. 2010 : 61-72) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุของคนจีนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 356 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจผู้สูงอายุเพศชายได้แก่อายุ การไม่เจ็บไข้ได้ป่วย การมีสถานะทางการเงินที่ดี การไม่ขัดแย้งกับผู้อื่น การมีลูกหลานเป็นเพื่อน และประสิทธิภาพของตนเอง ในขณะที่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุเพศหญิง ได้แก่ การไม่เจ็บไข้ได้ป่วย การไม่ขัดแย้งกับผู้อื่น การมีบทบาทในสังคม การทำกิจกรรมส่วนตัว และกิจกรรมกลุ่ม

โยงก์ และ เฮย์ (Young & Hayes. 2011 : 274-277) ศึกษาผลของการสนับสนุนของ ครอบครัวมีผลต่อคนวัยกลางคนและผู้สูงอายุอย่างไรในช่วงก่อนป่วยและหลังป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การศึกษาครั้งนี้สัมภาษณ์คนวัยกลางคนและผู้สูงอายุจำนวน 428 คน โดยใช้แบบสอบถามแบบมี โครงสร้างประเมินการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 18 ของกลุ่มตัวอย่าง ออกกำลังกายหลังป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มคนวัยกลางคนและผู้สูงอายุที่ไว้วางใจสมาชิก ในครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวไปเป็นเพื่อนจะออกกำลังกายมากขึ้น สรุปได้ว่าคนที่ได้รับการ สนับสนุนจากครอบครัวจะออกกำลังกายมากกว่าคนที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และคนวัยกลางคนที่มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคเรื้อรังได้

พจนนา ศรีเจริญ (2544) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใน สมาคมข้าราชการนอกระจำการ ในจังหวัดเลย โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาระดับ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสมาคมข้าราชการนอกระจำการ ในจังหวัดเลย และศึกษาปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ปัจจัยครอบครัวประกอบด้วย การอยู่กับครอบครัว จำนวนบุตร ปัจจัยเศรษฐกิจและสังคมประกอบด้วย การเข้าร่วมกิจกรรมทาง ศาสนา การเป็นสมาชิกกลุ่มในเวลาว่าง ตำแหน่งหน้าที่ ภาระหนี้สินและรายได้ ที่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสมาคมข้าราชการนอกระจำการจังหวัดเลย ผลการวิจัยระดับคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ต่าง ๆ กับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ การเป็นสมาชิกกลุ่ม กิจกรรมในเวลาว่าง ตำแหน่งหน้าที่ ภาระหนี้สินและรายได้ มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ ซึ่งผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า แนวทางสำคัญในการวางแผนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญในด้านการจัดการรายได้ โดยการส่งเสริมการประกอบอาชีพ ที่เหมาะสม และการจัดกิจกรรมในเวลาว่าง เช่น การเป็นวิทยากรในท้องถิ่นให้ความรู้ตาม ประสบการณ์ตามความถนัดในชุมชน รวมทั้งการส่งเสริมการใช้เวลาว่างอย่างเหมาะสม เช่น ไปเยี่ยมเพื่อน/ญาติ อ่านหนังสือ ทำอาหาร นอนพักผ่อน เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีคุณค่าแก่สังคม

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) ได้ทำการศึกษาหลักประกันเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุเกี่ยวกับระบบสวัสดิการและการดำเนินการสำหรับผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า เพื่อให้บรรลุในการนำไปสู่เป้าหมายคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ที่ตั้งอยู่บนเสาหลักที่สำคัญจำเป็นต้องมีหลักประกันวัยสูงอายุในมิติอื่นๆ ที่สำคัญ เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยสูงอายุ ดังนี้

- 1) หลักประกันด้านสุขภาพ
- 2) หลักประกันด้านการเงิน
- 3) หลักประกันด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม
- 4) หลักประกันด้านผู้ดูแล
- 5) หลักประกันด้านความปลอดภัยและสิทธิมนุษยชน
- 6) หลักประกันการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

มุกิตา พันภัยพาล สมพร เจริญชัยศรี และ ไพลิน นุกุลกิจ (2545) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการประสบความสำเร็จด้านสุขภาพองค์รวมในผู้สูงอายุชาวไทยจากกลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุ 8 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 325 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างประสบความสำเร็จในด้านสุขภาพองค์รวมร้อยละ 32 โดยประกอบไปด้วยด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้ในการศึกษายังพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในด้านสุขภาพองค์รวมได้แก่ สถานภาพสมรส การรับรู้เรื่องสุขภาพของตนเอง การมีบ้านอยู่ใกล้กับตลาด การไปวัด การได้รับการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากเจ้าหน้าที่ชมรมผู้สูงอายุ และบุคลากรทางการแพทย์

กนกกาญจน์ อุตส่าห์ (2547) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดกาญจนบุรี และเพื่อศึกษาความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดกาญจนบุรีต่อการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวม โดยสอบถามนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด นายกองค์การบริหารส่วนตำบล และนายกเทศมนตรีในจังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ในเรื่องของระดับความรู้ของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ส่วนในเรื่องของความพร้อมเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ เห็นว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวแทนการเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์อยู่ในระดับมาก

ประจัญ กิ่งมิ่งแส (2548) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.95 อายุเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ระหว่าง 70-74 ปี ในด้านการศึกษาจบระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 93.99 ส่วนสถานภาพสมรสยังอยู่เป็นคู่สามีภรรยา ร้อยละ 52.91 ส่วนใหญ่มีรายได้ ไม่นำมาส่วนการวัดระดับปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่วัดได้มีอยู่ในระดับสูง ประกอบ ด้วยปัจจัยพัฒนาสุขภาพด้านจิตใจ ปัจจัยพัฒนาค้นสังคม ปัจจัยด้านจัดระบบ บริการสุขภาพ ปัจจัยพัฒนาค้นร่างกาย ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคลและปัจจัย ชุมชน ซึ่งมีผลรวมค่าเฉลี่ย 3.99, 3.91, 3.84, 3.75, 3.70, 3.69 และ 3.60 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่วัดได้ ในระดับปานกลางคือ ปัจจัยการมีสุขภาพดี โดยมีผลรวมค่าเฉลี่ย 3.24 ผลการประเมินรูปแบบ การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุเป็นความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) ได้ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน กลุ่มตัวอย่างมาจากผู้สูงอายุจำนวน 316 ราย ครอบคลุมทุกภาคของประเทศ ผลการศึกษา พบว่า เครื่องหมายที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลมากที่สุดคือ ญาติ ครอบครัว ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในการ ดำเนินชีวิตทุกอย่าง ปัญหาที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวคือ ปัญหาด้านรายได้ ปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อการอยู่ของผู้สูงอายุในครอบครัว ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุ บทบาทของผู้ดูแล และภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ส่วนการดูแลผู้สูงอายุ โดยชุมชนนั้น ผู้นำชุมชนมีทัศนะว่าครอบครัวควรมีบทบาทสำคัญในการดูแล แต่ชุมชนควรมี หน้าที่จัดบริการให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ โดยเพิ่มบริการให้ทั่วถึงและเป็นรูปแบบที่เน้น การสงเคราะห์แบบให้เปล่า และยังได้พบกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาในการอยู่อาศัยในครอบครัว 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวที่ยากจน กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และ กลุ่มที่เป็นผู้ดูแลที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งทุกกลุ่มมีปัญหาด้านการเงินมากที่สุด การพัฒนาระบบการ ดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ ควรประกอบด้วย การกำหนดบทบาทความรับผิดชอบ ของสถาบันและองค์กรระดับต่างๆ ให้ชัดเจน มีระบบการสร้างความมั่นคงทางรายได้ ระบบบริการ ที่เพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุและครอบครัว ระบบบริการในสถาบันที่ขยายครอบคลุมปัญหาผู้สูงอายุ การมีผู้นำชุมชนที่มีจิตสำนึกด้านสวัสดิการและการมีระบบอาสาสมัครที่เข้มแข็ง

ระพีพรรณ คำหอม และคณะ (2549) ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อ ความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างระบบ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขต ชนบท เพื่อวิเคราะห์ข้อจำกัดด้านความสามารถของรัฐในการดูแลและจัดหาบริการสวัสดิการสังคม ให้แก่ผู้สูงอายุในเขตชนบท โดยใช้วิธีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยการศึกษากลุ่ม

ประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่มีภูมิลำเนาอยู่นอกเขตเทศบาล ซึ่งผลการศึกษาพบว่าในด้านข้อจำกัดของรัฐด้านความสามารถภาครัฐในการจัดและดูแลสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชนบท ได้แก่

- 1) ขาดผู้รับผิดชอบหลักและกลไกการดูแลระบบงานผู้สูงอายุในชุมชนที่ดี และการได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอ
- 2) พัฒนาคคนที่ทำงานด้านผู้สูงอายุทั้งในด้านองค์ความรู้ ทักษะ ทักษะคนดี
- 3) พัฒนาองค์กรที่ดำเนินงานด้านผู้สูงอายุให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ให้ได้รับการสนับสนุน ได้รับการพัฒนาเพื่อเพิ่มคุณภาพประสิทธิภาพ
- 4) สร้างกลไกความเคลื่อนไหวทางสังคม เพื่อขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุให้เป็นไปตามนโยบายที่มีอยู่ และเป็นความร่วมมือของชุมชนอย่างจริงจัง

และจากการวิจัยยังพบว่า ผู้สูงอายุที่รับเบี้ยยังชีพยังให้บริการเข้าไม่ถึงผู้เดือดร้อนจริงๆ ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีระบบการพิจารณา และกระบวนการจ่ายเบี้ยยังชีพอย่างเป็นธรรม

จกกลณี ศรีจักร โคตร (2550 : 1-2) ได้ศึกษาการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา ในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน ผลการศึกษา พบว่า ความหมายทางวัฒนธรรมในมุมมองของสังคมต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ผู้เป็นเสาหลักของชุมชน ซึ่งหมายถึงการที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ค้ำชู ทั้งการค้ำชูศาสนา ค้ำชูพิธีกรรม และค้ำชูชุมชน เป็นที่พึ่งพิงทางกาย ทางใจและทางเศรษฐกิจ เป็นแนวในการดำเนินชีวิต ภูมิปัญญา เป็นผู้ที่มีพระคุณ หมายถึง เป็นผู้เลี้ยงดูอุ้มชูบุตร อบรมสั่งสอน และให้มูลมรดก การปฏิบัติของชุมชนต่อผู้สูงอายุ จากมุมมองทางสังคมมองผู้สูงอายุทำให้บุตรหลานและชุมชนปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ 3 ลักษณะ ได้แก่ การปฏิบัติแบบเคารพยกย่อง โดยให้ความเคารพด้วย การเลี้ยงดู การเยี่ยมเยียน การให้ข้าวของเงินทองและเบี้ยยังชีพ การเชิญให้เข้าร่วมกิจกรรม การปฏิบัติ แบบกตัญญูรู้คุณ โดยเลี้ยงดูแบบตอบแทนพระคุณให้สุขสบาย ให้ความเคารพ เชื้อพียง ให้ทำกิจกรรม ที่ชอบและดูแลยามเจ็บป่วยและการปฏิบัติแบบตามบุญตามกรรม ได้แก่ การไม่เคารพและไม่เชื่อฟัง เลี้ยงดูตามหน้าที่หรือใช้เงินเลี้ยง ไม่ให้เงินทองใช้และเบียดเบียนทรัพย์สินของผู้สูงอายุ และไม่ดูแล ยามเจ็บป่วย ปัจจัยเงื่อนไขที่มีผลต่อการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุมี 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล หมายถึง ตัวผู้สูงอายุเองเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ คุณธรรมของผู้สูงอายุ บทบาทของผู้สูงอายุ ในสังคม ทรัพย์สิน และรายได้ของผู้สูงอายุ ความเชื่อเรื่องบุญกรรมของผู้สูงอายุ ระดับครอบครัว คือการอยู่อาศัยของบุตรหลาน สัมพันธภาพภายในครอบครัว ระดับชุมชนคือ การเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุและเครือข่ายในชุมชน

ปานชีวา ณ หนองคาย (2551) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุดรธานี ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็น ผู้สูงอายุ จากบ้านเช่า ตำบลเมืองเพีย อำเภอภูจุกชัย จังหวัดอุดรธานี จำนวน 60 คน การวิเคราะห์ ข้อมูล ด้วยค่า ร้อยละ Paired t-test, F-test (One-way ANCOVA) ข้อค้นพบ ในการพัฒนารูปแบบ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วยกลุ่มสัมพันธ์และตรวจสุขภาพ การตระหนักถึงสภาวะสุขภาพ การสะท้อนวงเวียนชีวิต ตลาด น้ดอาหาร การออกกำลังกายและการเรียนรู้อย่างสนุกสนาน

สิงหา จันทริย์วงษ์ (2551) ได้ศึกษาพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุในชนบทโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพและวิเคราะห์ องค์ประกอบเกี่ยวกับคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท และสังเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในชนบทเพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ผลการวิจัยพบว่า

1) องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทของไทยเกี่ยวข้องกับ องค์ประกอบ 2 ประการคือ องค์ประกอบภายในเป็นผลจากความเสื่อมทางร่างกายที่ส่งผลต่อ สุขภาพจิตและพฤติกรรมส่วนตัวและสังคม ซึ่งอธิบายได้ด้วยทฤษฎีผู้สูงอายุ และองค์ประกอบ ภายนอกเกี่ยวข้องกับภารกิจทางเศรษฐกิจ เพื่อการดำรงชีพขั้นพื้นฐานในสังคมวัฒนธรรมยุค โลกาภิวัตน์ที่เปลี่ยนแปลงก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้สูงอายุอย่างหลากหลาย

2) การสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทโดยใช้ครอบครัว เป็นศูนย์กลาง ได้รูปแบบซึ่งประกอบด้วย ยุทธศาสตร์การพัฒนา 5 ด้าน คือ การเตรียมความพร้อม การส่งเสริมโดยครอบครัว ระบบคุ้มครองสวัสดิการ โดยครอบครัว การพัฒนาบุคลากรด้าน ครอบครัว การจัดการความรู้และการวิจัยโดยครอบครัว ซึ่งรูปแบบดังกล่าวนี้ ได้รับการตรวจสอบ จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านสูงอายุและครอบครัว รวมทั้งได้รับการยอมรับและ ความพึงพอใจจากกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ดูแลใกล้ชิดผู้สูงอายุและผู้นำชุมชน อยู่ในเกณฑ์ดี

ชนิตา สุ่มมาตย์ (2551) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยองค์กรชุมชนในภาคอีสาน ผลการวิจัยพบว่า ความเป็นมาของการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยองค์กรชุมชนในภาคอีสานเป็นสังคมที่มีวัฒนธรรมการดูแลซึ่งกันและกันแบบเครือญาติ เป็นครอบครัวใหญ่ขยาย มีปู่ย่า ตายาย รู้จักกันเื่อเพื่อเผื่อแผ่กันเป็นอย่างดี เมื่อเจ็บป่วยไปมาหาสู่ กัน ตามทุกข์สุขกัน ผู้สูงอายุมีหลายบทบาทหน้าที่ และได้รับการยอมรับจากสังคม มีชีวิต ความเป็นอยู่แบบเรียบง่าย เศรษฐกิจพอเพียงทำให้สังคมสงบสุข สภาพปัจจุบันและปัญหา การจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยภาครัฐและองค์กรชุมชนในภาคอีสาน ปัจจุบันสังคมเปลี่ยนไป

มีเทคโนโลยีที่ทันสมัย สังคมการเมืองเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีความเจริญทางคมนาคมทางการศึกษา ชุมชนรับเอาวัฒนธรรมต่างถิ่นเข้ามามาก ความเป็นอยู่ในชุมชนจึงเปลี่ยนไป การใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย คนในชุมชนออกไปทำงานนอกบ้านหรือย้ายถิ่นฐานไปอยู่ที่อื่น ทิ้งให้พ่อแม่อยู่เฝ้าบ้าน บางครอบครัวทิ้งลูกเล็กๆ ให้พ่อแม่ดูแล สภาพสังคมเปลี่ยนแปลงไปต่างคนต่างอยู่ ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยว การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยองค์กรชุมชนในภาคอีสาน ดำเนินการ โดยพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน โดยเฉพาะผู้นำชุมชน ต้องเป็นผู้นำที่มีความเข้มแข็งมุ่งมั่น จริงใจ ยุติธรรม มีความรู้ความสามารถในการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการร่วมมือของคนในชุมชน การพัฒนาให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน เพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

สรุปผล ชยภพ (2552) ศึกษาประวัติความเป็นมาของวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สภาพการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุและศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า มีวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มิติเวลา 4 ยุค คือ ยุคก่อตั้งชุมชน ยุคชุมชน ยุคสถานีอนามัยและยุคพัฒนา ซึ่งลักษณะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 4 ยุคมีลักษณะร่วมกัน คือ ยุคก่อตั้งชุมชนและยุคชุมชนผู้สูงอายุพึ่งตนเองและเครือญาติกับพึงธรรมชาติ ดูแลสุขภาพด้วยยาสมุนไพร ยุคสถานีอนามัยและยุคพัฒนาผู้สูงอายุพึ่งตนเองและรัฐ และมีลักษณะวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแตกต่างกัน คือ ยุคพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีข้อขัดแย้ง บุตรหลานทอดทิ้งผู้สูงอายุ และพึงรัฐสวัสดิการที่ไม่ทั่วถึง สภาพการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบัน พบว่า ผู้สูงอายุมีการดำรงชีวิตแตกต่างกันหลายด้าน ในด้านการศึกษาผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ด้านเศรษฐกิจผู้สูงอายุจำนวนมากพึ่งเศรษฐกิจแบบทุนนิยมและรัฐสวัสดิการ ไม่ได้เตรียมตัวเพื่อการออมไว้ใช้ในอนาคตข้างหน้า ด้านการสื่อสารพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สื่อโทรศัพท์พูดคุยกับบุตรหลานและญาติพี่น้อง นอกจากนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาไม่ใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต การเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจเกี่ยวกับรายได้ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน ด้านสังคม ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งและปัญหาสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยส่วนการดูแลในด้านสุขภาพ เน้นการมีส่วนร่วมระหว่างบุคคลในครอบครัว คนในชุมชน และเจ้าหน้าที่รัฐ องค์กรเอกชน ชุมชน มีปฏิสัมพันธ์กับทุนทางสังคมที่เกิดจากปัจจัยภายนอก คือ รัฐ องค์กรเอกชน ประสานความร่วมมือซึ่งกันและกันเป็นเครือข่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบพหุภาคี

วันเพ็ญ ปันราช (2552) ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และใช้กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลในระดับพื้นที่ในชุมชนชนบท โดยใช้แบบสำรวจของบาร์เทล Bathel ADL Index Survey เป็นเครื่องมือในการสร้างความคุ้นเคยกับ ประชาชน และสังเกตการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษาวิจัย ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วยผู้สูงอายุจำนวน 140 คน ผู้นำชุมชนจำนวน 11 คน สมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน เจ้าหน้าที่ ศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวน 4 คนและเจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครอง ส่วนชุมชน จำนวน 5 คน ผลการศึกษาโดยแบ่งผู้สูงอายุเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางเรื่องและต้องพึ่งพาบางเรื่อง 3) กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ 4) กลุ่มผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้ดูแล สำหรับด้านปัญหาและความต้องการ ดูแลของผู้สูงอายุประกอบด้วยปัญหาภาวะสุขภาพกายและการเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหา ความยากจนไม่มีรายได้ และปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวและการได้รับการยอมรับจากสังคม ควรมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในหมู่บ้าน โดยมีครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักให้การดูแล ผู้สูงอายุ

กฤษณพันธ์ เพ็งศรี (2553) ได้ศึกษารูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบ มีส่วนร่วม สำหรับผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ผลการสร้างรูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ ขั้นการมีส่วนร่วมวางแผน ขั้นเตรียม การจัดกิจกรรม การเรียนรู้ ขั้นการออกแบบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ขั้นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ และขั้นการ ประเมินผลการเรียนรู้ ผลการประเมินรูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับ ผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอโยธยาและผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบท ตำบลขวัญเมือง มีการปฏิบัติกิจกรรมกลุ่ม ได้แก่ กระบวนการวางแผน การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ การปฏิบัติ ตามขั้นตอน การประเมินชิ้นงาน การตรงต่อเวลา และการรายงานผล มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป และผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเทศบาลเมืองอโยธยา และที่อยู่ในชนบทตำบลขวัญเมือง มีความ พึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุในระดับมากที่สุด

ชนะ โชค คำวัน (2553) ได้ศึกษาแนวทางการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของ องค์กรบริหารส่วนตำบลปลาปาก จังหวัดนครพนม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาแนวทางสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์กรบริหารส่วนตำบล ปลาปาก ทำการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือระยะที่ 1 ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์กรบริหาร ส่วนตำบลปลาปาก จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 213 คน ระยะที่ 2 ศึกษาแนวทางการสร้างเสริม คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์กรบริหารส่วนตำบลปลาปาก ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุและเป็น

ผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลปลาปาก มีคุณภาพชีวิตไม่ว่าจะเป็นในภาพรวม หรือรายด้าน ซึ่งประกอบด้วยด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนแนวทางการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มี 4 แนวทาง ได้แก่ แนวทางการมีส่วนร่วมของครอบครัว แนวทางการพัฒนาด้านจิตใจ แนวทางการช่วยเหลือกรณีการเจ็บป่วย แนวทางการส่งเสริมรายได้ และแนวทางการจัดสวัสดิการสังคมเพื่อการดำรงชีพของผู้สูงอายุ

ศิรินุช ฉายแสง (2553) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดอำนาจเจริญ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในกลุ่มปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) วิเคราะห์ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และ 3) สร้างสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน ผลการวิจัยพบว่า

1) ปัจจัยทางชีวสังคม 5 ตัวแปร กลุ่มปัจจัยนำ 6 ตัวแปร กลุ่มปัจจัยเอื้อ 2 ตัวแปร และปัจจัยเสริม 2 ตัวแปร รวม 15 ตัวแปร มีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2) ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีทั้งหมด 6 ตัวแปร ได้แก่ ความเชื่อ ความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การได้รับแรงสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและชาวบ้าน การรับรู้ประโยชน์ของการมีคุณภาพชีวิตดี อาชีพหลัก และการได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสถานภาพ โดยตัวแปรพยากรณ์ทั้งหมดนี้สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ร้อยละ 54.6 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ .387

สุพัฒน์ จำปาหวาย (2554) ได้ศึกษาการพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ผลการศึกษาได้ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมือองค์ประกอบ คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น องค์การภาครัฐประกอบด้วย สถานบริการด้านสุขภาพ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์โดยขับเคลื่อนความคิดของผู้สูง อายุสู่การปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นกิจกรรมที่เหมาะสมแต่ละบุคคล ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านกิจกรรมดำรงชีพวัน ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อมด้านสังคม ดีขึ้น คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาพรวมทั้ง 6 ด้านดีขึ้น และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ เชิงสถิติกับการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ ส่วนปัจจัยด้านการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์เชิงสถิติกับการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ

เศรษฐวัฒน์ โชควรรกุล (2554) ศึกษานโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใช้วิธีเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยตรงกับนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับรางวัลการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี เชิงปริมาณเก็บข้อมูลจากนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลการวิเคราะห์พบว่าเป็นไปตามกรอบการวิเคราะห์สามกระแส ได้แก่ กระแสการเมือง กระแสตัวปัญหา กระแสนโยบาย ส่วนปัจจัยต่อความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ ภาวะผู้นำ ทรัพยากร การบริหารจัดการ ความต้องการของผู้สูงอายุ ความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนเอกสาร วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ทำการสังเคราะห์แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สถานการณ์ สภาพปัญหา และแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย บริบทที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่แตกต่างกันและ สอดคล้องหรือเป็นไปในทิศทางเดียวกัน หลากหลายประเด็น ซึ่งมีกระบวนการที่แตกต่างกันออกไปตามบริบทของการศึกษาและบริบทของชุมชน ผู้วิจัยจึงนำผลการสังเคราะห์จากการทบทวนเอกสาร วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาประยุกต์ใช้ และกำหนดเป็นตัวแปรปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยตามลำดับต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดกรอบแนวคิด รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ ได้นำแนวคิดองค์ประกอบคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group. 1996 : 6-7) ที่ได้มีการจัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตใหม่ โดยรวมบางองค์ประกอบเข้าด้วยกัน คือ ด้านร่างกายกับระดับความเป็นอิสระเข้าด้วยกัน และด้านจิตใจกับด้าน จิตวิญญาณ เป็น 4 องค์ประกอบ คือ 1) องค์ประกอบ ร่างกาย 2) องค์ประกอบด้านจิตใจ 3) องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) องค์ประกอบด้านสภาพแวดล้อม ประกอบกับนำแนวคิดตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของ บีเคิล-บราวน์และคณะ (Beadle-Brown et al. 2008) และ ชาลล็อกและเวอร์คูโก้ (Schallock & Verdugo. 2002 ; cited in Schallock. 2004 : 205-206) มาประยุกต์และปรับใช้สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งจะเน้นการศึกษาไปที่โครงสร้างของคุณภาพชีวิตที่มีความเกี่ยวข้องกับด้านกายภาพสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านจิตใจ ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาตนเอง ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง และ ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม

มากำหนดเป็นองค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นตัวแปรผล วัดระดับการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งมีองค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ ปรากฏผลการวิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ความหมาย สาระสำคัญในการวัดตัวแปรผล ดังแสดงในตาราง 2.3

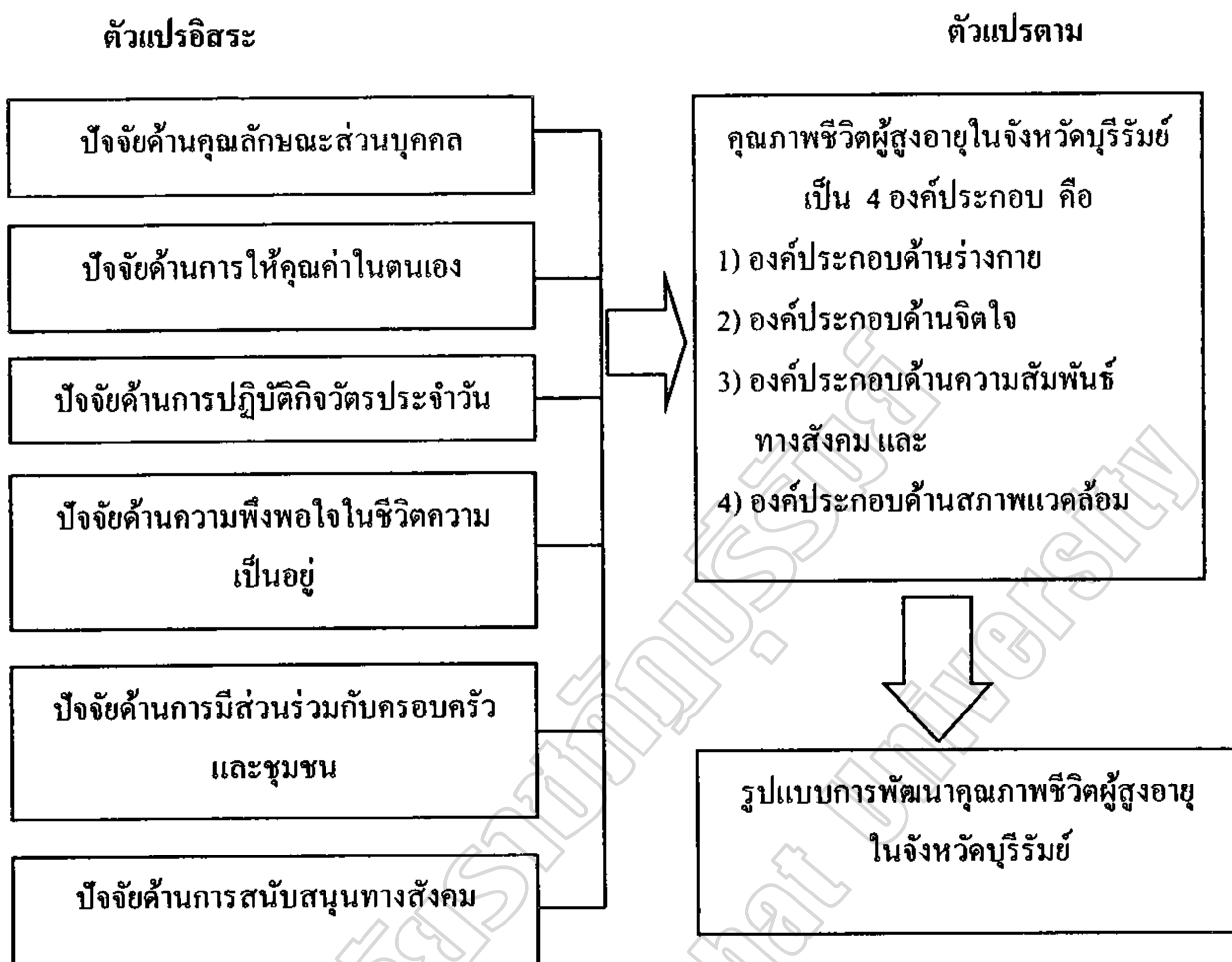
ตาราง 2.3 องค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ความหมาย สาระสำคัญในการวัดตัวแปรผลในการวิจัยเรื่องรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

องค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ความหมาย	สาระสำคัญการวัดตัวแปรผล
1. ด้านสุขภาพกาย	การสนองความต้องการให้มีความสมบูรณ์ด้านร่างกาย มีความเป็นอยู่สุขสบาย มีโภชนาการที่ดีได้รับการตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย การพักผ่อนหลับนอนที่เหมาะสม สามารถที่จะดำรงชีวิตวันได้ด้วยตนเองหรือพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด	1. โภชนาการ 2. การตรวจสุขภาพ 3. การออกกำลังกาย 4. การพักผ่อน 5. การพึ่งตนเอง
2. ด้านจิตใจ	การสนองความต้องการในด้านความคิด ความเชื่อ ให้มีความสบายใจ เช่น การพึ่งพุทธศาสนา เพื่อความสุขสงบ การลดความวิตกกังวล และตระหนักถึงความเปลี่ยนแปลงของสิ่งต่าง ๆ ด้วยความมีสติ เช่น ความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา	1. การพึ่งพุทธศาสนา 2. การจัดการความเครียด 3. การยอมรับการเปลี่ยนแปลง
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	การสนองความต้องการในด้านความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น ได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยการสร้างเครือข่าย หรือชมรม เพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยการสนับสนุนของชุมชน ทำให้รู้สึกว่ามีผู้อื่นเห็นคุณค่าของตนและให้เกียรติ	1. ร่วมกิจกรรมของชุมชน 2. เครือข่าย/ ชมรม 3. การสนับสนุนของชุมชน 4. เห็นคุณค่าให้เกียรติ

ตาราง 2.3 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ความหมาย	สาระสำคัญ การวัดตัวแปรผล
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ		
4. ด้านสภาพแวดล้อม	การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่นการรับรู้ความรู้/ข้อมูล ข่าวสาร การช่วยเหลือหรือให้สิ่งของหรือผลประโยชน์ต่างๆ การอำนวยความสะดวกให้เข้าถึงบริการ และได้รับโอกาสฝึกปฏิบัติทักษะหรือเข้าร่วมกิจกรรม สันทนาการต่างๆ ตามความเหมาะสม	1. ให้ความรู้/ข้อมูล ข่าวสาร 2. ช่วยเหลือหรือให้สิ่งของใจ 3. อำนวยความสะดวก 4. นันทนาการ/งานอดิเรก

จากแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับเกี่ยวกับผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สถานการณ์ สภาพปัญหา และแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย และบริบทที่เกี่ยวข้องกับบริบทที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ รวมทั้งวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังที่ได้นำเสนอมาแล้วทั้งหมดนี้ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสร้างสมมติฐานความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ส่งผลกระทบต่อสภาพของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 6 ปัจจัย คือ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล 2) ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง 3) ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน 4) ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ 5) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน และ 6) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ วัตถุประสงค์การวิจัยเกี่ยวกับสภาพของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแต่ละบุคคล จากความคาดหวัง ความต้องการ และความพึงพอใจที่ผู้สูงอายุ แต่ละบุคคลได้รับ แล้วสร้างเป็นรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อหาข้อค้นพบในการตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแสดงในภาพประกอบ 2.2



ภาพประกอบ 2.2 กรอบแนวคิดในการวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
ในจังหวัดบุรีรัมย์

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัย เรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ ครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) โดยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ซึ่ง ผู้วิจัย ได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัย เป็น 3 ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาสภาพของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ กำหนดระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมาย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ กำหนดระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล
6. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

การวิจัยระยะที่ 3 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ กำหนดระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมาย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล
5. การสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

การวิจัยระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาสภาพ ของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

1. กลุ่มเป้าหมาย

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้นำชุมชน 5 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 12 คน พระ 3 รูป ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 คน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นักพัฒนาชุมชน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 คน ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 40 คน เพื่อให้ข้อมูลสำคัญ (Key Information) เกี่ยวกับสภาพของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ใช้วิธีการเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ระยะที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์เจาะลึกแบบมีโครงสร้าง (Structure In-Depth Interview) ผู้วิจัยศึกษาได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบทการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แล้วนำมากำหนดประเด็นเพื่อสร้างเป็นแบบสัมภาษณ์เจาะลึกแบบมีโครงสร้าง (Structure In-Depth Interview) เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มเป้าหมาย กำหนดโครงสร้างแบบสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็น ดังต่อไปนี้

2.1.1 ประเด็นสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแล มีโรคประจำตัว และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกาย และการออกกำลังกายของผู้สูงอายุประจำวัน

2.1.2 สภาพความเป็นอยู่ในครอบครัว ค่าใช้จ่ายประจำวันและการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว และ ลักษณะที่อยู่อาศัย

2.1.3 ลักษณะการมีส่วนร่วมและการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุกับครอบครัว และในชุมชน/หมู่บ้าน

2.1.4 การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความช่วยเหลือ หรือการจัดสวัสดิการต่างๆ การอำนวยความสะดวกจากภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรภาคเอกชน ให้แก่ผู้สูงอายุ

2.1.5 สภาพอากาศสิ่งแวดล้อม หรือสิ่งรบกวนต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ในครอบครัวและชุมชน หรือสภาพปัญหาในครอบครัวของผู้สูงอายุ

2.1.6 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในครอบครัวและชุมชน

2.2 การหาคุณภาพของเครื่องมือวัดในการวิจัยเชิงคุณภาพ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดวิธีการตรวจสอบเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ เพื่อตอบคำถามตามความมุ่งหมายโดยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า เพื่อพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มานั้นมีความถูกต้องหรือไม่ โดยทำการตรวจสอบจากแหล่งที่มาของข้อมูล เวลา สถานที่ และบุคคลให้ครบทั้ง 3 ด้าน เพื่อเป็นการยืนยัน (บุปผาศิริรัมย์, 2548) ดังต่อไปนี้

2.2.1 แหล่งเวลา โดยการนำข้อมูลที่ไปสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ นายกองค์กรปกครองท้องถิ่น ปลัดองค์กรปกครองท้องถิ่น นักพัฒนาชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท ในเวลาที่แตกต่างกันมาตรวจสอบและเปรียบเทียบผลว่าข้อมูลแต่ละส่วนที่ได้รับจากการรวบรวม จะมีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร

2.2.2 แหล่งสถานที่ โดยการนำข้อมูลที่ได้รับการรวบรวม ณ สถานที่ที่ต่างกันมาทำการตรวจสอบและเปรียบเทียบผลว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร

2.2.3 แหล่งบุคคล โดยการนำข้อมูลที่ได้รับมาจากการรวบรวมมาทำการศึกษาและเปรียบเทียบว่าเมื่อนำข้อมูลดังกล่าวไปทำการรวบรวมโดยการเปลี่ยนผู้ให้ข้อมูลเป็นคนอื่นไม่ซ้ำกัน ข้อมูลที่ได้จะเป็นอย่างไร

ผลจากการตรวจสอบข้อมูล ทำให้ผู้วิจัยสามารถรวบรวม วิเคราะห์ และสรุปผลของข้อมูลการวิจัยได้ชัดเจนและสอดคล้องกับความมุ่งหมายของการวิจัย

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานขอความอนุเคราะห์ และขอความร่วมมือเลือกกลุ่มเป้าหมาย ผู้ให้ข้อมูล (Key Information) ตามแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง (Structure In-Depth Interview) โดยโทรศัพท์พร้อมทั้งเข้าประสานงานด้วยตนเองเลือกเวลาที่เหมาะสมและนัดหมาย แล้วเข้าไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์จนครบตามกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 40 คน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน นายกองค์กรปกครองท้องถิ่น ปลัดองค์กรปกครองท้องถิ่น นักพัฒนาชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นำมาจัดทำเป็นแนวทางการวิเคราะห์ ดังนี้

4.1 การวิเคราะห์เนื้อหา เป็นการจัดประเภทเนื้อหาสาระที่ใกล้เคียงกันไว้ด้วยกัน โดยสรุปและสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากคำถามปลายเปิด

4.2 การเทียบรูปแบบ เป็นการสร้างรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ จากแนวคิดทฤษฎีหลักการและผลงานวิจัยที่เคยมีมาก่อนแล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาเปรียบเทียบกับรูปแบบที่สร้างไว้ตามทฤษฎีว่ามีความสอดคล้องหรือแตกต่างกันอย่างไร

4.3 การสร้างคำอธิบาย เป็นวิธีการที่เป็นส่วนขยายของการเทียบรูปแบบโดยการเสนอคำอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างตัวแปรที่มีความซับซ้อน จากนั้นจึงทดสอบยืนยันคำอธิบายที่สร้าง โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์มาสนับสนุน

4.4 การวิเคราะห์ตามช่วงเวลา เป็นการศึกษาการเปลี่ยนแปลงลักษณะของตัวแปร หรือเหตุการณ์ตามช่วงเวลา

4.5 การวิเคราะห์ข้อมูล จากการสัมภาษณ์ (Interview) ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) พรรณนารายละเอียด ความคิด หาความหมาย และอธิบายความ โดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic Induction) และ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) และ ค่าร้อยละ (Percentage)

4.6 การสังเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ที่ได้จากบทสัมภาษณ์ จากกลุ่มเป้าหมาย นำมาตีความเทียบเคียงกับบริบทของการวิจัย และสรุปสาระสำคัญ แล้วนำประเด็นที่สรุปสาระสำคัญปรับความเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดการวิจัยและกำหนดเป็นสมมติฐานเชิงปฏิบัติการเพื่อทดสอบสมมติฐานในการวิจัยเชิงปริมาณต่อไป

การวิจัยระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เพื่อศึกษาระดับ

คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ในจังหวัดบุรีรัมย์

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร การวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลและเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ทั้ง 23 อำเภอ ในจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 189,816 คน (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. 2558) ปราบกฏตั้งตาราง 3.1

ตาราง 3.1 จำนวนประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ จำแนกรายอำเภอ ในเขตเทศบาลและเขตองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)

อำเภอ	จำนวนประชากรผู้สูงอายุ(คน)		รวมจำนวนประชากร
	เขตเทศบาล	เขต อบต.	
1. เมือง	8,434	16,875	25,309
2. นางรอง	3,007	11,977	14,984
3. ประโคนชัย	3,818	12,073	15,891
4. พุทไธสง	612	5,969	6,581
5. ลำปลายมาศ	2,151	17,177	19,328
6. สตึก	3,430	9,656	13,086
7. กระสัง	4,408	8,183	12,591
8. ละหานทราย	6,002	1,626	7,628
9. บ้านกรวด	5,197	2,912	8,109
10. คูเมือง	809	7,184	7,993
11. หนองกี่	2,551	5,253	7,804
12. ปะคำ	920	4,229	5,149
13. หนองหงส์	1,632	3,930	5,562
14. นาโพธิ์	579	3,968	4,547
15. พลับพลาชัย	1,840	2,861	4,701
16. ห้วยราช	1,489	3,163	4,652
17. โนนสุวรรณ	700	1,728	2,428
18. ชำนิ	1,315	2,784	4,099
19. โนนดินแดง	1,029	1,788	2,817
20. เฉลิมพระเกียรติ	3,623	2,010	5,633

ตาราง 3.1 (ต่อ)

อำเภอ	จำนวนประชากรผู้สูงอายุ(คน)		รวมจำนวนประชากร
	เขตเทศบาล	เขต อบต.	
21. บ้านใหม่ไชยพจน์	531	3,120	3,651
22. บ้านด่าน	1,422	2,465	3,887
23. แคนดง	567	2,819	3,386
รวม	56,066	133,750	189,816

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลและเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ทั้ง 23 อำเภอ ในจังหวัดบุรีรัมย์ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างและสุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.2.1 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ที่เหมาะสมจาก ผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ ทั้งหมด จำนวน 189,816 คน โดยใช้สูตรการคำนวณของ ทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane. 1973 : 727) ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ ในที่นี้กำหนดไว้ที่ .05

แทนค่าในสูตรได้ดังนี้

$$n = \frac{189,816}{1 + 189,816(0.05)^2}$$

$$= 399.16$$

$$= 400$$

จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการใชสูตร ทาโร ยามาเน่ ดังกล่าว ได้หน่วยตัวอย่างประมาณ 399.16 ตัวอย่าง และเพื่อให้เป็นตัวเลขจำนวนเต็มที่ย่อยต่อการจำแนก ผู้วิจัย

ได้พิเศษเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนเต็ม จึงกำหนดเป็นหน่วยตัวอย่าง 400 คน และเพื่อให้การกระจายข้อมูลของหน่วยตัวอย่าง ผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ จึงใช้สูตรในการคำนวณสัดส่วนหน่วยตัวอย่าง ผู้สูงอายุ จากทุกอำเภอ ทั้งในเขตเทศบาลและเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ในจังหวัดบุรีรัมย์ ดังนี้

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอ} = \frac{\text{จำนวนประชากรของแต่ละอำเภอนั้นๆ} \times 400}{189,816}$$

1.2.2 วิธีการสุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสุ่มแบบระดับชั้น (Stratified Random Sampling) ซึ่งเป็น การสุ่มตัวอย่างโดยการแบ่งประชากรออกเป็นกลุ่มย่อยๆ เรียกว่า ระดับชั้นหรือชั้นภูมิ แล้วสุ่มหน่วยตัวอย่างจากทุกระดับชั้น โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เอาหน่วยตัวอย่างจากแต่ละกลุ่มระดับชั้นตามจำนวนสัดส่วนที่กำหนดตามตัวอย่างในแต่ละอำเภอ ทั้งในเขตเทศบาลและเขตองค์การบริหารส่วนตำบล

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยจะใช้การจับสลากโดยรวบรวมรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างจนครบตามจำนวนที่ต้องการมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง ตามตาราง 3.2

ตาราง 3.2 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ จำแนกตามรายอำเภอ ในเขตเทศบาลและเขตองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)

อำเภอ	จำนวนประชากรผู้สูงอายุ (คน)			จำนวนกลุ่มตัวอย่าง(คน)		
	เขตเทศบาล	เขต อบต.	รวม	เขตเทศบาล	เขต อบต.	รวม
1. เมือง	8,434	16,875	25,309	18	36	54
2. นางรอง	3,007	11,977	14,984	6	25	31
3. ประโคนชัย	3,818	12,073	15,891	8	26	34
4. พุทไธสง	612	5,969	6,581	1	13	14
5. ลำปลายมาศ	2,151	17,177	19,328	5	36	41
6. สตึก	3,430	9,656	13,086	7	21	28
7. กระสัง	4,408	8,183	12,591	9	18	27

ตาราง 3.2 (ต่อ)

อำเภอ	จำนวนประชากรผู้สูงอายุ (คน)			จำนวนกลุ่มตัวอย่าง(คน)		
	เขตเทศบาล	เขต อบต.	รวม	เขตเทศบาล	เขต อบต.	รวม
8. ละหานทราย	6,002	1,626	7,628	13	3	16
9. บ้านกรวด	5,197	2,912	8,109	11	6	17
10. คูเมือง	809	7,184	7,993	2	15	17
11. หนองกี่	2,551	5,253	7,804	5	11	16
12. ปะคำ	920	4,229	5,149	2	9	11
13. หนองหงส์	1,632	3,930	5,562	3	8	11
14. นาโพธิ์	579	3,968	4,547	1	8	9
15. พลับพลาชัย	1,840	2,861	4,741	4	6	10
16. ห้วยราช	1,489	3,163	4,652	3	7	10
17. โนนสุวรรณ	700	1,728	2,428	1	4	5
18. ชำนิ	1,315	2,784	4,099	3	6	9
19. โนนดินแดง	1,029	1,788	2,817	2	4	6
20. เกลิมพระเกียรติ	3,623	2,010	5,633	8	4	12
21. บ้านใหม่ไชยพจน์	531	3,120	3,651	1	6	7
22. บ้านด่าน	1,422	2,465	3,887	3	5	8
23. แคนดง	567	2,819	3,386	1	6	7
รวม	56,066	133,750	189,816	117	283	400

2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

2.1 ตัวแปรอิสระ เป็นตัวแปรปัจจัยที่คาดว่าจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ในจังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่

2.1.1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล

2.1.2 ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง

2.1.3 ปัจจัยด้านความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2.1.4 ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตการทำงาน

2.1.5 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวชุมชน

2.1.6 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ มีองค์ประกอบ

คุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยเชิงปริมาณ ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบทการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา รวมทั้งการนำประเด็นสาระสำคัญและองค์ประกอบของปัจจัยต่างๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครู พระ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นักพัฒนาชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากขั้นตอนการวิจัยเชิงเชิงคุณภาพ แล้วนำมาสร้างเป็นเครื่องมือในการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 สอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะภาพการสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน แหล่งรายได้ ภาระหนี้สิน เงินออม และความสัมพันธ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ

ตอนที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ สอบถามข้อมูลตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม โดยประยุกต์ใช้จาก เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (สุวรรณ มหัตนรินทร์กุล. 2545 : 1-145) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 2 ชนิดแบบภาวะวิสัย (Precieved Objective) และอัตวิสัย (Self-report Subject) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ต วัดระดับความคิดเห็นหรือความเป็นจริงเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ทั้ง 4 องค์ประกอบ ของผู้ตอบแบบสอบถาม แบ่งระดับการวัดเป็น 5 ระดับ คือ สูงที่สุด (5) สูง (4) ปานกลาง (3) ต่ำ (2) และต่ำที่สุด (1) จำนวน 26 ข้อ

ตอนที่ 3 สอบถามข้อมูลปัจจัยที่คาดว่าจะส่งผลต่อสภาพของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่ ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน ด้านการให้คุณค่าในตนเอง ด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ และด้านการสนับสนุนทางสังคม ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ต วัดระดับความคิดเห็นหรือความเป็นจริงเกี่ยวกับปัจจัยที่คาดว่าจะส่งผลต่อสภาพ

ของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แบ่งการวัดออกเป็น 5 ระดับ คือ สูงที่สุด (5) สูง (4) ปานกลาง (3) ต่ำ (2) และต่ำที่สุด (1) จำนวน 40 ข้อ

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะ/แนวทาง การปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ เป็นคำถามปลายเปิด

3.2 การหาคุณภาพเครื่องมือวัดที่ใช้ในการวิจัย

การหาคุณภาพเครื่องมือวัดในการวิจัย ผู้วิจัยกำหนดวิธีการตรวจสอบเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.2.1 การปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยผู้เชี่ยวชาญ

หลังจากนำแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม ไปนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาควบคุมคุณภาพเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม ส่งไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เพื่อความเหมาะสมและความสอดคล้องของคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประกอบด้วย

- 1) นายปัญญา ปานแก้ว รักษาการ ท้องถิ่นจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
- 2) นายไกรวัลย์ เดือนจำรูญ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดบุรีรัมย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
- 3) ดร. รุ่งเรือง แสสน โภชา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผู้เชี่ยวชาญด้านเทคนิคการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
- 4) นายประหยัด ตะสุยะ ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านเทคนิคการพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ
- 5) นายปรีชา พรหมบุตร พัฒนาการจังหวัด ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

3.2.2 การตรวจสอบเครื่องมือก่อนใช้งานจริง

การตรวจสอบเครื่องมือก่อนใช้งานจริง โดยวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ โดยนำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ นายกและ ปลัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชน/หมู่บ้าน ในจังหวัดสุรินทร์ ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 40 คน ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 20 คน นายกและปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นักพัฒนาชุมชน ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน/หมู่บ้าน จำนวน 20 คน เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแบบสัมพัทธ์ ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีข้อคำถามจำนวน 66 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งหมดเท่ากับ .873

3.2.3 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปพบอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญ เพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ จนได้รับความเห็นชอบ จากนั้นจึงนำไปจัดพิมพ์แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ แล้วนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริง ต่อไป

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

4.1 นำหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย จากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ไปยังที่ทำการปกครองจังหวัด เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์

4.2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการนัดวันและเวลา

4.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีการเชิญ ผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองและชุมชนชนบท แต่ละอำเภอ มารวมกัน ณ ชุมชนนั้น ๆ พร้อมกับแจกแบบสอบถาม หลังจากนั้นผู้ตอบแบบสอบถามก็จะทำการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แต่ถ้าคำถามใดไม่เป็นที่เข้าใจของผู้ตอบก็จะมี การซักถามและทำการอธิบายเพิ่มเติม เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล ต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณ เป็นข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม และมีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยดำเนินการ ตามขั้นตอนดังนี้

5.1 ตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถามทุกฉบับ

5.2 บันทึกข้อมูลจากแบบสอบถามลงโปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนในการวัดระดับความคิดเห็น/ความเป็นจริง ของกลุ่มตัวอย่างในแบบสอบถาม แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ ดังนี้

5.2.1 การแปลความหมายระดับความคิดเห็น/ความเป็นจริง เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราอันดับกลาง (Interval Scale) โดยนำคะแนนมาแบ่งเป็นช่วงต่างๆ กัน ตั้งแต่ 1-5 คะแนน จำนวน 5 ชั้น โดยมีความกว้างเท่ากับ

0.80 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยในแบบสอบถามผู้วิจัยยึดหลักเกณฑ์ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด. 2546 : 160-162)

เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมายค่าเฉลี่ยระดับของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีระดับการวัด ดังนี้

ระดับคะแนน 1.00-1.80 หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่ำที่สุด

ระดับคะแนน 1.81-2.60 หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่ำ

ระดับคะแนน 2.61-3.40 หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุปานกลาง

ระดับคะแนน 3.41-4.20 หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสูง

ระดับคะแนน 4.21-5.00 หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสูงมาก

5.2.2 การแปลความหมายระดับความคิดเห็น/ความเป็นจริง ของปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราอันตรภาคชั้น (Interval Scale) โดยนำคะแนนมาแบ่งเป็นช่วงเท่าๆ กัน ตั้งแต่ 1-5 คะแนน จำนวน 5 ชั้น โดยมีความกว้างเท่ากับ 0.80 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยระดับของปัจจัยส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยยึดหลักเกณฑ์ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด. 2546 : 160-162)

ระดับคะแนน 1.00-1.80 หมายถึง ระดับของปัจจัยอยู่ในระดับต่ำที่สุด

ระดับคะแนน 1.81-2.60 หมายถึง ระดับของปัจจัยอยู่ในระดับต่ำ

ระดับคะแนน 2.61-3.40 หมายถึง ระดับของปัจจัยอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 3.41-4.20 หมายถึง ระดับของปัจจัยอยู่ในระดับสูง

ระดับคะแนน 4.21-5.00 หมายถึง ระดับของปัจจัยอยู่ในระดับสูงที่สุด

5.2.3 การวิเคราะห์ตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาพของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายระดับความสัมพันธ์ (r) ดังนี้

0.91-1.00 มีระดับความสัมพันธ์สูงที่สุด

0.71-0.90 มีระดับความสัมพันธ์สูง

0.51-0.70 มีระดับความสัมพันธ์ปานกลาง

0.31-0.50 มีระดับความสัมพันธ์ต่ำ

0.00-0.30 มีระดับความสัมพันธ์ต่ำมาก

5.3 สร้างสมการพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อสภาพของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ และจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R^2) ของปัจจัยที่ส่งผลต่อสภาพของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ แล้วใช้เป็นร่างรูปแบบ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ เข้าสู่ขั้นตอนการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อสร้างเป็นรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ ที่เหมาะสมต่อไป

6. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาจัดหมวดหมู่ และบันทึกคะแนนแต่ละข้อในรูปรหัส (Coding Form) หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และใช้สถิติ ดังนี้

6.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Method) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปและแปลผลข้อมูลเชิงคุณภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Arithmetic Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

6.2 สถิติวิเคราะห์ เพื่อทดสอบสมมติฐานในการวิจัย โดย ใช้วิธีการประมาณค่าแบบช่วง (Interval estimate) และแปลความหมายค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Correlation Coefficient) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณหรือการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis : R^2) เพื่อทดสอบสมมติฐานของปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Level of Significant .05)

การวิจัยระยะที่ 3 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อสร้างรูปแบบ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

1. กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้สูงอายุ และ นักวิชาการจากหน่วยงานภาครัฐ สถาบันการศึกษา องค์กรภาคเอกชน และภาคประชาชน ที่ซึ่งมีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์สูงเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 20 คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยวิจัยเชิงคุณภาพ ระยะที่ 3 คือ ร่างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการวิจัยเชิงปริมาณ ในระยะที่ 2 จากสมการพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อสภาพของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ และจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R^2) ของปัจจัยที่ส่งผลต่อสภาพของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ แล้วนำร่างรูปแบบการพัฒนาฯ เป็นเครื่องมือเข้าสู่

การพิจารณา ของกลุ่มเป้าหมาย ในการวิพากษ์ วิจัยและให้ข้อเสนอแนะ พร้อมกับประเมิน ความสอดคล้องและความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยกระบวนการการประชุมเชิงระดม สมอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการบันทึกข้อความในแบบวิพากษ์วิจารณ์และการให้ ข้อเสนอแนะของกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งประเมินความสอดคล้องและความเหมาะสมของรูปแบบ การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 นำข้อมูลที่ได้จากกระบวนการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshops) ของกลุ่มเป้าหมาย มาทำการถอดข้อความแล้วนำมาจัดหมวดหมู่ ว่าอยู่ในกลุ่มตัวแปรใด วิเคราะห์ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยการจัดกลุ่ม ประเด็นสำคัญ (Grouping) แล้ว Coding ถ้อยคำสำคัญ จากนั้นสรุปเรียบเรียงถ้อยคำใหม่ โดยการ อธิบายขยายความ (Explanation) เพื่อให้เกิดความชัดเจนในรายละเอียด โดยเรียงลำดับจาก ความสำคัญมากไปหาน้อย

4.2 การวิเคราะห์ข้อมูล จากการจัดประชุมระดมสมอง ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) พรรณนารายละเอียด ดีความ หากความหมาย และอธิบายความ สังเคราะห์ ข้อสรุปสาระสำคัญ เทียบเคียงกับบริบทของการวิจัย โดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic Induction) แล้ววิเคราะห์หาความเชื่อมโยงและความสัมพันธ์เชิงทฤษฎี ของ Denzin. N. (1970 : 218-230)

5. การสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยทั้ง 3 ระยะ นำมาสร้างเป็นรูปแบบการ พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้

5.1 ผลการวิจัยวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ในขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัย นำผล การวิเคราะห์ข้อมูลมาประกอบการกำหนดเป็นตัวแปรปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ในประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน โดยสร้างข้อสรุปที่เชื่อมโยงกับกรอบ แนวคิดในการวิจัย และสร้างสมมติฐานเชิงปฏิบัติการ

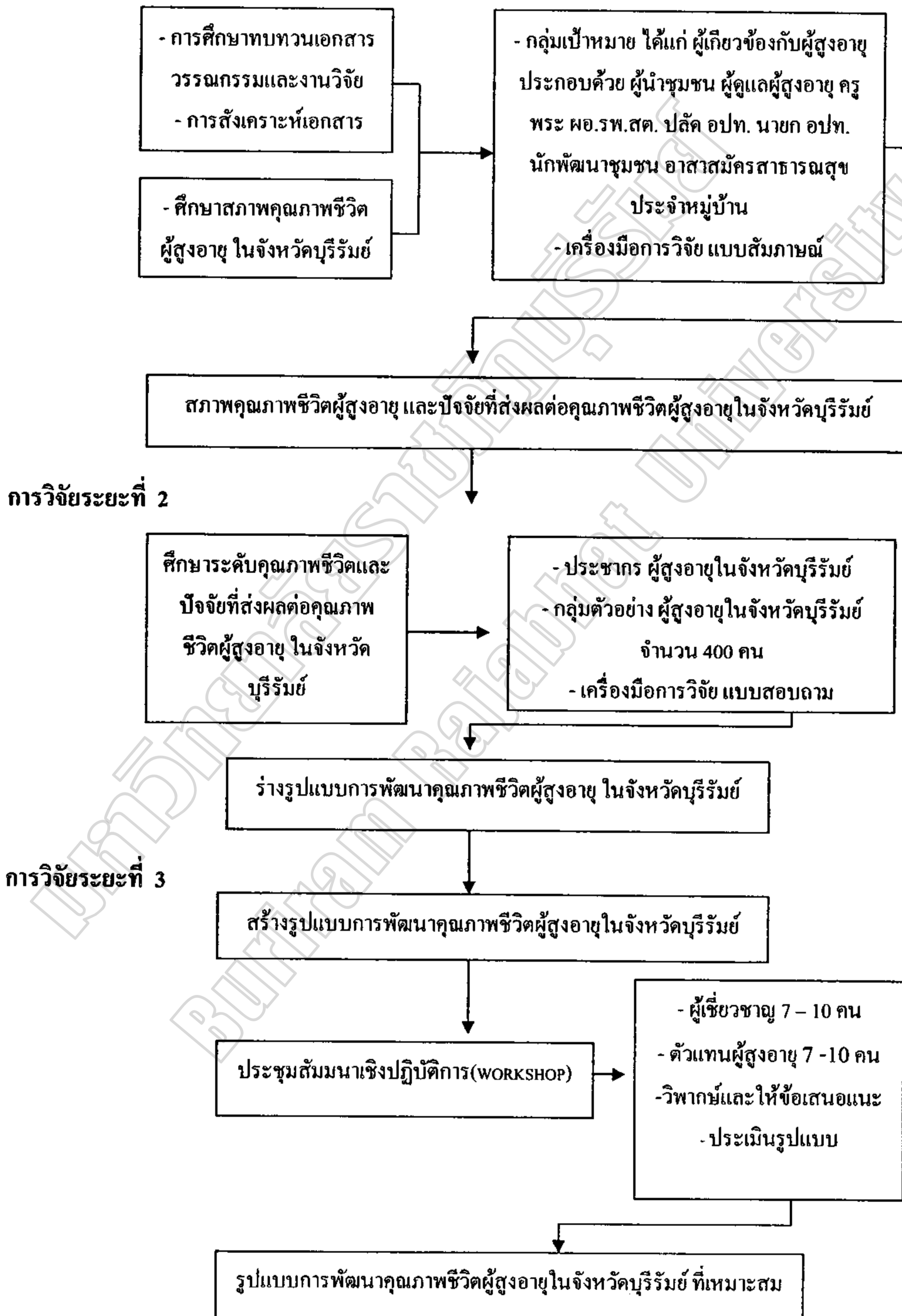
5.2 ผลจากการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณหรือการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis : R^2) โดยทดสอบสมมติฐานของปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 แล้วนำมาสร้างร่างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพ

ชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ จากสมการพยากรณ์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของตัวแปร
ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

5.3 นำร่างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ จากผลการวิจัย
ในขั้นตอนที่ 2 เข้าสู่กระบวนการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshops) เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ
และ นักวิชาการจากหน่วยงานภาครัฐ สถาบันการศึกษา องค์กรภาคเอกชน และภาคประชาชน ที่ซึ่ง
มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์สูงเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัด
บุรีรัมย์จำนวน 20 คน ร่วมกันพิจารณาในกระบวนการระดมความคิด (Brain Storming) รวมทั้ง
ให้ข้อเสนอแนะที่สำคัญอื่นๆ และพิจารณาความเหมาะสม ของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

5.4 จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยในระยะที่ 3 ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อวิจารณ์
และข้อเสนอแนะที่ได้จากการถอดข้อความว่าอยู่ในตัวแปรใด ตามกรอบแนวคิดการวิจัย แล้วนำมา
จัดกลุ่ม (Grouping) จากนั้นทำการสังเคราะห์กลุ่มการวิจารณ์และข้อเสนอแนะที่ได้จากการถอด
ข้อความ เพื่อนำผลการวิเคราะห์มาจัดทำเป็นข้อสรุป แล้วนำมาปรับปรุงสร้างเป็นรูปแบบการพัฒนา
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ที่เหมาะสม โดยผลสานวิธีการวิจัยทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพ
และการวิจัยเชิงปริมาณ

สรุป กระบวนการวิจัย เรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์
การวิจัยระยะที่ 1



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ครั้งนี้ กำหนดวิธีการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) โดยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลและเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ทั้ง 23 อำเภอ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความสมบูรณ์และสามารถนำเข้าสู่การวิเคราะห์ จากแบบสัมภาษณ์ จำนวน 40 ชุด จากแบบสอบถามจำนวน 400 ชุด รวมทั้งสิ้น 440 ชุด จากนั้นนำมาจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป รายละเอียดผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. กำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
2. ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการแปลความหมายจากการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดความหมายของสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

กำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้แทนค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

N	แทน ประชากร
n	แทน กลุ่มตัวอย่าง
\bar{X}	แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย (Arithmetic mean)
S.D.	แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
SE_b	แทน ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรพยากรณ์
SE_{est}	แทน ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์
r	แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย
a	แทน ค่าคงที่ของสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

b	แทน	ค่าน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (Score Weight)
β	แทน	ค่าน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta Weight)
F	แทน	ค่าการแจกแจงแบบ F (F-distribution)
t	แทน	ค่าการแจกแจงแบบ t (t-distribution)
R	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณหรือค่าถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ
R^2	แทน	กำลังสองของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณหรือร้อยละของค่าความแปรผันร่วมกันของตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรตาม
R^2 Adjusted	แทน	ค่า R^2 ที่ปรับแก้แล้ว
Y	แทน	คะแนนที่ได้จากสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ
Z	แทน	คะแนนที่ได้จากสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน
Sig.	แทน	ค่าความน่าจะเป็นที่คำนวณได้จากค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน
*	แทน	มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ลำดับขั้นตอนในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ลำดับขั้นตอนการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้นำเสนอตามลำดับหัวข้อผลการวิเคราะห์ข้อมูล ให้ครอบคลุมเนื้อหาทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อตอบความมุ่งหมายการวิจัย ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยสัมภาษณ์แบบเจาะลึก กลุ่มเป้าหมายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในเขตชุมชนเมืองและเขตชุมชนชนบทในจังหวัดบุรีรัมย์

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ระดับของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

ตอนที่ 6 การสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยสัมภาษณ์แบบเจาะลึก
กลุ่มเป้าหมายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในเขตชุมชนเมืองและเขตชุมชนชนบทในจังหวัด
บุรีรัมย์

ผลการวิเคราะห์สภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกลุ่มเป้าหมาย
ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในเขตชุมชนเมืองและเขตชุมชนชนบท ได้แก่ ผู้นำชุมชน
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นายองค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น นักพัฒนาชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่อาศัยอยู่ในจังหวัด
บุรีรัมย์ จำนวน 40 คน การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
จำแนกตาม เพศ อายุ การนับถือศาสนา วุฒิการศึกษา และ อาชีพ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ โดยค่าความถี่
และร้อยละ ผลการวิเคราะห์ปรากฏดังตาราง 4.1 - 4.2 ดังนี้

ตาราง 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ที่ให้สัมภาษณ์

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	14	35.00
หญิง	26	65.00
2. การนับถือศาสนา		
พุทธ	40	100.00
อื่น ๆ	0	0.00
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา (ป.4, ป.6, ป.7)	20	50.00
มัธยมศึกษา (ตอนต้น - ตอนปลาย)	6	15.00
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช. / ปวส.)	4	10.00
ปริญญาตรี	10	25.00
4. อาชีพ		
รับราชการ	10	25.00
ข้าราชการบำนาญ (ลูกจ้างประจำ/ ลูกจ้างทั่วไป)	6	15.00

ตาราง 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เกษตรกรรวม	13	32.50
ค้าขาย	3	7.50
ประกอบธุรกิจ	3	7.50
ไม่ได้ประกอบธุรกิจ	5	12.50
รวม	40	100.00

จากตาราง 4.1 พบว่า กลุ่มเป้าหมายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (65.00) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด (100.00) วุฒิการศึกษา ส่วนใหญ่ จบประถมศึกษา (50.00) รองลงมาจบปริญญาตรี (25.00) และจบมัธยมศึกษา (15.00) และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรวม (32.50) รองลงมาอาชีพรับราชการ (25.00) และ อาชีพอื่น เช่น ข้าราชการบำนาญ ลูกจ้างประจำและลูกจ้างทั่วไป (15.00) ตามลำดับ

ตาราง 4.2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอายุของกลุ่มเป้าหมายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ที่ให้สัมภาษณ์

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม	Minimum	Maximum	\bar{X}	S.D.
อายุ	28.00	65.00	46.00	10.93

จากตาราง 4.2 พบว่า กลุ่มเป้าหมายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ ที่ให้สัมภาษณ์มีอายุเฉลี่ย (\bar{X}) เท่ากับ 46.00 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ (S.D. = 10.93)

ส่วนในการวิเคราะห์การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก สภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จากกลุ่มเป้าหมายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลความคิดเห็นที่ผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวถึงเกี่ยวกับสภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำแนกเป็น 10 ประเด็น คือ

ประเด็นคำถามที่ 1 คิดว่าสุขภาพของผู้สูงอายุที่ท่านรับผิดชอบเป็นอย่างไร มีโรคประจำตัวอะไรบ้าง และผู้สูงอายุสามารถอยู่กับโรคเหล่านั้นอย่างเป็นปกติสุขหรือไม่อย่างไร

ประเด็นคำถามที่ 2 ในแต่ละวันผู้สูงอายุได้ขยับร่างกายหรือออกกำลังกายบ้างหรือไม่ อย่างไร และสภาพการเคลื่อนไหวของร่างกายของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร

ประเด็นคำถามที่ 3 คิดว่าผู้สูงอายุมีปัญหาอะไรบ้างในครอบครัว

ประเด็นคำถามที่ 4 คิดว่าสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร มีภาระค่าใช้จ่ายพอเพียงหรือไม่ อย่างไร

ประเด็นคำถามที่ 5 คิดว่าสถานภาพของผู้สูงอายุในชุมชนของท่าน เป็นอย่างไร และผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมการทำกิจกรรมในชุมชนมากน้อยเพียงใด

ประเด็นคำถามที่ 6 ภาครัฐ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้จัดสวัสดิการช่วยเหลือ ผู้สูงอายุเกี่ยวกับอะไรบ้าง มากน้อยเพียงใด

ประเด็นคำถามที่ 7 คิดว่าผู้สูงอายุได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการอำนวยความสะดวกมากน้อยเพียงใด

ประเด็นคำถามที่ 8 คิดว่าลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุเหมาะสม หรือมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร

ประเด็นคำถามที่ 9 สภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีสภาพอากาศเป็นอย่างไร มีสิ่งรบกวนความเป็นอยู่หรือไม่และมีความปลอดภัยจากโจรผู้ร้ายหรือไม่ อย่างไร

ประเด็นคำถามที่ 10 คิดว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์การจัดลำดับคำถามสำคัญและการตอบคำถามของกลุ่มเป้าหมายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เกี่ยวกับสภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มเป้าหมายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 40 คน ผู้วิจัยได้ทำการสังเคราะห์ข้อมูล และวิเคราะห์เนื้อหา แล้วจัดลำดับคำถามสำคัญการตอบคำถามของกลุ่มเป้าหมาย เป็นค่าความถี่จำนวนครั้งที่กล่าวถึง และค่าร้อยละ ปรากฏผลการวิเคราะห์ ดังตาราง 4.3- 4.12

ตาราง 4.3 ผลการวิเคราะห์จำนวนครั้งและร้อยละที่กล่าวถึงประเด็นคำถามที่ 1 ของกลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

ประเด็นคำถามที่ 1 คิดว่าสุขภาพของผู้สูงอายุที่ท่านรับผิดชอบเป็นอย่างไร มีโรคประจำตัวอะไรบ้าง และผู้สูงอายุสามารถอยู่กับโรคเหล่านั้น อย่างเป็นปกติสุขหรือไม่อย่างไร	ความถี่ (ครั้ง)	ร้อยละ
ข้อความ “สุขภาพของผู้สูงอายุที่ รับผิดชอบเป็นอย่างไร” คำสำคัญ:		
: สุขภาพของผู้สูงอายุที่ดูแลพิการ	2	5.00
: สุขภาพผู้สูงอายุไม่ดี	2	5.00
: สุขภาพผู้สูงอายุไม่ค่อยแข็งแรง	12	30.00
: สุขภาพผู้สูงอายุแข็งแรงเป็น ไปตามวัย	4	10.00
: สุขภาพผู้สูงอายุค่อนข้างดี	9	22.50
: สุขภาพผู้สูงอายุแข็งแรงดี	11	27.50
รวม	40	100.00
ประเด็นคำถามที่ 1 คิดว่าสุขภาพของผู้สูงอายุที่ รับผิดชอบเป็นอย่างไร ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง และผู้สูงอายุสามารถอยู่กับโรคเหล่านั้น อย่างเป็นปกติสุขหรือไม่อย่างไร	จำนวนครั้ง ที่กล่าวถึง	ร้อยละ
ข้อความ “ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง” คำสำคัญ:		
: ผู้สูงอายุหูตึง หูหนวก ตาบอด	4	10.00
: ผู้สูงอายุเป็น โรคเบาหวาน เป็น โรคความดันโลหิตสูง	16	40.00
: ผู้สูงอายุปวดข้อ ข้อเสื่อม เป็น โรคเก๊า ปวดเมื่อย	8	20.00
: ผู้สูงอายุเป็น โรคผิวหนัง คันตามผิวหนัง คันตามตัว	3	7.50
: ผู้สูงอายุไม่เป็น โรค(ไม่มีโรคประจำตัว)	9	22.50

ตาราง 4.3 (ต่อ)

ประเด็นคำถามที่ 1 คิดว่าสุขภาพของผู้สูงอายุที่ รับผิดชอบเป็น อย่างไร ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง และผู้สูงอายุสามารถ อยู่กับโรคเหล่านั้นอย่างเป็นปกติสุขหรือไม่อย่างไร	จำนวนครั้ง ที่กล่าวถึง	ร้อยละ
ข้อความ “ผู้สูงอายุสามารถอยู่กับโรคเหล่านั้นอย่างเป็นปกติสุข หรือไม่อย่างไร”		
คำสำคัญ:		
: ผู้สูงอายุไม่เป็นโรค	9	22.50
: ผู้สูงอายุอยู่กับโรคเหล่านั้นได้อย่างปกติสุข	25	62.50
: ผู้สูงอายุอยู่ไม่เป็นปกติสุข	5	12.50
: ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเข้าโรงพยาบาล	1	2.50
รวม	40	100.00

จากตาราง 4.3 พบว่า การประมวลผลค่าให้สัมภาษณ์การตอบคำถามของกลุ่มเป้าหมายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ที่ได้กล่าวถึงข้อความที่ให้สัมภาษณ์ เกี่ยวกับประเด็นคำถามที่ 1 ดังนี้ ข้อความ “สุขภาพของผู้สูงอายุที่ รับผิดชอบเป็นอย่างไร” ลำดับคำสำคัญที่กล่าวถึงจากมากไปน้อย ดังนี้ สูงที่สุดคือ สุขภาพผู้สูงอายุไม่ค่อยแข็งแรง ร้อยละ 30.00 รองลงมา สุขภาพผู้สูงอายุแข็งแรงดี ร้อยละ 27.50 สุขภาพผู้สูงอายุค่อนข้างดี ร้อยละ 22.50 สุขภาพผู้สูงอายุแข็งแรงเป็นไปตามวัย ร้อยละ 10.00 และ สุขภาพผู้สูงอายุไม่ดี เท่ากันกับ สุขภาพของผู้สูงอายุที่ดูแลพิการ ร้อยละ 5.00 ข้อความ “ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง” ลำดับคำสำคัญที่กล่าวถึงจากมากไปน้อย ดังนี้ สูงที่สุดคือ ผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวาน เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40.00 รองลงมา ไม่เป็นโรค (ไม่มีโรคประจำตัว) ร้อยละ 22.50 ผู้สูงอายุปวดข้อ ข้อเสื่อม เป็นโรคเกา ปวดเมื่อยตามตัว ร้อยละ 20.00 ผู้สูงอายุหูตึง หูหนวก ตาบอด ร้อยละ 10.00 และ ผู้สูงอายุเป็น โรคผิวหนัง คันตามผิวหนัง คันตามตัว ร้อยละ 7.50 และ ข้อความ “ผู้สูงอายุสามารถอยู่กับโรคเหล่านั้นอย่างเป็นปกติสุขหรือไม่อย่างไร” ลำดับความสำคัญจากมากไปน้อย ดังนี้ สูงที่สุดคือ ผู้สูงอายุอยู่กับโรคเหล่านั้นได้อย่างปกติสุข ร้อยละ 62.50 รองลงมา ผู้สูงอายุไม่เป็นโรค ร้อยละ 22.50 ผู้สูงอายุอยู่ไม่เป็นปกติสุข ร้อยละ 12.50 และผู้สูงอายุเจ็บป่วยเข้าโรงพยาบาล ร้อยละ 2.50 ตามลำดับ

ตาราง 4.4 ผลการวิเคราะห์จำนวนครั้งและร้อยละที่กล่าวถึงประเด็นคำถามที่ 2 ของกลุ่มเป้าหมาย
ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

ประเด็นคำถามที่ 2 ในแต่ละวันผู้สูงอายุได้ขยับร่างกายหรือออกกำลังกายบ้างหรือไม่อย่างไร และสภาพการเคลื่อนไหวของร่างกายของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร	ความถี่ (ครั้ง)	ร้อยละ
ข้อความ “ในแต่ละวันผู้สูงอายุได้ขยับร่างกายหรือออกกำลังกายบ้างหรือไม่ อย่างไม่” คำสำคัญ: : ผู้สูงอายุไม่ออกกำลังกาย : ผู้สูงอายุขยับเดิน ออกกำลังกายบ้างบางครั้ง น้อยมาก : ผู้สูงอายุปลูกผัก ทำสวน แทนการออกกำลังกาย : ผู้สูงอายุทำความสะอาดบ้านแทนการออกกำลังกาย : ผู้สูงอายุเดินออกกำลังกายพอสมควร : ผู้สูงอายุออกกำลังกายประจำวัน	1 8 4 3 15 9	2.50 20.00 10.00 7.50 37.50 22.50
ข้อความ “สภาพการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร” คำสำคัญ: : สภาพการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุไม่ค่อยดี ไม่ค่อยแข็งแรง เคลื่อนไหวลำบาก เดินไม่ค่อยสะดวก : สภาพการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุเคลื่อนไหวช้า : สภาพการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุอยู่ในระดับพอใช้ : สภาพการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง : สภาพการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี คล่องตัว ตามสภาพของวัย : สภาพการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีมาก แข็งแรงมาก	7 1 6 12 10 4	17.50 2.50 15.00 30.00 25.00 10.00
รวม	40	100.00

จากตาราง 4.4 พบว่า การประมวลผลค่าให้สัมภาษณ์การตอบคำถามของกลุ่มเป้าหมายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ที่ได้กล่าวถึงข้อความที่ให้สัมภาษณ์ เกี่ยวกับประเด็นคำถามที่ 2 ดังนี้ ข้อความ “ในแต่ละวันผู้สูงอายุได้ขยับร่างกายหรือออกกำลังกายบ้างหรือไม่ อย่างไร” ลำดับค่าสำคัญที่กล่าวถึงจากมากไปน้อย ดังนี้ สูงที่สุดคือ ผู้สูงอายุเดินออกกำลังกายพอสมควร ร้อยละ 37.50 รองลงมา ผู้สูงอายุออกกำลังกายประจำวัน ร้อยละ 22.50 ผู้สูงอายุขยับเดิน ออกกำลังกาย บ้างบางครั้ง น้อยมาก ร้อยละ 20.00 ผู้สูงอายุปลูกผัก ทำสวน แทนการออกกำลังกาย ร้อยละ 10.00 ผู้สูงอายุทำความสะอาดบ้านแทนการออกกำลังกาย ร้อยละ 7.50 และ ผู้สูงอายุไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 2.50 ข้อความ “สภาพการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร” ลำดับค่าสำคัญที่กล่าวถึงจากมากไปน้อย ดังนี้ สูงที่สุดคือ สภาพการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 30.00 รองลงมา สภาพการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี คล่องตัว ตามสภาพของวัย ร้อยละ 25.00 สภาพการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุไม่ค่อยดี ไม่ค่อยแข็งแรง เคลื่อนไหวลำบาก เดินไม่ค่อยสะดวก ร้อยละ 17.50 สภาพการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 15.00 สภาพการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีมาก แข็งแรงมาก ร้อยละ 10.00 และ สภาพการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุเคลื่อนไหวช้า ร้อยละ 2.50

ตาราง 4.5 ผลการวิเคราะห์จำนวนครั้งและร้อยละที่กล่าวถึงประเด็นคำถามที่ 3 ของกลุ่มเป้าหมายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

ประเด็นคำถามที่ 3 คิดว่าผู้สูงอายุมีปัญหาอะไรบ้างในครอบครัว	ความถี่ (ครั้ง)	ร้อยละ
ข้อความ “ คิดว่าผู้สูงอายุมีปัญหาอะไรบ้างในครอบครัว”		
คำสำคัญ:		
: ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ปวดเมื่อยตามตัว	5	12.50
: ผู้สูงอายุมีปัญหาการรับประทานอาหารไม่ค่อยอร่อย เบื่ออาหาร	9	22.50
: ผู้สูงอายุมีเรื่องกังวลใจ คิดมากเรื่องเล็กน้อย นอนไม่ค่อยหลับ เหงา น้อยใจ หลงลืม	6	15.00
: ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	4	10.00
: ผู้สูงอายุไม่มีปัญหาอะไรในครอบครัว	16	40.00
รวม	40	100.00

จากตาราง 4.5 พบว่า การประมวลผลทำให้สัมภาษณ์การตอบคำถามของกลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ที่ได้กล่าวถึงข้อความที่ให้สัมภาษณ์ เกี่ยวกับประเด็นคำถามที่ 3 ดังนี้ ข้อความ “ คิดว่าผู้สูงอายุมีปัญหาอะไรบ้างในครอบครัว” ลำดับคำสำคัญที่กล่าวถึงจากมากไปน้อย ดังนี้ สูงที่สุดคือ ผู้สูงอายุไม่มีปัญหาอะไรในครอบครัว ร้อยละ 40.00 รองลงมา ผู้สูงอายุมีปัญหา การรับประทานอาหารไม่ค่อยอร่อย เบื่ออาหาร ร้อยละ 22.50 ผู้สูงอายุมีเรื่องกังวลใจ คิดมาก เรื่องเล็กน้อย นอนไม่ค่อยหลับ เหงา น้อยใจ หลงลืม ร้อยละ 15.00 ผู้สูงอายุมีปัญหาด้าน การเคลื่อนไหวร่างกาย ปวดเมื่อยตามตัว ร้อยละ 12.50 และ ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ร้อยละ 10.00

ตาราง 4.6 ผลการวิเคราะห์จำนวนครั้งและร้อยละที่กล่าวถึงประเด็นคำถามที่ 4 ของกลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

ประเด็นคำถามที่ 4 คิดว่าสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร มีภาระค่าใช้จ่ายพอเพียงหรือไม่ อย่างไร	ความถี่ (ครั้ง)	ร้อยละ
ข้อความ “สภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร” คำสำคัญ:		
: สภาพความเป็นอยู่ไม่ค่อยสุขสบาย ไม่ค่อยดี ไม่ค่อยสะดวก	4	10.00
: สภาพความเป็นอยู่พอใช้	9	22.50
: สภาพความเป็นอยู่ค่อนข้างดี	8	20.00
: สภาพความเป็นอยู่ดี อบอุ่น มีความเหมาะสม สภาพดีพอสมควร	17	42.50
: สภาพความเป็นอยู่ดีมาก	2	5.00
ข้อความ “ผู้สูงอายุมีภาระค่าใช้จ่ายพอเพียงหรือไม่ อย่างไร” คำสำคัญ:		
: มีภาระค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอกับรายได้ ไม่พอใช้ รายได้น้อย	16	40.00
: มีภาระค่าใช้จ่ายมาก มีรายได้ไม่พอใช้บางครั้ง	2	5.00
: มีภาระค่าใช้จ่ายพอเพียงปานกลาง	4	10.00
: มีภาระค่าใช้จ่ายพอเพียงกับความเป็นอยู่ระดับดี	18	45.00
รวม	40	100.00

จากตาราง 4.6 พบว่า การประมวลผลค่าให้สัมภาษณ์การตอบคำถามของกลุ่มเป้าหมายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ที่ได้กล่าวถึงข้อความที่ให้สัมภาษณ์ เกี่ยวกับประเด็นคำถามที่ 4 ดังนี้ ข้อความ “สภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร” ลำดับค่าสำคัญที่กล่าวถึงจากมากไปน้อย ดังนี้ สูงที่สุดคือ สภาพความเป็นอยู่ดี อบอุ่น มีความเหมาะสม สภาพดีพอสมควร ร้อยละ 42.50 รองลงมา สภาพความเป็นอยู่พอใช้ ร้อยละ 22.50 สภาพความเป็นอยู่ค่อนข้างดี ร้อยละ 20.00 สภาพความเป็นอยู่ไม่ค่อยสบาย ไม่ค่อยดี ไม่ค่อยสะดวก ร้อยละ 10.00 และ สภาพความเป็นอยู่ดีมาก ร้อยละ 5.00 ข้อความ “ผู้สูงอายุมีการใช้จ่ายพอเพียงหรือไม่ อย่างไร” ลำดับค่าสำคัญที่กล่าวถึงจากมากไปน้อย ดังนี้ สูงที่สุดคือ มีการใช้จ่ายพอเพียงกับความเป็นอยู่ระดับดี ร้อยละ 45.00 รองลงมา มีการใช้จ่ายไม่เพียงพอกับรายได้ ไม่พอใช้ รายได้น้อย ร้อยละ 40.00 มีการใช้จ่ายพอเพียงปานกลาง ร้อยละ 10.00 มีการใช้จ่ายมาก มีรายได้ไม่พอใช้บางครั้ง ร้อยละ 5.00

ตาราง 4.7 ผลการวิเคราะห์จำนวนครั้งและร้อยละที่กล่าวถึงประเด็นคำถามที่ 5 ของกลุ่มเป้าหมายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

ประเด็นคำถามที่ 5 คิดว่าสถานภาพของผู้สูงอายุในชุมชนของท่านเป็นอย่างไร และผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมการทำกิจกรรมในชุมชนมากน้อยเพียงใด	ความถี่ (ครั้ง)	ร้อยละ
ข้อความ “สถานภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเป็นอย่างไร”		
คำสำคัญ:		
: สถานภาพความเป็นอยู่เป็นผู้มีสัมมาคารวะ อธิยาศัยดี	5	12.50
: สถานภาพความเป็นอยู่พอใช้ได้	7	17.50
: สถานภาพความเป็นอยู่ค่อนข้างดี แข็งแรงตามอัตภาพ	14	35.00
: สถานภาพความเป็นอยู่อบอุ่นดี แข็งแรงดี	8	20.00
: สถานภาพความเป็นอยู่ยากจน ไม่ค่อยดี ขาดคนดูแล	6	15.00

ตาราง 4.7 (ต่อ)

ประเด็นคำถามที่ 5 คิดว่าสถานภาพของผู้สูงอายุในชุมชนของท่านเป็นอย่างไร และผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมการทำกิจกรรมในชุมชนมากน้อยเพียงใด	ความถี่ (ครั้ง)	ร้อยละ
ข้อความ “ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมการทำกิจกรรมในชุมชนมากน้อยเพียงใด”		
คำสำคัญ:		
: มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเป็นบางครั้ง	4	10.00
: มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมพอใช้	11	27.50
: มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมพอสมควร ปานกลาง	13	32.50
: มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมมาก	8	20.00
: มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมสม่ำเสมอ	4	10.00
รวม	40	100.00

จากตาราง 4.7 พบว่า การประมวลผลค่าให้สัมภาษณ์การตอบคำถามของกลุ่มเป้าหมายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ที่ได้กล่าวถึงข้อความที่ให้สัมภาษณ์ เกี่ยวกับประเด็นคำถามที่ 5 ดังนี้ ข้อความ “สถานภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเป็นอย่างไร” ลำดับคำสำคัญที่กล่าวถึงจากมากไปน้อย ดังนี้ สูงที่สุดคือ สถานภาพความเป็นอยู่ค่อนข้างดี แข็งแรงตามอัตรภาพ ร้อยละ 35.00 รองลงมา สถานภาพความเป็นอยู่อบอุ่นดี แข็งแรงดี ร้อยละ 20.00 สถานภาพความเป็นอยู่พอใช้ได้ ร้อยละ 17.50 สถานภาพความเป็นอยู่ยากจน ไม่ค่อยดี ขาดคนดูแล ร้อยละ 15.00 และ สถานภาพความเป็นอยู่เป็นผู้มีสัมมาคารวะ อหิวาต์ดี ร้อยละ 12.50 ข้อความ “ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมการทำกิจกรรมในชุมชนมากน้อยเพียงใด” ลำดับคำสำคัญที่กล่าวถึงจากมากไปน้อย ดังนี้ สูงที่สุดคือ มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมพอสมควร ปานกลาง ร้อยละ 32.50 รองลงมา มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมพอใช้ ร้อยละ 27.50 มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมมาก ร้อยละ 20.00 มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเป็นบางครั้ง ร้อยละ 10.00 และ มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมสม่ำเสมอ ร้อยละ 10.00

ตาราง 4.8 ผลการวิเคราะห์จำนวนครั้งและร้อยละที่กล่าวถึงประเด็นคำถามที่ 6 ของกลุ่มเป้าหมาย
ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

ประเด็นคำถามที่ 6 ภาครัฐ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้จัดสวัสดิการช่วยเหลือ ผู้สูงอายุเกี่ยวกับอะไรบ้าง มากน้อยเพียงใด	ความถี่ (ครั้ง)	ร้อยละ
ข้อความ “ภาครัฐ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้จัดสวัสดิการช่วยเหลือผู้สูงอายุอะไรบ้าง” คำสำคัญ: : ให้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุทุกเดือน ให้ความช่วยเหลือดูแลการสุขภาพ : ให้บริการเครื่องอุปโภค บริโภค : ให้การช่วยเหลือจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ จัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชน จัดตั้งสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ในตำบล : ให้ความช่วยเหลือทุกอย่างตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น	18 7 6 11	45.00 17.50 15.00 27.50
ข้อความ “ภาครัฐ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้จัดสวัสดิการช่วยเหลือผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด” คำสำคัญ: : ภาครัฐหรือท้องถิ่น ควรให้การช่วยเหลือผู้ยากไร้มากกว่านี้ ควรเพิ่มเบี้ยยังชีพมากกว่านี้ : ได้รับการช่วยเหลือตามสภาพที่เดือดร้อนตามความเหมาะสม	8 12	20.00 30.00
ประเด็นคำถามที่ 6 ภาครัฐ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้จัดสวัสดิการช่วยเหลือ ผู้สูงอายุเกี่ยวกับอะไรบ้าง มากน้อยเพียงใด : ได้รับการช่วยเหลือด้านการดูแลสุขภาพดี ภาครัฐและท้องถิ่น ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุดี	20	50.00
รวม	40	100.00

จากตาราง 4.8 พบว่า การประมวลผลทำให้สัมภาษณ์การตอบคำถามของกลุ่มเป้าหมายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ที่ได้กล่าวถึงข้อความที่ให้สัมภาษณ์ เกี่ยวกับประเด็นคำถามที่ 6 ดังนี้
ข้อความ “ภาครัฐ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้จัดสวัสดิการช่วยเหลือผู้สูงอายุอะไรบ้าง ”
ลำดับคำสำคัญที่กล่าวถึงจากมากไปน้อย ดังนี้ สูงที่สุดคือ ให้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุทุกเดือน

ให้ความช่วยเหลือการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 45.00 รองลงมา ให้ความช่วยเหลือทุกอย่างตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นร้อยละ 27.50 ให้บริการเครื่องอุปโภค บริโภค ร้อยละ 17.50 และ ให้ความช่วยเหลือจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ จัดตั้งกองทุนสวัสดิการ ชุมชน จัดตั้งสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ในตำบล ร้อยละ 15.00 ข้อความ “ภาครัฐ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้จัดสวัสดิการช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างน้อยเพียงใด ” ลำดับคำสำคัญที่กล่าวถึงจากมากไปน้อย ดังนี้ สูงที่สุดคือ ได้รับการช่วยเหลือด้านการดูแลสุขภาพดี ภาครัฐและท้องถิ่น ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุดี ร้อยละ 50.00 รองลงมา ได้รับการช่วยเหลือตามสภาพที่เดือดร้อนตามความเหมาะสม 30.00 และ ภาครัฐ หรือท้องถิ่น ควรให้การช่วยเหลือผู้ยากไร้มากกว่านี้ ควรเพิ่มเบี้ยยังชีพมากกว่านี้ ร้อยละ 20.00

ตาราง 4.9 ผลการวิเคราะห์จำนวนครั้งและร้อยละที่กล่าวถึงประเด็นคำถามที่ 7 ของกลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

ประเด็นคำถามที่ 7 ทิศว่าผู้สูงอายุได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการอำนวยความสะดวก มากน้อยเพียงใด	ความถี่ (ครั้ง)	ร้อยละ
ข้อความ “ผู้สูงอายุได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารและการอำนวยความสะดวก มากน้อยเพียงใด”		
คำสำคัญ:		
: ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารและการอำนวยความสะดวกน้อย	9	22.50
: ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารพอสมควร ปานกลาง และการอำนวยความสะดวก รวดเร็วพอสมควร	15	37.50
: ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารดี และการอำนวยความสะดวกเหมาะสม มาก และได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากโทรทัศน์ เป็นส่วนใหญ่	11	27.50
: ได้รับข้อมูลข่าวสาร การประชาสัมพันธ์ต่างๆ จาก อบต. และ อบต. อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุดีมาก	5	12.50
รวม	40	100.00

จากตาราง 4.9 พบว่า การประมวลผลค่าให้สัมภาษณ์การตอบคำถามของกลุ่มเป้าหมายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ที่ได้กล่าวถึงข้อความที่ให้สัมภาษณ์ เกี่ยวกับประเด็นคำถามที่ 7 ดังนี้ ข้อความ “ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารพอสมควร ปานกลาง และการอำนวยความสะดวก รวดเร็ว

พอประมาณ” ลำดับค่าสำคัญที่กล่าวถึงจากมากไปน้อย ดังนี้ สูงที่สุดคือ ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร พอสมควร ปานกลาง และการอำนวยความสะดวกรวดเร็วพอประมาณ ร้อยละ 37.50 รองลงมา ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารดี และการอำนวยความสะดวกเหมาะสมมาก และได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร จากโทรทัศน์ เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 27.50 ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารและการอำนวยความสะดวกน้อย ร้อยละ 22.50 และ ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร การประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ จาก อบต. และ อบต. อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุดีมาก ร้อยละ 12.50

ตาราง 4.10 ผลการวิเคราะห์จำนวนครั้งและร้อยละที่กล่าวถึงประเด็นคำถามที่ 8 ของกลุ่มเป้าหมายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

ประเด็นคำถามที่ 8 คิดว่าลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุเหมาะสม หรือมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร	ความถี่ (ครั้ง)	ร้อยละ
ข้อความ “ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุเหมาะสมมากน้อยเพียงใด” คำสำคัญ: : ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุไม่เหมาะสม : ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุเหมาะสมพอสมควรตามสภาพ ครอบครั : ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุเหมาะสมดี อากาศถ่ายเทสะดวก	3 21 16	7.50 52.50 40.00
ข้อความ “ที่อยู่อาศัยมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร” คำสำคัญ: : ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก เพราะช่วยเหลือตัวเองได้ : มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการดำเนินชีวิตผู้สูงอายุบ้าง ตามสภาพ : มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการดำเนินชีวิตพอสมควร อยู่ในระดับปานกลาง : มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับดี	9 5 15 11	22.50 12.50 37.50 27.50
รวม	40	100.00

จากตาราง 4.10 พบว่า การประมวลผลทำให้สัมพันธภาพการตอบคำถามของกลุ่มเป้าหมายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ที่ได้กล่าวถึงข้อความที่ให้สัมพันธภาพ เกี่ยวกับประเด็นคำถามที่ 8 ดังนี้ ข้อความ “ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุเหมาะสมมากน้อยเพียงใด” ลำดับค่าสำคัญที่กล่าวถึง จากมากไปน้อย ดังนี้ สูงที่สุดคือ ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุเหมาะสมพอสมควรตามสภาพครอบครัว ร้อยละ 52.50 รองลงมา ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุเหมาะสมดี อากาศถ่ายเทสะดวก ร้อยละ 40.00 และ ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุไม่เหมาะสม ร้อยละ 7.50 ข้อความ “ที่อยู่อาศัย มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร” ลำดับค่าสำคัญที่กล่าวถึงจากมากไปน้อย ดังนี้ สูงที่สุดคือ มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการดำเนินชีวิตพอสมควร อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.50 รองลงมา มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 27.50 ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก เพราะช่วยเหลือตัวเองได้ ร้อยละ 22.50 และ มีสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับการดำเนินชีวิตผู้สูงอายุบ้างตามสภาพ ร้อยละ 12.50

ตาราง 4.11 ผลการวิเคราะห์จำนวนครั้งและร้อยละที่กล่าวถึงประเด็นคำถามที่ 9 ของกลุ่มเป้าหมายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

ประเด็นคำถามที่ 9 สภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีสภาพอากาศเป็นอย่างไร มีสิ่งรบกวนความเป็นอยู่หรือไม่และมีความปลอดภัยจากโจรผู้ร้ายหรือไม่ อย่างไร	ความถี่ (ครั้ง)	ร้อยละ
ข้อความ “สภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ มีสภาพอากาศเป็นอย่างไร ”		
คำสำคัญ:		
: สภาพอากาศไม่ปลอดโปร่ง ร้อน อับทึบมืด	4	10.00
: สภาพอากาศถ่ายเทสะดวกพอสมควร ปานกลาง	26	65.00
: ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุเหมาะสมดี อากาศถ่ายเทสะดวก	10	25.00
ข้อความ “สภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีสิ่งรบกวนความเป็นอยู่หรือไม่”		
คำสำคัญ:		
: มีสิ่งรบกวนความเป็นอยู่ผู้สูงอายุบ้างเล็กน้อย	6	15.00
: ไม่มีสิ่งรบกวนความเป็นอยู่ผู้สูงอายุ	34	85.00

ตาราง 4.11 (ต่อ)

ประเด็นคำถามที่ 9 สภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีสภาพอากาศเป็นอย่างไร มีสิ่งรบกวนความเป็นอยู่หรือไม่และมีความปลอดภัยจากโจรผู้ร้ายหรือไม่ อย่างไร	ความถี่ (ครั้ง)	ร้อยละ
ข้อความ “สภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีสิ่งรบกวนความเป็นอยู่หรือไม่”		
คำสำคัญ:		
: สภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุไม่ค่อยปลอดภัยเท่าใด	7	17.50
: สภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุปลอดภัย แข็งแรงดี มีรั้วปิดมิดชิด	33	82.50
รวม	40	100.00

จากตาราง 4.11 พบว่า การประมวลผลทำให้สัมภาษณ์การตอบคำถามของกลุ่มเป้าหมายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ที่ได้กล่าวถึงข้อความที่ให้สัมภาษณ์ เกี่ยวกับประเด็นคำถามที่ 9 ดังนี้ ข้อความ “สภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ มีสภาพอากาศเป็นอย่างไร” ลำดับคำสำคัญที่กล่าวถึงจากมากไปน้อย ดังนี้ สูงที่สุดคือ สภาพอากาศถ่ายเทสะดวกพอสมควร ปานกลาง ร้อยละ 65.00 รองลงมา ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุเหมาะสมดี อากาศถ่ายเทสะดวก ร้อยละ 25.00 และสภาพอากาศไม่ปลอดโปร่ง ร้อน อับทึบมิด ร้อยละ 10.00 ข้อความ “สภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีสิ่งรบกวนความเป็นอยู่หรือไม่” ลำดับคำสำคัญที่กล่าวถึงจากมากไปน้อย ดังนี้ สูงที่สุดคือ ไม่มีสิ่งรบกวนความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ร้อยละ 85.00 และมีสิ่งรบกวนความเป็นอยู่ ผู้สูงอายุบ้างเล็กน้อย ร้อยละ 15.00 ส่วน ข้อความ “สภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีความปลอดภัยจากโจรผู้ร้ายหรือไม่ อย่างไร” ลำดับคำสำคัญที่กล่าวถึงจากมากไปน้อย ดังนี้ สูงที่สุดคือ สภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุปลอดภัย แข็งแรงดี มีรั้วปิดมิดชิด ร้อยละ 82.50 และ สภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุไม่ค่อยปลอดภัยเท่าใด ร้อยละ 17.50

ตาราง 4.12 ผลการวิเคราะห์จำนวนครั้งและร้อยละที่กล่าวถึงประเด็นคำถามที่ 10 ของกลุ่มเป้าหมายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

ประเด็นคำถามที่ 10 คิดว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ความถี่ (ครั้ง)	ร้อยละ
ข้อความ “มีปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ”		
คำสำคัญ:		
: ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตร กิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน	9	22.50
: ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง เห็นความสำคัญของตนเอง และความสามารถในการทำงานหารายได้	11	27.50
: ปัจจัยด้านความพึงพอใจในความเป็นอยู่ ของตนเอง	8	20.00
: ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัว ชุมชนและหมู่บ้าน ที่อาศัยอยู่	7	17.50
: ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมจากท้องถิ่น จากหน่วยงานภาครัฐ จากรัฐบาล จากเจ้าหน้าที่ของภาครัฐ	5	12.50
รวม	40	100.00

จากตาราง 4.12 พบว่า การประมวลผลทำให้สัมภาษณ์การตอบคำถามของกลุ่มเป้าหมายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ที่ได้กล่าวถึงข้อความที่ให้สัมภาษณ์ เกี่ยวกับประเด็นคำถามที่ 10 ดังนี้ ข้อความ “มีปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ” ลำดับคำสำคัญที่กล่าวถึง จากมากไปน้อย ดังนี้ สูงที่สุดคือ ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง เห็นความสำคัญของตนเอง และมีความสามารถในการทำงานหารายได้ ร้อยละ 27.50 รองลงมา ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตร กิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน ร้อยละ 22.50 ปัจจัยด้านความพึงพอใจในความเป็นอยู่ ของตนเอง ร้อยละ 20.00 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัว ชุมชนและหมู่บ้าน ที่อาศัยอยู่ ร้อยละ 17.50 และ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมจากท้องถิ่น จากหน่วยงานภาครัฐ จากรัฐบาล จากเจ้าหน้าที่ของภาครัฐ ร้อยละ 12.50

จากผลการวิเคราะห์สภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าด้านร่างกาย สุขภาพของ ผู้สูงอายุไม่ค่อยแข็งแรง ร้อยละ 30.00 ผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวาน เป็นโรค ความดัน โลหิตสูง ร้อยละ 40.00 ผู้สูงอายุอยู่กับโรคเหล่านั้นได้อย่างปกติสุข ร้อยละ 62.50 แต่ละวันผู้สูงอายุ

ได้ขยับร่างกายหรือออกกำลังกาย ด้วยการเดินออกกำลังกาย ร้อยละ 37.50 สภาพการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 30.00 ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุไม่มีปัญหาอะไรในครอบครัว ร้อยละ 40.00 ผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นอยู่ดี อบอุ่น มีความเหมาะสม สภาพดีพอสมควร ร้อยละ 42.50 ผู้สูงอายุ มีภาระค่าใช้จ่ายพอเพียงกับความเป็นอยู่ระดับดี ร้อยละ 45.00 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม สถานภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ความเป็นอยู่ค่อนข้างดี แข็งแรงตามอัตภาพ ร้อยละ 35.00 ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมการทำกิจกรรมพอสมควร ปานกลาง ร้อยละ 32.50 ภาครัฐ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้จัดสวัสดิการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ให้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุทุกเดือน ให้ความช่วยเหลือดูแลสุขภาพ ร้อยละ 45.00 ภาครัฐ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้จัดสวัสดิการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ได้รับการช่วยเหลือด้านการดูแลสุขภาพดี ภาครัฐและท้องถิ่น ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ ร้อยละ 50.00 ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารพอสมควร ปานกลาง และการอำนวยความสะดวกรวดเร็วพอประมาณ ร้อยละ 37.50 ด้านสภาพแวดล้อม ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุเหมาะสมพอสมควรตามสภาพ ครอบครัว ร้อยละ 52.50 ที่อยู่อาศัย มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการดำเนินชีวิตพอสมควร อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 37.50 สภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ สภาพอากาศถ่ายเทสะดวกพอสมควร ปานกลาง ร้อยละ 65.00 ไม่มีสิ่งรบกวนความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ร้อยละ 85.00 สภาพบ้านปลอดภัยจากโจรผู้ร้ายร้อยละ 85.00

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

จากแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ที่ได้รับกลับคืนมาจำนวน 400 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100.00 ของแบบสอบถามทั้งหมด ผู้วิจัยได้นำข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ ที่ตอบแบบสอบถาม เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานะภาพการสมรส อาชีพ รายได้ ภาระหนี้สิน และ เงินออม จำแนกข้อมูลเป็นค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิเคราะห์ ปรากฏดังตาราง 4.13- 4.14 ดังนี้

ตาราง 4.13 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน) (n=400)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	194	48.50
หญิง	206	51.50
2. สถานภาพ		
โสด	9	2.30
สมรส	241	60.30
หย่าร้าง / แยกทาง	12	3.00
หม้าย	138	34.50
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา (ป.4, ป.6, ป.7)	210	52.50
มัธยมศึกษา (ตอนต้น-ตอนปลาย)	64	16.00
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	50	12.50
ปริญญาตรี	72	18.00
สูงกว่าปริญญาตรี	4	1.00
4. อาชีพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ(ก่อนอายุ 60 ปี)		
ข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	109	27.25
พนักงานบริษัทเอกชน/รับจ้าง	12	3.00
ผู้ใช้แรงงาน	16	4.00
เกษตรกร(ทำนา/ทำไร่/ทำสวน)	210	52.50
ค้าขาย	24	6.00
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	27	6.75
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	0.50
5. อาชีพปัจจุบัน		
ข้าราชการบำนาญ	97	24.25
ค้าขาย	29	7.25

ตาราง 4.13 (ต่อ)

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน) (n=400)	ร้อยละ
เกษตรกรกรรม	204	51.00
รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน	27	6.75
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	34	8.50
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	2.25
6. แหล่งที่มาของรายได้มาจาก		
การประกอบอาชีพ/ทำงานเอง	24	6.00
เงินบำเหน็จ/บำนาญ	97	24.25
บุคคลในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร	229	57.25
สวัสดิการจากรัฐ	50	12.50
7. ความสัมพันธ์ของผู้ที่ดูแลกับผู้สูงอายุ		
ลูกหรือหลาน	329	82.25
พี่หรือน้อง	71	17.75

จากตาราง 4.13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ที่ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นหญิง (51.50) สถานภาพสมรส (60.30) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษา (52.50) อาชีพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ (ก่อนอายุ 60 ปี) ส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกรกรรม (52.50) อาชีพปัจจุบันของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อาชีพเกษตรกรกรรม (51.00) แหล่งที่มาของรายได้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มาจาก บุคคลในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร (57.25) และความสัมพันธ์ของผู้ที่ดูแลกับผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ เป็น ลูกหรือหลาน (82.25)

ตาราง 4.14 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลทั่วไป ของกลุ่ม
ตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม n=400

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ของผู้ตอบแบบสอบถาม	Minimum	Maximum	\bar{X}	S.D.
อายุ	59.00	91.00	69.11	6.40
รายได้	600.00	50,000.00	5,267.38	6,720.82
ภาระหนี้สิน	.00	1,000,000.00	34,636.50	101,297.26
เงินออม	.00	1,000,000.00	22,697.90	79,241.70

จากตาราง 4.14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ที่ตอบแบบสอบถาม มีอายุโดยเฉลี่ย 69.11 (S.D. = 6.40) ปี รายได้ทั้งหมดต่อเดือน เฉลี่ย 5,267.38 บาทต่อเดือน (S.D.= 6720.816) และ ภาระหนี้สินของผู้สูงอายุโดยประมาณ เฉลี่ย 34, 636.50 บาท (S.D. = 101297.26) มีเงินออมโดยเฉลี่ยประมาณ 22,697.90 บาท 79241.70012 (S.D. = 101297.26) และส่วนใหญ่เป็นสมาชิกกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ (60.50) รองลงมาเป็นสมาชิกกองทุนหมู่บ้าน (58.80)

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 400 คน เพื่อหา ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีตัวชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทั้งหมดจำนวน 26 ตัวชี้วัด จำแนกเป็น 4 องค์ประกอบ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสภาพแวดล้อม และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ผู้วิจัยวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้วิธีการหาค่าเฉลี่ย (Arithmetic mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏดังตาราง 4.15 – 4.19

ตาราง 4.15 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัด
บุรีรัมย์โดยภาพรวม n=400

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	\bar{x}	S.D.	ระดับ คุณภาพชีวิต
ด้านร่างกาย	3.34	0.74	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	3.67	0.68	สูง
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3.98	0.77	สูง
ด้านสภาพแวดล้อม	3.25	0.80	ปานกลาง
รวม	3.56	0.74	สูง

จากตาราง 4.15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ มีระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยรวม อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) = 3.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 0.74 เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง 2 ด้าน ได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านจิตใจ ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) = 3.98 และ 3.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 0.77 และ 0.68 และ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านร่างกาย และด้านสภาพแวดล้อม ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) = 3.34, และ 3.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 0.74 และ 0.80 ตามลำดับ

ตาราง 4.16 ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัด
บุรีรัมย์ ด้านร่างกาย n=400

ด้านร่างกาย	\bar{x}	S.D.	ระดับ คุณภาพชีวิต
1. คิดว่าสุขภาพร่างกาย แข็งแรง	3.38	3.85	ปานกลาง
2. ยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง	3.24	0.77	ปานกลาง

ตาราง 4.16 (ต่อ)

ด้านร่างกาย	\bar{X}	S.D.	ระดับ คุณภาพชีวิต
3. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ	3.36	0.88	ปานกลาง
4. มีกำลังเพียงพอที่จะทำกิจกรรมต่างๆในแต่ละวัน (เรื่องการทำงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)	3.52	0.65	สูง
5. จำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวันมากน้อย	3.50	0.71	สูง
6. พึงพอใจกับความสามารถในการทำงานของ อย่างที่เคยทำมามากน้อย	3.10	0.62	ปานกลาง
7. มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น	3.32	0.68	ปานกลาง
รวม	3.34	0.74	ปานกลาง

จากตาราง 4.16 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ มีระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านร่างกายโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) = 3.34 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 0.74 เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตรายข้อ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย อยู่ในระดับสูง 2 ข้อ และอยู่ในระดับปานกลาง 5 ข้อ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้คือ อยู่ในระดับสูง ได้แก่ ข้อ 4 มีกำลังเพียงพอที่จะทำกิจกรรมต่างๆในแต่ละวันเพียงใด (เรื่องการทำงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน) และ ข้อ 5 จำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวันมากน้อยเพียงใด ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) เท่ากับ 3.52 และ 3.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.65 และ 0.71 และ อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ข้อ 1 คิดว่าสุขภาพร่างกายของ แข็งแรงเพียงใด ข้อ 3 การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการเพียงใด ข้อ 7 มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นเพียงใด ข้อ 2 ยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองในระดับใด และ ข้อ 6 พึงพอใจกับความสามารถในการทำงานของอย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใดค่าเฉลี่ย (\bar{X}) เท่ากับ 3.38, 3.36, 3.32, 3.24 และ 3.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.85, 0.88, 0.68, 0.77 และ 0.62 ตามลำดับ

ตาราง 4.17 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัด
บุรีรัมย์ ด้านจิตใจ n=400

ด้านจิตใจ	\bar{x}	S.D.	ระดับ คุณภาพชีวิต
1. รู้สึกมั่นใจและพึงพอใจในตนเอง	3.82	0.74	สูง
2. รู้สึกมีความสุข ความสงบ มีความหวังในชีวิต	3.79	0.62	สูง
3. มีความสุขและสบายใจกับการนอนหลับของ	3.61	0.70	สูง
4. มีสมาธิในการทำงานต่างๆ	3.75	0.65	สูง
5. มีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล	3.26	0.66	ปานกลาง
6. รู้สึกพอใจและมีความยินดีเพียงใดที่สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ให้ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	3.90	0.72	สูง
7. รู้สึกว่าชีวิต มีความหมาย	3.56	0.64	สูง
รวม	3.67	0.68	สูง

จากตาราง 4.17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ มีระดับคุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุ ด้านจิตใจ โดยรวม อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) = 3.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
(S.D.) = 0.68 เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตรายข้อ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
ด้านจิตใจ อยู่ในระดับสูง 6 ข้อ อยู่ในระดับปานกลาง 1 ข้อ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้
คือ อยู่ในระดับสูง ได้แก่ ข้อ 6 รู้สึกพอใจและมีความยินดีเพียงใดที่สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ให้ผ่านไป
ได้ในแต่ละวัน ข้อ 1 รู้สึกมั่นใจและพึงพอใจในตนเองเพียงใด ข้อ 2 รู้สึกมีความสุข ความสงบ
มีความหวังในชีวิตเพียงใด ข้อ 4 มีสมาธิในการทำงานต่างๆ เพียงใด ข้อ 3 มีความสุขและสบายใจ
กับการนอนหลับของ เพียงใด และ ข้อ 7 รู้สึกว่าชีวิต มีความหมายเพียงใด ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) เท่ากับ
3.90, 3.82, 3.79, 3.75, 3.61 และ 3.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.72, 0.74, 0.62, 0.65,
0.70 และ 0.64 ตามลำดับ และ อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ข้อ 5 มีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา
เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล เพียงใด ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) เท่ากับ 3.26 และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
(S.D.) เท่ากับ 0.66

ตาราง 4.18 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัด
บุรีรัมย์ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม n=400

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	\bar{x}	S.D.	ระดับ คุณภาพชีวิต
1. พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อย	3.97	0.74	สูง
2. พอใจกับสภาพแวดล้อมหรือบรรยากาศในชุมชน ที่อาศัยอยู่ตอนนี้	3.95	0.83	สูง
3. สภาพแวดล้อมในครัวเรือนส่งผลดีต่อต่อสุขภาพ	4.16	0.68	สูง
4. รู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีใหม่ในแต่ละวัน	3.90	0.71	สูง
5. มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดกับสภาพแวดล้อม ในบ้านเรือน	3.92	0.87	สูง
รวม	3.98	0.77	สูง

จากตาราง 4.18 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ มีระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม โดยรวม อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) = 3.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 0.77 เมื่อพิจารณาดมองค์ประกอบคุณภาพชีวิตรายข้อ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านความสัมพันธ์ทางสังคม อยู่ในระดับสูงทุกข้อ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ คือ ได้แก่ ข้อ 3 สภาพแวดล้อมในครัวเรือนส่งผลดีต่อต่อสุขภาพ ข้อ 1 พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด ข้อ 2 พอใจกับสภาพแวดล้อมหรือบรรยากาศในชุมชนที่อาศัยอยู่ตอนนี้เพียงใด ข้อ 5 มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดกับสภาพแวดล้อมในบ้านเรือนเพียงใด ข้อ 4 รู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีใหม่ในแต่ละวันค่าเฉลี่ย (\bar{x}) เท่ากับ 4.16, 3.97, 3.95, 3.92 และ 3.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.68, 0.74, 0.83, 0.87 และ 0.71 ตามลำดับ

ตาราง 4.19 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ด้านสภาพแวดล้อม n=400

ด้านสภาพแวดล้อม	\bar{x}	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต
1. รู้สึกพึงพอใจกับการได้ผูกมิตรหรือการสมาคมเข้ากับคนอื่นที่ผ่านมา	3.45	0.77	สูง
2. พอใจหรือไว้วางใจกับการไปใช้บริการด้านบริการสาธารณสุขตามความจำเป็น	3.50	0.74	สูง
3. พอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของ (หมายถึงการคมนาคม)	3.05	0.87	ปานกลาง
4. สามารถไปไหนมาไหนด้วยตัวเองได้ดี	3.15	0.67	ปานกลาง
5. พอใจในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ของ	3.23	0.93	ปานกลาง
6. ได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตในแต่ละวัน	3.08	0.92	ปานกลาง
7. พอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ	3.32	0.73	ปานกลาง
รวม	3.25	0.80	ปานกลาง

จากตาราง 4.19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ มีระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านสภาพแวดล้อมโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) = 3.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 0.80 เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตรายข้อ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับสูงสองข้อ ปานกลางห้าข้อ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ คือ ได้แก่ ข้อ 2 พอใจหรือไว้วางใจกับการไปใช้บริการด้านบริการสาธารณสุขตามความจำเป็นเพียงใด ข้อ 1 รู้สึกพึงพอใจกับการได้ผูกมิตรหรือการสมาคมเข้ากับคนอื่นที่ผ่านมาเพียงใด ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) เท่ากับ 3.50, 3.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.74, 0.77 ข้อ 7 พอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆแค่ไหน ข้อ 5 พอใจในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ของ เพียงใด ข้อ 4 สามารถไปไหนมาไหนด้วยตัวเองได้ดีเพียงใด ข้อ 6 ได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตในแต่ละวันเพียงใด ข้อ 3 พอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของ (หมายถึงการคมนาคม) เพียงใด ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) เท่ากับ 3.32, 3.23, 3.15, 3.08 และ 3.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.73, 0.93, 0.67, 0.92 และ 0.87 ตามลำดับ

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ระดับของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

ผลการวิเคราะห์ระดับของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่ ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวชุมชน และ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์โดยใช้วิธีการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการประมาณค่าแบบช่วง (Interval estimate) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏดังตาราง 4.20-4.24

ตาราง 4.20 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ n=400

ด้านการให้คุณค่าในตนเอง	\bar{x}	S.D.	ระดับการให้คุณค่า ๑
1. เป็นที่รักของคนในครอบครัว	3.31	0.94	ปานกลาง
2. คนรู้จักและเพื่อนบ้านมักพูดถึง ในทางที่ดีงาม	3.21	0.78	ปานกลาง
3. คิดว่าทุกคนเกิดมามีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน	2.78	0.89	ปานกลาง
4. คิดว่าตนเองมีความสามารถทำงานให้สำเร็จได้	3.25	0.59	ปานกลาง
5. รู้สึกว่าตนเองด้อยค่าด้อยความสามารถเมื่อเทียบกับเพื่อน ๆ	3.79	0.85	สูง
6. คิดว่า มีความสามารถในการทำงานให้สำเร็จ	3.74	0.87	สูง
7. คิดว่าตนเองยังมีประโยชน์ต่อคนอื่น ๆ	3.69	0.52	สูง
8. คิดว่าตนเองสามารถสร้างคุณค่าให้กับชุมชนได้	3.29	0.77	ปานกลาง
รวม	3.38	0.78	ปานกลาง

จากตาราง 4.20 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ มีระดับของปัจจัยด้านการให้คุณค่าตนเองโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) เท่ากับ 3.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.78 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีระดับของปัจจัยด้านการให้คุณค่าตนเอง อยู่ในระดับสูง 3 ข้อ และอยู่ในระดับปานกลาง 5 ข้อ เรียงลำดับ ค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ คือ อยู่ในระดับสูง ได้แก่ ข้อ 5 รู้สึกว่าตนเองด้อยค่าด้อยความสามารถ เมื่อเทียบกับเพื่อน ๆ ข้อ 6 คิดว่า มีความสามารถในการทำงานให้สำเร็จ และ ข้อ 7 คิดว่าตนเองยังมีประโยชน์ต่อคนอื่น ๆ ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) เท่ากับ 3.79, 3.74 และ 3.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.85, 0.87 และ

0.52 ส่วนปัจจัยด้านการให้คุณค่าตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ข้อ 1 เป็นที่รักของคนในครอบครัว ข้อที่ 8 คิดว่าตนเองสามารถสร้างคุณค่าให้กับชุมชนได้ ข้อ 4 คิดว่าตนเองมีความสามารถทำงานให้สำเร็จได้ ข้อ 2 คนรู้จักและเพื่อนบ้านมักพูดถึง ในทางที่ดีงาม และ ข้อที่ 3 คิดว่าทุกคนเกิดมามีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) เท่ากับ 3.31, 3.29, 3.25, 3.21 และ 2.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.94, 0.77, 0.59, 0.78 และ 0.89 ตามลำดับ

ตาราง 4.21 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ n=400

ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	\bar{x}	S.D.	ระดับการปฏิบัติ ๑
1. รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อเป็นประจำ	3.59	0.78	สูง
2. ในแต่ละวัน รับประทานอาหารครบ 5 หมู่	3.39	0.99	ปานกลาง
3. ขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะเป็นเวลา	3.26	0.75	ปานกลาง
4. สามารถไปไหน มาไหนหรือเดินทางไปต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง	4.13	0.76	สูง
5. เมื่อเจ็บป่วย ได้รับคำแนะนำเรื่องการพักผ่อน การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพที่เหมาะสม จากบุคลากรสาธารณสุข	4.51	0.91	สูงมาก
6. ได้นอนหลับพักผ่อนวันละ 6 – 8 ชั่วโมง	3.37	0.72	ปานกลาง
7. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น อาหารที่มีไขมันสูงหรือขนมหวาน	3.78	0.69	สูง
8. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	3.92	0.81	สูง
รวม	3.74	0.80	สูง

จากตาราง 4.21 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ มีระดับของปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยรวม อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.80 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีระดับของปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับสูงมาก 1 ข้อ อยู่ในระดับสูง 4 ข้อ และ อยู่ในระดับปานกลาง 3 ข้อ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ คือ อยู่ในระดับสูงมาก ได้แก่ ข้อ 5 เมื่อเจ็บป่วย ได้รับคำแนะนำเรื่องการพักผ่อน การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพที่เหมาะสม จากบุคลากรสาธารณสุข ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.91 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ข้อ 4 สามารถไปไหน มาไหนหรือเดินทางไปต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง รองลงมา ข้อ 8 ออกกำลังสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ข้อ 7 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น อาหารที่มีไขมันสูงหรือขนมหวาน และ ข้อ 1 รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อเป็นประจำ ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.13, 3.92, 3.78, และ 3.59 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.76, 0.81, 0.69 และ 0.78 ส่วนปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ข้อ 2 ในแต่ละวัน รับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ ข้อ 6 ได้นอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง ข้อ 3 ขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะเป็นเวลา ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.39, 3.37 และ 3.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.99, 0.72 และ 0.75 ตามลำดับ

ตาราง 4.22 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิต

ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

n=400

ด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่	\bar{x}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ ๑
1. มีความพึงพอใจในความสมบูรณ์ แข็งแรงของสุขภาพร่างกาย	3.69	0.90	สูง
2. มีกำลังเพียงพอและมีสมาธิที่จะทำงานในแต่ละวัน	3.37	0.87	ปานกลาง
3. สามารถไปมาหาสู่พูดคุยและได้รับการยอมรับจากเพื่อนบ้าน	3.94	0.78	สูง
4. พึงพอใจกับสภาพบ้านเรือน ที่พักอาศัยของตนเองที่อยู่ร่วมกับครอบครัวครอบครัว	3.81	0.75	สูง
5. พึงพอใจกับการคมนาคม สัตว์จรไปมาในชุมชน/หมู่บ้านและท้องถิ่น	3.39	0.91	ปานกลาง
6. รู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคง และปลอดภัยดี	3.72	0.63	สูง

ตาราง 4.22 (ต่อ)

ด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่	\bar{x}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ ๑
7. สภาพารายรับและรายจ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของมีความสมดุลกัน	3.28	0.71	ปานกลาง
8. คิดว่าเส้นทางการดำเนินชีวิตของ บรรลุผลสำเร็จตาม เป้าหมายที่ตั้งไว้	3.86	0.76	สูง
รวม	3.63	0.79	สูง

จากตาราง 4.22 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ มีระดับปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ โดยรวม อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.79 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีระดับของปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ อยู่ในระดับสูง 5 ข้อ อยู่ในระดับปานกลาง 3 ข้อ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ คือ อยู่ในระดับสูง ได้แก่ ข้อ 3 สามารถไปมาหาสู่พูดคุยและได้รับการยอมรับจากเพื่อนบ้านรองลงมา ข้อ 8 คิดว่าเส้นทางการดำเนินชีวิตของ บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ข้อ 4 พึงพอใจกับสภาพบ้านเรือน ที่พักอาศัยของตนเองที่อยู่ร่วมกับครอบครัวครอบครัว ข้อ 6 รู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคง และปลอดภัยดี และ ข้อ 1 มีความพึงพอใจในความสมบูรณ์ แข็งแรงของสุขภาพร่างกาย ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.94, 3.86, 3.81, 3.72, และ 3.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.78, 0.76, 0.75, 0.63 และ 0.90 ส่วนปัจจัยด้าน ความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ข้อ 5 พึงพอใจกับการคมนาคม สัญจรไปมาในชุมชน/หมู่บ้านและท้องถิ่น ข้อ 2 มีกำลังเพียงพอและมีสมาธิที่จะทำงานในแต่ละวัน และ ข้อ 7 สภาพารายรับและรายจ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวันของ มีความสมดุลกัน ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.39, 3.37 และ 3.28 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.91, 0.87 และ 0.71 ตามลำดับ

ตาราง 4.23 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัว
ชุมชนมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ (n=400)

ด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน	\bar{x}	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม ๑
1. ไปเที่ยวกับครอบครัวเมื่อมีโอกา	3.39	0.69	ปานกลาง
2. สมาชิกในครอบครัวมีการแสดงความรัก พุดคุยสนใจ และเอาใจใส่ต่อ	4.19	0.74	สูง
3. และครอบครัวใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน เช่น ทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน	3.88	0.71	สูง
4. มีเวลาและโอกาสเข้าร่วมทำกิจกรรมทางสังคมกับ เพื่อนบ้าน ชุมชน หมู่บ้านและท้องถิ่น	3.77	0.82	สูง
5. มักให้ความช่วยเหลือกับชุมชน หรือองค์กรต่างๆ	3.95	0.91	สูง
6. ให้ความร่วมมือและเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่ชุมชนจัดขึ้น	3.83	0.72	สูง
7. เข้าร่วมกลุ่มต่าง ๆ เช่น ชมรม กลุ่ม กลุ่มฌาปนกิจ สงเคราะห์ ชมรมผู้สูงอายุ สภากาแฟหรือสถาบันต่างๆ ในสังคม ด้วยความสมัครใจ	4.02	0.65	สูง
8. เข้าร่วมในการประชาคมหมู่บ้าน	4.58	0.79	สูงมาก
รวม	3.95	0.75	สูง

จากตาราง 4.23 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ มีระดับปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน โดยรวม อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.75 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีระดับด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน อยู่ในระดับสูงมาก 1 ข้อ อยู่ในระดับสูง 6 ข้อ และ อยู่ในระดับปานกลาง 1 ข้อ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ คือ อยู่ในระดับสูงมาก ได้แก่ ข้อ 8 เข้าร่วมในการประชาคมหมู่บ้าน ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.79 อยู่ในระดับสูง ได้แก่ ข้อ 2 สมาชิกในครอบครัวมีการแสดงความรัก พุดคุยสนใจ และเอาใจใส่ต่อรองลงมา ข้อ 7 เข้าร่วมกลุ่มต่างๆ เช่น ชมรม กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ ชมรมผู้สูงอายุ สภากาแฟหรือสถาบันต่างๆ ในสังคม ด้วยความสมัครใจ ข้อ 5 มักให้ความช่วยเหลือกับชุมชน หรือองค์กรต่างๆ ข้อ 3 และครอบครัวใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน เช่น ทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน ข้อ 6

ให้ความร่วมมือและเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ชุมชนจัดขึ้น และ ข้อ 4 มีเวลาและโอกาสเข้าร่วมทำกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อนบ้าน ชุมชน หมู่บ้านและท้องถิ่น ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.19, 4.02, 3.95, 3.88, 3.83, 3.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.74, 0.65, 0.91, 0.70, 0.72, 0.82 อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ข้อ 1 ไปเกี่ยวกับครอบครัวเมื่อมี โอกาส ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.69 ตามลำดับ

ตาราง 4.24 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ใน จังหวัดบุรีรัมย์ n=400

ด้านการสนับสนุนทางสังคม	\bar{X}	S.D.	ระดับการสนับสนุน ฯ
1. เมื่อ มีปัญหาสุขภาพหรือมีเรื่องกังวลใจ บุคคลในครอบครัวได้ให้คำแนะนำ	3.05	0.35	ปานกลาง
2. ได้รับคำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมจากสมาชิกครอบครัว	3.14	0.44	ปานกลาง
3. ค้นหาความรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต	2.95	0.75	ปานกลาง
4. พึงพอใจต่อการช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต/เทศบาล)	3.89	0.89	สูง
5. ปัจจุบันหน่วยราชการและเอกชนให้การสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ	3.35	0.85	ปานกลาง
6. ได้รับสิ่งของหรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกายจากหน่วยงานของรัฐ เช่น อบต. สถานีอนามัย	3.77	0.77	สูง
7. พึงพอใจผู้มิตรหรือเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนบ้านและคนอื่นในชุมชน	4.43	0.73	สูงมาก
8. พึงพอใจต่อการช่วยเหลือกันเองของกลุ่มคน/ชมรม/หน่วยงานราชการ	3.82	0.62	สูง
รวม	3.55	0.68	สูง

จากตารางที่ 4.24 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ มีระดับของปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม โดยรวม อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.55 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.68 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีระดับของปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูงมาก 1 ข้อ อยู่ในระดับสูง 3 ข้อ และ อยู่ในระดับปานกลาง 4 ข้อ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ คือ อยู่ในระดับสูงมาก ได้แก่ ข้อ 7 พอใจผูกมิตรหรือเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนบ้าน และคนอื่นในชุมชน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.73 อยู่ในระดับสูง ได้แก่ ข้อ 4 พึงพอใจต่อการช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) รองลงมา ข้อ 8 พอใจต่อการช่วยเหลือกันเองของกลุ่มคน/ชมรม/หน่วยงานราชการ ข้อ 6 ได้รับสิ่งของหรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกายจากหน่วยงานของรัฐ เช่น อบต. สถานีอนามัย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.89, 3.82, และ 3.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.89, 0.62 และ 0.77 ส่วนระดับข้อปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ข้อ 5 ปัจจุบันหน่วยราชการและเอกชนให้การสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพแก่ข้อ 2 ได้รับคำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสมจากสมาชิกครอบครัว ข้อ 1 เมื่อ มีปัญหาสุขภาพหรือมีเรื่องกังวลใจ บุคคลในครอบครัวได้ให้คำแนะนำแก่ และ ข้อ 3 ค้นหาความรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ จากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.35, 3.14, 3.05 และ 2.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.85, 0.44, 0.35 และ 0.75 ตามลำดับ

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีตัวแปรพยากรณ์ จำนวนทั้งหมด 13 ตัวแปร ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ตามลำดับดังนี้

1. กำหนดรหัสตัวแปรสำหรับการวิเคราะห์ โดยตัวแปรประเภทกลุ่ม Nominal scale และอันดับ Ordinal scale ให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy) และ กำหนดรหัสตัวแปร Interval/Ratio Scale เพื่อทำการวิเคราะห์
2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้งหมดกับตัวแปรตามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Correlation Coefficient) หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย
3. การวิเคราะห์ค่าอำนาจการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัวแปรที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) รวมจำนวนตัวแปรพยากรณ์ทั้งหมด 13 ตัว และการสร้างสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

1. กำหนดรหัสตัวแปรสำหรับการวิเคราะห์

ตัวแปรที่กำหนด เป็นตัวแปรที่มีระดับการวัดในระดับ Norminal scale และอันดับ Ordinal scale จัดกระทำตัวแปรแปรหุ่น (Dummy) ซึ่งพิจารณาจากจำนวนของกลุ่มต้องไม่น้อยกว่า 30 หน่วย ซึ่งทำการสมมติตัวแปรหุ่น (Dummy) เป็น 0 และ 1 และทำการกำหนดรหัสเพื่อทำการวิเคราะห์ต่อไป ดังแสดงในตาราง 4.25 และ 4.26 ดังนี้

ตาราง 4.25 การกำหนดตัวแปร Norminal/Ordinal Scale เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy) และรหัสตัวแปร n=400

ประเภทของตัวแปร Norminal /Ordinal Scale	n	ตัวแปรหุ่น (Dummy)	รหัสตัวแปร
1. เพศ			x1
ชาย	194	1=ชาย	
หญิง	206	0=หญิง	
2. ระดับการศึกษา			x2
ประถมศึกษา (ป.4, ป.6, ป.7)	210	1=ประถมศึกษา (ป.4, ป.6, ป.7)	
มัธยมศึกษา	64	0=มัธยมศึกษา	
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	50	0=ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	
ปริญญาตรี	72	1=ปริญญาตรี	
สูงกว่าปริญญาตรี	4	0=สูงกว่าปริญญาตรี	
3. สถานภาพการสมรส			x3
โสด	9	0=โสด	
สมรส	241	1=สมรส	
หย่าร้าง หรือแยกทาง	12	0=หย่าร้างแยกทาง	
หม้าย	138	1=หม้าย	

ตาราง 4.25 (ต่อ)

ประเภทของตัวแปร Nominal / Ordinal Scale	n	ตัวแปรหุ่น (Dummy)	รหัสตัวแปร
4. อาชีพปัจจุบัน			x4
ข้าราชการบำนาญ	97	1= ข้าราชการบำนาญ	
ค้าขาย	29	0= ค้าขาย	
เกษตรกรกรรม	204	1= เกษตรกรรม	
รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน	27	0= รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน	
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	34	0= ประกอบธุรกิจส่วนตัว	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	0=ไม่ได้ประกอบอาชีพ	

ตาราง 4. 26 แสดงการกำหนดรหัสตัวแปร Interval/Ratio Scale n=400

ประเภทตัวแปร Interval/Ratio Scale	ค่าเฉลี่ยของ ตัวแปร	รหัสตัวแปร
5. อายุ		x5
6. รายได้ต่อเดือน		x6
7. ภาระหนี้สิน		x7
8. เงินออม		x8
9. บัญชีด้านการให้คุณค่าในตนเอง		x9
10. บัญชีด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		x10
11. บัญชีด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่		x11
12. บัญชีด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน		x12
13. บัญชีด้านการสนับสนุนทางสังคม		x13
14. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ		y

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้งหมดกับตัวแปรตามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Correlation Coefficient) หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้งหมด ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ (x1) ระดับการศึกษา (x2) สถานภาพการสมรส (x3) อาชีพปัจจุบัน (x4) อายุ (x5) รายได้ต่อเดือน (x6) ภาระหนี้สิน (x7) เงินออม (x8) ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง (x9) ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (x10) ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ (x11) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน (x12) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (x13) กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (y) โดยใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Correlation Coefficient) หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย ในรูปของเมตริกซ์สหสัมพันธ์ (Correlation matrix) ดังตาราง 4.27

ตาราง 4.27 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย ระหว่างตัวแปรอิสระทั้งหมดกับตัวแปรตามในรูปแบบของเมทริกซ์สหสัมพันธ์ (Correlation matrix)

ตัวแปร	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9	x10	x11	x12	x13	y
1.เพศ (x1)	-	.064	-2.67(**)	.073	.073	-.149(**)	-.027	-.034	-.072	-.065	-.084	-.053	-.073	-.046
2.ระดับการศึกษา (x2)		-	.003	.220(**)	.118(*)	-.495(**)	-.308(**)	-.301(**)	-.010	-.062	-.044	-.014	-.051	-.043
3.สถานภาพการสมรส (x3)			-	-.024	-.331(**)	.229(**)	.141(**)	.097	-.012	.017	.046	.024	-.006	.035
4.อาชีพปัจจุบัน (x4)				-	-.118(*)	-.333(**)	-.081	-.256(**)	.009	.017	.022	.066	.082	.070
5.อายุ (x5)					-	-.187(**)	-.130(**)	.014	.058	.033	.009	.072	.026	.026
6.รายได้ต่อเดือน (x6)						-	.357(**)	.274(**)	.032	.084	.045	.031	.049	.051
7.ภาระหนี้สิน (x7)							-	.321(**)	.063	.051	.086	-.043	.016	.008
8.เงินออม (x8)								-	.064	.101(*)	.094	.068	.025	.090
9.ปัจจัยด้านการให้ค่าตอบแทนตนเอง (x9)									-	.552(**)	.469(**)	.547(**)	.597(**)	.614(**)
10.ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน (x10)										-	.656(**)	.521(**)	.445(**)	.728(**)
11.ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ (x11)											-	.595(**)	.410(**)	.704(**)
12.ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน (x12)												-	.533(**)	.714(**)
13.ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (x13)													-	.596(**)
14.คุณภาพชีวิตสูงสุดอายุ (y)														-

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

จากตาราง 4.27 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระหรือตัวแปรพยากรณ์ด้วยกัน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ (x1) ระดับการศึกษา (x2) สถานภาพการสมรส (x3) อาชีพปัจจุบัน (x4) อายุ (x5) รายได้ต่อเดือน (x6) ภาระหนี้สิน (x7) เงินออม (x8) ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง (x9) ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (x10) ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ (x11) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน (x12) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (x13) พบว่า ไม่มีตัวแปรพยากรณ์ คู่ใดมีปัญหาความสัมพันธ์กันเองสูง เนื่องจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ทุกคู่มีค่าระหว่าง มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.101 ถึง 0.656 ดังนั้นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) น้อยกว่า 0.75 จึงไม่เกินข้อตกลงของการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis : R^2) โดยคู่ที่มีความสัมพันธ์กันทางบวกสูงสุด คือ ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (x10) ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ (x11) มีความสัมพันธ์ 0.656 รองลงมา คือ ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง (x9) กับ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (x13) มีความสัมพันธ์ 0.597 ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ (x11) กับ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน (x12) มีความสัมพันธ์ 0.595 ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง (x9) กับ ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (x10) มีความสัมพันธ์ 0.552 ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง (x9) กับปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน (x12) มีความสัมพันธ์ 0.547 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน (x12) กับ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (x13) มีความสัมพันธ์ 0.533 ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (x10) กับ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน (x12) มีความสัมพันธ์ 0.521 ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง (x9) กับปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ (x11) มีความสัมพันธ์ 0.469 ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (x10) กับปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (x13) มีความสัมพันธ์ 0.445 ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ (x11) กับ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (x13) มีความสัมพันธ์ 0.410 รายได้ต่อเดือน (x6) กับ ภาระหนี้สิน (x7) มีความสัมพันธ์ 0.357 ภาระหนี้สิน (x7) กับ เงินออม (x8) มีความสัมพันธ์ 0.321 รายได้ต่อเดือน (x6) กับ เงินออม (x8) มีความสัมพันธ์ 0.274 สถานภาพการสมรส (x3) กับรายได้ต่อเดือน (x6) และ ภาระหนี้สิน (x7) มีความสัมพันธ์ 0.229 และ 0.141 ระดับการศึกษา (x2) กับ อาชีพปัจจุบัน (x4) และอายุ (x5) มีความสัมพันธ์ 0.220 และ 0.118 และ เงินออม (x8) กับ ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (x10) คู่ที่มีความสัมพันธ์ทางลบสูง คือ ระดับการศึกษา (x2) กับ รายได้ต่อเดือน (x6) มีความสัมพันธ์ -0.495 รองลงมาคือ อาชีพปัจจุบัน (x4) กับ รายได้ต่อเดือน (x6) และ สถานภาพการสมรส (x3) กับ อายุ (x5)

มีความสัมพันธ์ -0.333 และ -0.331 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.01$ ทุกค่า เมื่อพิจารณาตัวแปรพยากรณ์ ทั้ง 13 ตัว ที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (y) พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย มีค่าระหว่าง $0.596-0.728$ โดยมีความสัมพันธ์กันทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (y) ดังนี้ ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (x10) กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (y) มีความสัมพันธ์กันสูงสุด 0.728 รองลงมาคือ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน (x12) ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ (x11) ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง (x9) และ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (x13) กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (y) มีความสัมพันธ์ $0.714, 0.704, 0.614$ และ $.596$ ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.01$ ทุกค่า

3. การวิเคราะห์ค่าอำนาจการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัวแปรที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) รวมจำนวนตัวแปรพยากรณ์ทั้งหมด 13 ตัว และการสร้างสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

3.1 การวิเคราะห์ค่าอำนาจการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ แต่ละปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ด้วยการค้นหาตัวแปรพยากรณ์ที่ดี

การวิเคราะห์ค่าอำนาจการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์หรือตัวแปรอิสระ แต่ละปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) รวมจำนวนตัวแปรพยากรณ์ ทั้งหมด 13 ตัว ได้แก่ เพศ (x1) ระดับการศึกษา (x2) สถานภาพการสมรส (x3) อาชีพปัจจุบัน (x4) อายุ (x5) รายได้ต่อเดือน (x6) ภาระหนี้สิน (x7) เงินออม (x8) ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง (x9) ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (x10) ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ (x11) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน (x12) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (x13) กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (y) เป็นการเลือกเฉพาะตัวแปรพยากรณ์ที่ส่งผลต่อตัวแปรตามสูง จึงใช้วิธีการค้นหาตัวแปรพยากรณ์ที่ดีด้วยวิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นบันได (Stepwise Regression) โดยพิจารณาตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรตามสูงสุด ถ้าผ่านเกณฑ์ก็จะถูกนำเข้ามาสมการในลำดับเดียวกันจนสิ้นสุดกระบวนการปรากฏผล ดังตาราง 4.28

ตาราง 4.28 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ เพื่อค้นหาตัวแปรพยากรณ์ที่ดี โดยวิธีขั้นบันได

(Stepwise Multiple Linear Regression)

ตัวพยากรณ์	R	R ²	R ² Adjusted	SE _{est}	R ² Change	F	p
x10	.728	.530	.528	.345	.530	448.03	.000**
x10 x12	.826	.683	.681	.283	.154	427.85	.000**
x10x12 x13	.842	.709	.707	.272	.026	322.14	.000**
x10 x12 x13 x11	.856	.733	.731	.261	.024	271.58	.000**
x10 x12 x13 x11 x9	.858	.737	.733	.259	.003	220.63	.000**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 4.28 พบว่า ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเพื่อค้นหาตัวแปรพยากรณ์ที่ดี แบบขั้นบันได ในขั้นที่ 1 เมื่อ ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (x10) เป็นตัวแปรพยากรณ์ค่าอำนาจในการพยากรณ์ (R²) เท่ากับ .530 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ .345 ในขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ซึ่งเป็นปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน (x12) เข้าไปในสมการ ค่าอำนาจการพยากรณ์เท่ากับ .683 เพิ่มขึ้นจากเดิม .154 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ เท่ากับ .283 ลดลงจากเดิม .062 ในขั้นที่ 3 เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ซึ่งเป็นปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (x13) เข้าไปในสมการ ค่าอำนาจการพยากรณ์เท่ากับ .709 เพิ่มขึ้นจากเดิม .026 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ .272 ลดลงจากเดิม 0.011 ในขั้นที่ 4 เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ (x11) เข้าไปในสมการ ค่าอำนาจการพยากรณ์เท่ากับ .733 เพิ่มขึ้นจากเดิม .024 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ .261 ลดลงจากเดิม 0.011 ในขั้นที่ 5 เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ซึ่งเป็นปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง (x9) เข้าไปในสมการ ค่าอำนาจการพยากรณ์เท่ากับ .737 เพิ่มขึ้นจากเดิม .003 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ .259 ลดลงจากเดิม 0.002 จะเห็นได้ว่าเมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ในแต่ละขั้นตอน ปรากฏว่าค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ มีค่าลดลงทุกขั้นตอนแสดงว่า ตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวที่เข้าสู่สมการพยากรณ์ร่วมกัน สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีจำนวน 5 ตัว คือ ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (x10) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน (x12) ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ (x11) ปัจจัยด้าน

การสนับสนุนทางสังคม (x13) และ ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง (x9) และเมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าอำนาจพยากรณ์เดิมกับค่าอำนาจพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้นในแต่ละขั้นตอนพบว่า ลักษณะการเพิ่มของอำนาจพยากรณ์และการลดลงของค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานจากเดิมในแต่ละขั้นตอนนี้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หลังจากนั้น เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ที่เหลือเข้าไปในสมการแล้วทดสอบนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเดิมกับค่าสหสัมพันธ์พหุคูณเมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์เข้าไปครั้งละ 1 ตัว ปรากฏว่า ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณลดลง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าตัวแปรพยากรณ์ที่เหลือ ได้แก่ เพศ (x1) ระดับการศึกษา (x2) สถานภาพการสมรส (x3) อาชีพปัจจุบัน (x4) อายุ (x5) รายได้ต่อเดือน (x6) ภาระหนี้สิน (x7) เงินออม (x8) อธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้น้อย จึงถูกนำออกจากสมการพยากรณ์

3.2 การสร้างสมการพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จากกลุ่มตัวแปรพยากรณ์ที่ดี

ในการพยากรณ์หรือการทำนายผลปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และการสร้างสมการพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ นั้นผู้วิจัยสร้างสมการพยากรณ์จากผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณกลุ่มตัวแปรพยากรณ์ที่ดี โดยได้วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาค่าน้ำหนักความสำคัญหรือค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรพยากรณ์ (b, β) ทั้ง 5 ตัว และค่าคงที่ของสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (a) ซึ่งปรากฏผลดังตารางที่ 4.29

ตาราง 4.29 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของกลุ่มตัวแปรพยากรณ์ที่ดี โดยใช้ตัวแปรพยากรณ์ จำนวน 5 ตัว พยากรณ์ตัวแปรตาม

ตัวพยากรณ์	b	β	SE _b	t	p
ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (x10)	.299	.316	.035	8.525	.000**
ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและ ชุมชน (x12)	.260	.286	.033	7.930	.000**
ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ (x11)	.127	.163	.027	4.787	.000**
ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (x13)	.232	.221	.039	5.937	.000**
ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง (x9)	.064	.082	.028	2.285	.023**
R =.858		R ² =.737	SE _{est} =.259		
		a =.097	F =220.63		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4.29 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของกลุ่มตัวแปรพยากรณ์ที่ดี โดยใช้ตัวแปรพยากรณ์ จำนวน 13 ตัว ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ตัวแปรตามได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีจำนวน 5 ตัว คือปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (x10) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน (x12) ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ (x11) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (x13) และ ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง (x9) โดยตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 5 ตัว มีค่าน้ำหนักความสำคัญในการพยากรณ์ ตามลำดับ ดังนี้คือ คือปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (x10) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน (x12) ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ (x11) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (x13) และปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง (x9) ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรพยากรณ์ ในรูปคะแนนดิบ (b) เท่ากับ .299, .260, .127, .232 และ .064 ตามลำดับ และค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรพยากรณ์ ในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ .316, .286, .163, .221, และ .082 ตามลำดับ โดยตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 5 ตัว มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ .858 มีค่าอำนาจการพยากรณ์

หรือค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) เท่ากับ .737 ค่า F เท่ากับ 220.63 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE_{est}) เท่ากับ .259 และมีค่าคงที่ของสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (a) เท่ากับ .097 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สามารถร่วมกันพยากรณ์หรือทำนายได้ร้อยละ 73.70 โดยเขียนเป็นสมการพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$Y = 0.097 + 0.299 (\text{ปัจจัยด้านการปฏิบัติวัตรประจำวัน}) + 0.260 (\text{ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน}) + 0.127 (\text{ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม}) + 0.232 (\text{ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่}) + 0.64 (\text{ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง})$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = 0.316 (\text{ปัจจัยด้านการปฏิบัติวัตรประจำวัน}) + 0.286 (\text{ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน}) + 0.163 (\text{ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม}) + 0.221 (\text{ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่}) + 0.82 (\text{ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง})$$

ตอนที่ 6 การสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

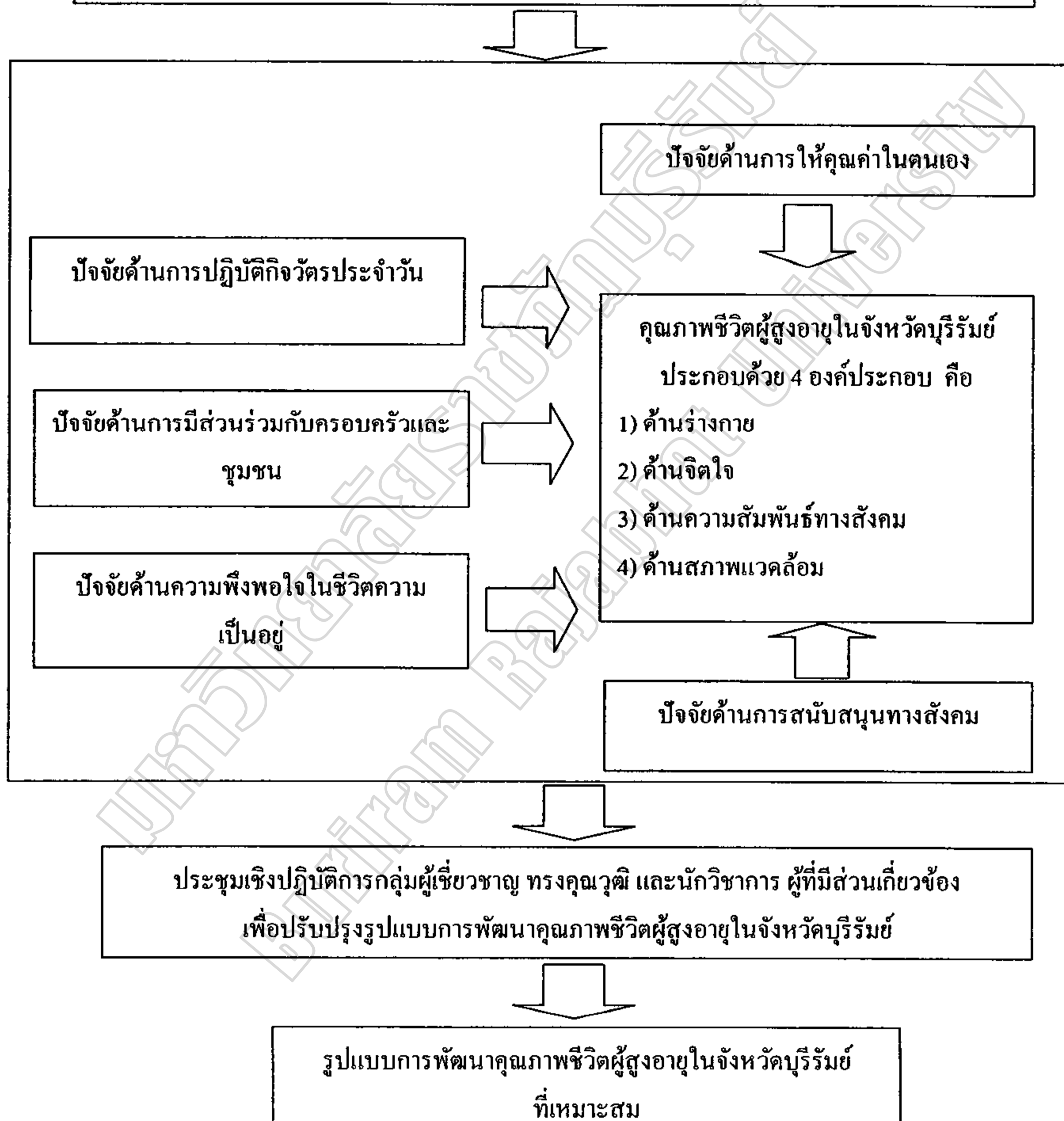
การสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 จากผลการวิจัยจากวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาประกอบการกำหนดเป็นตัวแปรปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยสรุปความในประเด็นสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันสร้างข้อสรุปที่เชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดในการวิจัย และสอดคล้องกับกรอบแนวคิดในการวิจัย จึงนำเข้าไปในขั้นตอนการวิจัยเชิงปริมาณต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 จากผลการวิจัยเชิงปริมาณ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ตัวแปรปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ มีจำนวน 5 ตัว ได้แก่ ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน และ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจึงนำสมการพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มาสร้างเป็นร่างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ พร้อมทั้งกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสม นำเข้าสู่การจัดประชุมระดม

สมองผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง วิพากษ์ วิจารณ์และให้ข้อเสนอแนะ/ แนวทางการปรับปรุงและพัฒนา รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ปรากฏ กระบวนการกร่างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ดังภาพประกอบ 4.1

1. สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในเขตชุมชนเมืองและเขตชุมชนชนบท
2. สอบถามผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองและเขตชุมชนชนบท แล้วกำหนดเป็นร่างรูปแบบการพัฒนา



ภาพประกอบ 4.1 กรอบแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์

ขั้นตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการระดมสมอง (Brain Storming) การประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ไปใช้และข้อวิพากษ์/ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิและนักวิชาการที่เกี่ยวข้องจากการจัดประชุมระดมสมองผู้เชี่ยวชาญ นำเสนอผลการวิเคราะห์ ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นจากการจัดประชุมระดมสมอง (Brain Storming) และข้อวิพากษ์/ข้อเสนอแนะในวันอาทิตย์ที่ 6 มีนาคม 2559 ณ องค์การบริหารส่วนตำบลทองหลาง อำเภอบ้านใหม่ไชยพจน์ จ.บุรีรัมย์ เป็นการระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการวิจัยเชิงปริมาณที่พบว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบด้วย 5 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ และ ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยนำผลการประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ไปใช้ ซึ่งปรากฏข้อสรุปประเด็นสาระสำคัญ ตามลำดับ ดังนี้

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ ที่ได้รับการประเมินความเป็นไปได้ให้มีการพัฒนาความเหมาะสมและนำรูปแบบไปใช้เพื่อทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้น ประกอบด้วย ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แนวทางการพัฒนาและผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ เป็นสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ตั้งแต่ตื่นเช้าขึ้นมาล้างหน้า แปรงฟัน รับประทานอาหารที่ถูกตามหลัก การขับถ่าย ความสามารถในการเดินทางไปไหนมาไหนด้วยตนเอง สามารถทำได้หมด แต่ก็ยังมีกลุ่มน้อยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้คือกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงต้องมีผู้คอยดูแลช่วยปฏิบัติหรือผู้สูงอายุที่มีอายุมากก็ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ก็มีลูกหลานคอยดูแล

ปัจจัยด้านนี้ จะสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านร่างกายและด้านจิตใจ หรือสุขภาพทางกายและทางใจของผู้สูงอายุ โดยตรง เช่น สุขภาพผู้สูงอายุไม่ค่อยแข็งแรง มีความพิการ มีภาวะความดันโลหิตสูง หรือเบาหวาน มีโรคประจำตัว อื่นหรือมีการเจ็บป่วย ปัญหาการรับประทานอาหารไม่ค่อยอร่อย เบื่ออาหาร และการเคลื่อนไหวร่างกาย ปวดเมื่อยตามตัว มีเรื่องกังวลใจ คิดมากเรื่องเล็กน้อย นอนไม่ค่อยหลับ หงา น้อยใจ หลงลืม เป็นต้น แต่ยังคงต้องอยู่กับสภาพของอาการหรือโรคเหล่านั้น จะเห็นได้ว่า ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จึงมีความสำคัญมาก เพราะความสามารถโดยตรงในการปฏิบัติกิจกรรมในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ จึงต้องอาศัยองค์ประกอบความสามารถจากภายในตัวผู้สูงอายุ

เอง และ จากภายนอกเพื่อส่งเสริมหรือสนับสนุน สร้างแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
 ดังนั้นจึงกำหนดกิจกรรมหรือแนวทางการพัฒนาปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อพัฒนา
 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังนี้

แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ที่มีส่วน
 เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้สูงอายุ
 ครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กร
 ปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีกิจกรรมดังนี้

1) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ควรมีผู้ช่วยเหลือดูแลในการปฏิบัติกิจวัตร
 ประจำวัน ควรจ้างอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับผิดชอบ ค่าจ้าง
 ดูแล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดูแลเรื่องปัญหาสุขภาพ การรักษาพยาบาล องค์กรปกครอง
 ส่วนท้องถิ่น ดูแลเรื่องที่อยู่อาศัย ภาระค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพ

2) ผู้สูงอายุ ควรช่วยเหลือดูแลตัวเองในเบื้องต้น เช่น ล้างหน้าแปรงฟัน
 รับประทานอาหาร การขับถ่าย การเดินทางไปไหนมาไหนด้วยตนเอง

3) ครอบครัว ควรดูแลช่วยเหลือ การอำนวยความสะดวก ในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือ
 ตัวเองไม่ได้

4) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ใน
 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

5) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุข อบรมให้ความรู้
 เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้สูงอายุ ส่งเสริม/สนับสนุนและจัดกิจกรรมการออกกำลังกายและ
 กิจกรรมสันทนาการตามความเหมาะสม เมื่อเจ็บป่วยควรดูแล รักษาพยาบาล เบื้องต้น มีอุปกรณ์
 สำหรับการอำนวยความสะดวกและเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ

6) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กิจกรรมจัดสิ่งอำนวยความสะดวก แก่ผู้สูงอายุ
 เช่นทางเดิน ทางเท้า รถเข็น สำหรับผู้สูงอายุที่พิการ จัดสถานที่ในการออกกำลังกาย อุปกรณ์การ
 กีฬา

2. ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมร่วมกับครอบครัวและชุมชน เป็นพฤติกรรมแสดงออกของ
 ผู้สูงอายุ ที่ได้มีการทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านจิตใจ เช่น มีการทำประชาคมหมู่บ้านเพื่อหาฉันทามติในเรื่อง
 ใดเรื่องหนึ่งก็จะเชิญผู้สูงอายุเข้าร่วมด้วยเพราะถือว่าเป็นผู้มีประสบการณ์ โดยเฉพาะกิจกรรม
 เกี่ยวกับพระพุทธศาสนาวันสำคัญต่างๆเช่นกิจกรรมวันเข้าพรรษา ออกพรรษา มาฆะบูชา หรือ
 ประเพณีท้องถิ่น เช่น แชน โคนตา ประเพณีของไทยเขมร พิธีในงานศพ ก็จะมีผู้สูงอายุมีส่วนร่วม

เป็นพ่อจ๋า เป็นหมอทำขวัญ ผู้กล้าในทางพิธีกรรมทางศาสนา นอกจากนี้แล้วยังมีการรวมกลุ่มต่าง ๆ เช่นชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ สมาชิกกองทุนหมู่บ้าน สมาชิกออมวันละบาท สมาชิกกลุ่มสัจจะออมทรัพย์

ปัจจัยด้านนี้ ถือได้ว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ โดยมีพร้อมทั้งคุณวุฒิและวัยวุฒิ เป็นทรัพยากรที่มีคุณค่า ถึงแม้ร่างกายจะเสื่อมถอยลงไป แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็ยังพร้อมที่จะทำงานส่วนรวมและพร้อมที่จะช่วยเหลือครอบครัวได้ เช่น ช่วยดูแลบุตรหลาน ช่วยดูแลบ้านเรือน หุงหาอาหาร ส่วนในชุมชนก็สามารถที่จะเป็นที่ปรึกษาในด้านต่าง ๆ แก่ชุมชนได้ ดังนั้น ครอบครัวและชุมชนควรให้ความสนใจผู้สูงอายุหาบทบาทให้ผู้สูงอายุด้วยการให้เป็นที่ปรึกษาแนะนำดูแลบุตรหลานภายในบ้านในชุมชน เพราะหากความสัมพันธ์ในครอบครัวในชุมชนดีแล้วก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นจึงกำหนดกิจกรรมหรือแนวทางการพัฒนาปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังนี้

แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักพระพุทธศาสนา โดยมีกิจกรรมดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน จิตอาสา การเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำ
- 2) ครอบครัว ควรให้ความเคารพ นับถือเอาใจใส่ การทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุ การรับประทานอาหารร่วมกัน
- 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมศักยภาพโดยให้เกียรติยกย่องผู้สูงอายุ การทำกิจกรรมร่วมกัน
- 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/อาสาสมัครสาธารณสุข จัดกิจกรรมสันตนาการกองทุนผู้สูงอายุ ประชาคมสุขภาพตำบล
- 5) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้พบปะกัน การจัดกิจกรรมในวันผู้สูงอายุ รดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ ประชาคมหมู่บ้าน ส่งเสริมศักยภาพโดยให้เกียรติยกย่องผู้สูงอายุในฐานะผู้มีประสบการณ์แต่งตั้งเป็นที่ปรึกษาด้านต่าง ๆ เช่น เป็นผู้นำทางศาสนา ผู้นำภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือปราชญ์ชาวบ้าน หรือผู้ทรงคุณวุฒิในประชาคมหมู่บ้าน เป็นที่ปรึกษาในการพัฒนาตำบล ชุมชนและหมู่บ้าน

6) สำนักพระพุทธศาสนา จัดกิจกรรมร่วมกับชุมชน/ท้องถิ่นตามจารีตประเพณีและ กิจกรรมทางพุทธศาสนา เช่น เข้าพรรษา ออกพรรษา มาฆะบูชา วิสาขบูชา การเข้าวัด ฟังธรรม การ ทำจิตใจให้สงบ

3. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม เป็นแรงขับเคลื่อนหรือสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ มีพลัง มีกำลังใจ ผู้สูงอายุแต่ละคนล้วนมีสภาพคุณภาพชีวิตกายใจ และความเสื่อมถอยทางด้าน ร่างกายที่แตกต่างกัน ดังนั้น สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุย่อมมีความแตกต่างกัน ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก เช่น ปัญหาการเจ็บป่วย ความรู้สึก ว่าตนเองด้อยค่าด้อยความสามารถเมื่อเทียบกับเพื่อน ๆ ส่วนในเรื่องสภาพเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีงานทำให้ขาดรายได้ มีภาระค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอกับรายได้ ไม่พอใช้ รายได้น้อย รู้สึกว่าตนเองด้อยค่าด้อยความสามารถเมื่อเทียบกับเพื่อน ๆ

ปัจจัยด้านนี้ เป็นแรงสนับสนุนและเป็นสิ่งเสริมแรงที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจรวมทั้งด้านความสัมพันธ์ทางสังคมกับครอบครัวและ ชุมชนอันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นจึงกำหนดกิจกรรมหรือแนวทางการพัฒนา ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ดี ดังนี้

แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านการสนับสนุนทางสังคม ผู้ที่มีส่วน เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัคร สาธารณะสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุข กิจกรรม จัดบริการด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล ดูแลการเจ็บ ไข้ได้ป่วย ควบคุมป้องกันโรคและ ส่งเสริม พื้นฟูสุขภาพอนามัย รวมทั้งการคุ้มครองผู้บริโภค ให้แก่กลุ่มผู้สูงอายุและประชาชนทุก กลุ่มวัย

2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กิจกรรมการจัดสวัสดิการด้านความมั่นคงปลอดภัย ด้านชีวิตความเป็นอยู่ การจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพ จัดหาอาชีพเพื่อสร้างงานสร้างอาชีพให้กับ ผู้สูงอายุ จัดสวัสดิการเบี้ยความพิการ และที่อยู่อาศัยให้กับผู้มีรายได้น้อย การฌาปนกิจสำหรับ ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล การจัดบริการสาธารณะด้าน โครงสร้างพื้นฐานให้ทั่วถึง เช่น ถนน ถนน ทาง ทางเดิน ทางเท้าที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ สถานที่พักผ่อน สิ่งอุปโภค บริโภค สิ่งอำนวยความสะดวก การจัดยานพาหนะในการเดินทางไปรักษาพยาบาล

3) พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กิจกรรมจัดหาอาชีพเพื่อสร้างงาน สร้างอาชีพให้กับผู้สูงอายุ ที่อยู่อาศัยให้กับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

4. ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ เป็นความรู้สึกที่มีความสุขในการดำเนินชีวิต ความรู้สึกอึดอ้อมใจและพอใจในตนเองของผู้สูงอายุ ความรู้สึกยอมรับความสำเร็จและความล้มเหลวของชีวิตได้ การมองโลกในแง่ดี มองเห็นความดีของตนเองและของผู้อื่น ยอมรับสภาพร่างกายตามวัยของตนเองได้ มีความพอใจในความเป็นอยู่ สามารถปรับตัวได้ตามสถานการณ์ สิ่งเหล่านี้สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุพึงพอใจได้และมีการพัฒนาในขั้นตอนของชีวิตตั้งแต่เด็กจนถึงวัยสูงอายุ เกิดการเรียนรู้ในแต่ละช่วงวัย ปรับตัวและแก้ไขปัญหาด่าง ๆ ได้

ปัจจัยด้านนี้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เป็นความพึงพอใจที่ทำให้ผู้สูงอายุ มีความสุข มีสุขภาพแข็งแรง ร่างกายมีพลังกำลังใช้ปัญญา ความรู้ความสามารถจะทำงานให้สำเร็จบรรลุผลตามที่ตั้งใจได้ มีความสะดวก ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เพราะสังคมไทยอยู่กันแบบถ้อยทีถ้อยอาศัย ในส่วนของเรื่องรายได้ อาจค่อนข้างน้อย เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพรายได้ที่มีก็มาจากสวัสดิการจากรัฐบาล และลูกหลานให้บ้าง ดังนั้นจึงกำหนดกิจกรรมหรือแนวทางการพัฒนาปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ดี ดังนี้

แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านความพึงพอใจในความเป็นอยู่ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีกิจกรรมดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุ ควรยอมรับการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มองโลกในแง่ที่ดี โดยยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียง
- 2) ครอบครัว จัดกิจกรรมเกี่ยวกับการให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ การให้เกียรติผู้สูงอายุ การให้ความเคารพนับถือผู้สูงอายุ
- 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมเอาใจใส่ต่อความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ
- 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดกิจกรรม อบรม/ให้ความรู้ ความเข้าใจ และปรับทัศนคติต่อภาวะหรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น ให้สามารถปรับตัวได้ตามสถานการณ์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของชีวิต แก่ผู้สูงอายุ สร้างการรับรู้และความพึงพอใจในความเป็นอยู่ และสิ่งที่มีของตนเอง การยอมรับการเปลี่ยนแปลง ยอมรับสภาพความเป็นอยู่ของตนเอง ช่วยตนเอง พัฒนาตนเอง และเพื่อให้ชุมชนยอมรับ

5) โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดการเรื่องสภาพแวดล้อมสำหรับที่อยู่อาศัย ความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สินแก่ผู้สูงอายุ ดูแลสภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล และจัดหาที่พักอาศัยให้กับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามความเหมาะสม

5. ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง เป็นการให้คุณค่า และความสำคัญในตนเองของผู้สูงอายุ อย่างยิ่งในการปรับตัว อารมณ์ สภาพจิตใจ บุคคลที่มองเห็นคุณค่าตัวเองสูงจะสามารถเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคที่ผ่านมาในชีวิตได้ดี สามารถยอมรับในเหตุการณ์ที่ทำให้คนรู้สึกผิดหวังต่อตัวเองให้มีความมั่นใจในตนเอง มีความหวังและมีความกล้าหาญ ดังนั้นจึงควรพัฒนาความรู้สึกที่ดีต่อตนเองให้มั่นคง การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับตนเองทำให้เกิดความเชื่อมั่นมีความพยายามที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ให้บรรลุผล การมองโลกในแง่ดีมีความปรารถนาดีต่อตนเองและผู้อื่น สร้างตนให้เป็นคนมีบุคลิกดี มีสุขภาพจิตดีเป็นคนที่มียุ่งมากก็จะทำให้ตนเองมีคุณค่าและได้รับการยอมรับจากเพื่อนฝูงสังคมและชุมชน

ปัจจัยด้านนี้ มีความสำคัญอย่างยิ่งในการปรับตัว อารมณ์ สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งมีความสัมพันธ์ โดยตรงกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม บุคคลที่มองเห็นคุณค่าตัวเองสูงจะสามารถเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคที่ผ่านมาในชีวิตได้ดี สามารถยอมรับในเหตุการณ์ที่ทำให้คนรู้สึกผิดหวังต่อตัวเองให้มีความมั่นใจในตนเอง มีความหวังและมีความกล้าหาญ และสามารถทำประโยชน์ให้กับชุมชนได้ ดังนั้นจึงกำหนดกิจกรรมหรือแนวทางการพัฒนาปัจจัยการให้คุณค่าในตนเอง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ดี ดังนี้

แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านการให้คุณค่าในตนเอง ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีกิจกรรมดังนี้

1) ผู้สูงอายุ ควรมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น การดำเนินชีวิตอย่างมีจุดมุ่งหมาย การทำความดี การเสียสละการทำตนให้เป็นประโยชน์ ช่วยเหลือสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพความรู้ ความเข้าใจและความรู้สึกที่ดีต่อตนเองของผู้สูงอายุให้มั่นคง ให้มองเห็นศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกัน

2) ครอบครัว ควรส่งเสริมเปิดโอกาส ให้ผู้สูงอายุ แสดงความรู้ความสามารถ ประสิทธิภาพ หรือบทเรียนความสำเร็จที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ

3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรสร้างเสริมความเชื่อมั่น ในตนเองหรือพัฒนาบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ ให้ภูมิฐานสง่างามสมวัย การสร้างภาพลักษณ์ที่ดี ให้เกิดความพยายามที่จะทำสิ่งต่างๆ ให้บรรลุผล การมองโลกในแง่ดีมีความปรารถนาดีต่อตนเองและผู้อื่นให้มีสุขภาพจิตที่ดีมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง ลูกหลาน เพื่อนบ้านในสังคม ชุมชนและหมู่บ้าน

4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน /อาสาสมัครสาธารณสุข กิจกรรมส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพความรู้ ความเข้าใจและความรู้สึกที่ดีต่อตนเองของผู้สูงอายุให้มั่นคง ให้มองเห็นศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกัน

5) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กิจกรรมจัดเวทีให้ผู้สูงอายุได้แสดงความรู้ความสามารถจากประสบการณ์หรือบทเรียนความสำเร็จที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ การเสริมสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้สูงอายุ หรือพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ รายละเอียดที่กล่าวมาปรากฏตามตาราง 4.30

ตาราง 4.30 แสดงแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์

ลำดับที่	ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	กิจกรรม
1	ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้สูงอายุ ครอบครัว	- ควรมีผู้ช่วยเหลือดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ควรจ้างอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับผิดชอบค่าจ้างดูแลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดูแลเรื่องปัญหาสุขภาพ การรักษาพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดูแลเรื่องที่อยู่อาศัย ภาระค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพ - ควรช่วยเหลือดูแลตัวเองในเบื้องต้น เช่น ล้างหน้าแปรงฟัน รับประทานอาหาร การขับถ่าย การเดินทางไปไหนมาไหนด้วยตนเอง - ควรดูแลช่วยเหลือ การอำนวยความสะดวก ในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

ตาราง 4.30 (ต่อ)

ลำดับ ที่	ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	กิจกรรม
1	ปัจจัยด้านการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล/อาสาสมัคร สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น	- ควรดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในผู้สูงอายุที่ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน/ อาสาสมัครสาธารณสุข อบรรมให้ ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองแก่ ผู้สูงอายุ ส่งเสริม/สนับสนุนและจัด กิจกรรมการออกกำลังกายและกิจกรรม สันทนาการตามความเหมาะสม เมื่อ เจ็บป่วยควรดูแล รักษาพยาบาล เบื้องต้น มีอุปกรณ์สำหรับการอำนวยความสะดวกและเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ - กิจกรรมจัดสิ่งอำนวยความสะดวก แก่ ผู้สูงอายุ เช่นทางเดิน ทางเท้า รถเข็น สำหรับผู้สูงอายุที่พิการ จัดสถานที่ใน การออกกำลังกาย อุปกรณ์การศึกษา
2	ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ร่วมกับครอบครัว และชุมชน	ผู้สูงอายุ ครอบครัว	- ควรเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน จิตอาสา การเป็นที่ปรึกษาและให้ คำแนะนำแก่บุตรหลานภายใน ครัวเรือน - ควรให้ความเคารพ นับถือเอาใจใส่ การทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุ การรับประทานอาหารร่วมกัน

ตาราง 4.30 (ต่อ)

ลำดับ ที่	ปัจจัยที่ส่งผลต่อ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	กิจกรรม
2	ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม กับครอบครัว และชุมชน	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล / อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองท้องถิ่น สำนักพระพุทธศาสนา	- ควร ส่งเสริมศักยภาพ โดยให้เกิด ศักยภาพของผู้สูงอายุ การทำกิจกรรมร่วมกัน - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ อาสาสมัครสาธารณสุข จัดกิจกรรม สันตนาการ กองทุนผู้สูงอายุ ประชาคม สุขภาพตำบล - จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้พบปะกัน การจัดกิจกรรมในวันผู้สูงอายุ รดน้ำคำ หัวผู้สูงอายุ ประชาคมหมู่บ้าน ส่งเสริม ศักยภาพ โดยให้เกิดศักยภาพของผู้สูงอายุ ในฐานะผู้มีประสบการณ์แต่งตั้งเป็นที่ ปรึกษาด้านต่าง ๆ เช่น เป็นผู้นำทาง ศาสนา ผู้นำภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือ ปราชญ์ชาวบ้าน หรือผู้ทรงคุณวุฒิใน ประชาคมหมู่บ้าน เป็นที่ปรึกษาในการ พัฒนาตำบล ชุมชนและหมู่บ้าน - จัดกิจกรรมร่วมกับชุมชน/ท้องถิ่นตาม จารีตประเพณีและกิจกรรมทางพุทธ ศาสนา เช่น เข้าพรรษา ออกพรรษา มาฆะบูชา วิสาขบูชา การเข้าวัด
3	ปัจจัยด้านการ สนับสนุนทางสังคม	โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล / อาสาสมัครสาธารณสุข	- กิจกรรมจัดบริการด้านสุขภาพและการ รักษาพยาบาล ดูแลการเจ็บไข้ได้ป่วย ควบคุมป้องกันโรคและส่งเสริมฟื้นฟู สุขภาพอนามัย รวมทั้งการคุ้มครอง ผู้บริโภค ให้แก่กลุ่มผู้สูงอายุและ ประชาชนทุกกลุ่มวัย

ตาราง 4.30 (ต่อ)

ลำดับ ที่	ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	กิจกรรม
3	ปัจจัยด้านการ สนับสนุนทางสังคม	องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น. จังหวัด./อำเภอ พัฒนาสังคมและความ มั่นคงของมนุษย์	- กิจกรรมการจัดสวัสดิการด้านความ มั่นคงปลอดภัย ด้านชีวิตความเป็นอยู่ การจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพ จัดหาอาชีพ เพื่อสร้างงานสร้างอาชีพให้กับผู้สูงอายุ จัดสวัสดิการเบี้ยความพิการ และที่อยู่ อาศัยให้กับผู้มีรายได้น้อย การฉาปนกิจ สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล การ จัดบริการสาธารณะด้าน โครงสร้าง พื้นฐานให้ทั่วถึง เช่น ถนน หนทาง ทางเดิน ทางเท้าที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ สถานที่พักผ่อน สิ่งอุปโภค บริโภค สิ่งอำนวยความสะดวก การจัด ยานพาหนะในการเดินทางไป รักษาพยาบาล - กิจกรรมจัดหาอาชีพเพื่อสร้างงาน สร้างอาชีพให้กับผู้สูงอายุ ที่อยู่อาศัย ให้กับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย
4	ปัจจัยด้านความพึง พอใจในชีวิตความ เป็นอยู่	ผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	- ควรการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของ ชีวิต มองโลกในแง่ที่ดี ยึดหลัก เศรษฐกิจพอเพียง - ควรให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ การให้เกียรติผู้สูงอายุ การให้ความ เคารพนับถือผู้สูงอายุ - ควรเอาใจใส่ต่อความเป็นอยู่ของ ผู้สูงอายุ

ตาราง 4.30 (ต่อ)

ลำดับ ที่	ปัจจัยที่ส่งผลต่อ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	กิจกรรม
4	ปัจจัยด้านความพึง พอใจในชีวิตความ เป็นอยู่	โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล/ อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น	- จัดกิจกรรม อบรม/ให้ความรู้ ความเข้าใจและปรับทัศนคติต่อภาวะ หรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น ให้สามารถ ปรับตัวได้ตามสถานการณ์ รวมทั้ง การเปลี่ยนแปลงของชีวิต แก่ผู้สูงอายุ สร้างการรับรู้และความพึงพอใจใน ความเป็นอยู่ และสิ่งที่มีของตนเอง ยอมรับการเปลี่ยนแปลงและสภาพ ความเป็นอยู่ของตนเอง ช่วยตนเอง พัฒนาตนเอง และเพื่อให้ชุมชนยอมรับ - จัดการเรื่องสภาพแวดล้อมสำหรับที่ อยู่อาศัย ความมั่นคงในชีวิตและ ทรัพย์สินแก่ผู้สูงอายุ ดูแลสภาพ บ้านเรือนที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่ไม่มี ผู้ดูแล และจัดหาที่พักอาศัยให้กับ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง ได้ตามความเหมาะสม
5	ปัจจัยด้านการให้ คุณค่าในตนเอง	ผู้สูงอายุ	- ต้องมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น การดำเนินชีวิตอย่างมีจุดหมาย การทำความดี การเสียสละการทำตนให้ เป็นประโยชน์ ช่วยเหลือสังคม การเข้า ร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพความรู้ ความเข้าใจและความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ของผู้สูงอายุให้มั่นคง ให้มองเห็น ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกัน

ตาราง 4.30 (ต่อ)

ลำดับ ที่	ปัจจัยที่ส่งผลต่อ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	กิจกรรม
5	ปัจจัยด้านการให้ คุณค่าในตนเอง	<p>ครอบครัว</p> <p>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ</p> <p>โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล/อาสาสมัคร สาธารณสุข</p> <p>องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น</p> <p>พัฒนาสังคมและความ มั่นคงของมนุษย์</p>	<p>- ควรส่งเสริมเปิดโอกาส ให้ผู้สูงอายุ แสดงความรู้ความสามารถ ประสบการณ์หรือบทเรียนความสำเร็จ ที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ</p> <p>- ควรสร้างเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง หรือพัฒนาบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ ให้ ภูมิฐานสง่างามสมวัย การสร้าง ภาพลักษณ์ที่ดี ให้เกิดความพยายามที่ จะทำสิ่งต่างๆ ให้บรรลุผล การมองโลก ในแง่ดีมีความปรารถนาดีต่อตนเองและ ผู้อื่นให้มีสุขภาพจิตที่ดีมีมนุษยสัมพันธ์ ที่ดีกับคนรอบข้าง ลูกหลาน เพื่อนบ้าน ในสังคม ชุมชนและหมู่บ้าน</p> <p>- กิจกรรมส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพ ความรู้ ความเข้าใจและความรู้สึกที่ดีต่อ ตนเองของผู้สูงอายุให้มั่นคง ให้ มองเห็นศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่เท่า เทียมกัน</p> <p>- กิจกรรมจัดเวทีให้ผู้สูงอายุได้แสดง ความรู้ความสามารถจากประสบการณ์ หรือบทเรียนความสำเร็จที่ผ่านมาของ ผู้สูงอายุ การเสริมสร้างความเชื่อมั่นให้ ผู้สูงอายุ หรือพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ</p>

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาสภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ศึกษาระดับของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์โดยจะนำเสนอด้วยข้อต่อไปนี้

1. วิธีการดำเนินการวิจัย
2. สรุปผลการวิจัย
3. อภิปรายผลการวิจัย
4. ข้อเสนอแนะ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวิธีการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาสภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นักพัฒนาชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดบุรีรัมย์ เครื่องที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง (Structure In-Depth Interview) นำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์วิเคราะห์

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลและเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ทั้ง 23 อำเภอ ในจังหวัดบุรีรัมย์ สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Method) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปและ สถิติวิเคราะห์ ใช้วิธีการประมาณค่าแบบช่วง (Interval estimate) และแปลความหมายค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Correlation Coefficient) เพื่ออธิบาย

ความสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณหรือการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis : R^2) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ระยะที่ 3 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์โดยการจัดสนทนากลุ่ม มีผู้เข้าร่วมสนทนา จำนวน 20 คน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้สูงอายุ จากภาครัฐและเอกชน โดยจัดสนทนากลุ่มในเรื่อง ร่างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากระยะที่ 1 และระยะ 2 ของการวิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จัดหมวดหมู่ของข้อมูลเพื่อสรุปเป็นข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่ม

สรุปผลการวิจัย

1. สภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ด้านร่างกาย พบว่า สุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายด้วยการเดินออกกำลังกาย ด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสภาพความเป็นอยู่ดี จิตใจดี อบอุ่น มีความเหมาะสมด้านความสัมพันธ์กับครอบครัวชุมชน สถานภาพของผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่ค่อนข้างดี มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมพอสมควร ภาครัฐ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้จัดสวัสดิการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ให้เบียดบังชีพผู้สูงอายุทุกเดือน ด้านสภาพแวดล้อม ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เหมาะสมมีสิ่งอำนวยความสะดวกอากาศถ่ายเทสะดวกไม่มีสิ่งรบกวนปลอดภัยจากโจรผู้ร้าย

2. ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยรวม อยู่ในระดับสูง องค์กรประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านจิตใจ องค์กรประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านร่างกาย และด้านสภาพแวดล้อม

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่ ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชนปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ และปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบคือ .299, .260, .127, .232 และ .064 ตามลำดับ ส่วนค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ .316, .286, .163, .221, และ .082 ตามลำดับ โดยที่ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 5 ตัว มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ .858 สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ได้ร้อยละ 73.70 ($R^2=0.737, F=220.63$) อย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวชุมชน ด้านการสนับสนุนทางสังคม ด้านความพึงพอใจในความเป็นอยู่ ด้านการให้คุณค่าในตนเอง โดยการมีส่วนร่วมจากผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักพระพุทธศาสนา ดังนี้

4.1 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ควรมีผู้ช่วยเหลือดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ควรจ้างอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับผิดชอบค่าจ้างดูแล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดูแลเรื่องปัญหาสุขภาพ การรักษาพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดูแลเรื่องที่อยู่อาศัย ภาระค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพ

4.2 ผู้สูงอายุ ควรช่วยเหลือดูแลตัวเองในเบื้องต้น การมีจิตอาสา การเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำบุตรหลาน การยอมรับการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มองโลกในแง่ที่ดี ยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียง มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น การดำเนินชีวิตอย่างมีจุดหมาย การทำความดี การเสียสละการทำตนให้เป็นประโยชน์ ช่วยเหลือสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น ให้มองเห็นศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกัน

4.3 ครอบครัว การอำนวยความสะดวก ในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ การให้ความเคารพ นับถือเอาใจใส่ การทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุ การรับประทานอาหารร่วมกัน ส่งเสริมศักยภาพ โดยให้เกียรติยกย่องผู้สูงอายุ การให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงความรู้ความสามารถ

4.4 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ควรส่งเสริมศักยภาพ โดยให้เกียรติยกย่องผู้สูงอายุ ควรเอาใจใส่ในความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ควรเสริมสร้างความเชื่อมั่นในบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ

4.5 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การรักษาพยาบาล กิจกรรมนันทนาการ ประชาคมสุขภาพตำบล ดูแลการเจ็บไข้ได้ป่วย ควบคุมป้องกันโรคและส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพอนามัย การยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต การพัฒนาตนเอง สร้างความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง

4.6 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ จัดสถานที่ออกกำลังกาย อุปกรณ์การกีฬา การจัดกิจกรรมวันผู้สูงอายุ เป็นประชาคมหมู่บ้าน เป็นผู้นำทางศาสนา การจัดสวัสดิการด้านความมั่นคงปลอดภัย ด้านชีวิตความเป็นอยู่ การจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพ จัดหาอาชีพเพื่อสร้างงานสร้างอาชีพให้กับผู้สูงอายุ จัดสวัสดิการเบี้ยความพิการ และที่อยู่อาศัยให้กับผู้มี

รายได้น้อย การฉ้อโกงสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล การจัดบริการสาธารณะด้านโครงสร้างพื้นฐานให้ทั่วถึง เช่น ถนน หนทาง ทางเดิน ทางเท้าที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ สถานที่พักผ่อน สิ่งอุปโภค บริโภค สิ่งอำนวยความสะดวก การจัดยานพาหนะในการเดินทางไปรักษาพยาบาล จัดการเรื่อง สภาพแวดล้อมสำหรับที่อยู่อาศัย ความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สินแก่ผู้สูงอายุ กิจกรรมส่งเสริมเปิดโอกาส ให้ผู้สูงอายุ แสดงความรู้ความสามารถ ประสบการณ์หรือบทเรียนความสำเร็จที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ กิจกรรมสร้างเสริมความเชื่อมั่นในตนเองหรือพัฒนาบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ

4.7 พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จัดหาอาชีพเพื่อสร้างงานสร้างอาชีพให้ ผู้สูงอายุ จัดหาที่อยู่อาศัยให้กับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

4.8 สำนักพระพุทธศาสนา การจัดกิจกรรมร่วมกับชุมชนท้องถิ่นตามจารีตประเพณี และกิจกรรมทางพุทธศาสนา เช่น เข้าพรรษา ออกพรรษา มาฆะบูชา วิสาขบูชา

อภิปรายผล

ในการวิจัยเรื่องรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยนำเสนอ การอภิปรายผลตามกรอบแนวคิดในการวิจัย และวัตถุประสงค์ของการวิจัย ที่มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. สภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ด้านร่างกาย พบว่า สุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายด้วยการเดินออกกำลัง กาย ด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสภาพความเป็นอยู่ดี จิตใจดี อบอุ่น มีความเหมาะสม ด้านความสัมพันธ์กับครอบครัวชุมชน สถานภาพของผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่ ก่อนข้างดี มีส่วน ร่วมการทำกิจกรรมพอสมควร ภาครัฐ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้จัดสวัสดิการช่วยเหลือ ผู้สูงอายุ ให้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุทุกเดือน ด้านสภาพแวดล้อม ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เหมาะสมมีสิ่งอำนวยความสะดวกอากาศถ่ายเทสะดวกไม่มีสิ่งรบกวนปลอดภัยจากโจรผู้ร้าย ทั้งนี้เพราะการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ ทั้งสี่ด้าน ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสภาพแวดล้อม จะต้องพัฒนาให้เหมาะสมโดยเฉพาะเรื่องสุขภาพทั้งนี้ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ ในลักษณะของการเสื่อมถอยลง ความต้านทานโรคน้อยลง หน้าที่การงานและบทบาททางสังคมลดลง ซึ่งสอดคล้องกับ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) ได้สรุปข้อมูลจากการได้ทำการศึกษาสุขภาวะของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมี อาการทางร่างกายตามลำดับนี้ อาการปวดเมื่อยตามร่างกายร้อยละ 75.1 อาการปวดข้อ ร้อยละ 47.5 นอนไม่หลับร้อยละ 38.7 วิงเวียนศีรษะร้อยละ 36.8 โรคเกี่ยวกับตา ร้อยละ 33.2 หลงๆ ลืมๆ ร้อยละ 29.8 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 20.0 เป็นลมบ่อยๆ ร้อยละ 15.2 ท้องผูก ร้อยละ 12.4

เบาหวานร้อยละ 8.3 สอดคล้องกับ ประภาพร มโนรัตน์ และพรรณพิไล สุทธนะ (2555) ได้ ทำการศึกษาปัญหาด้านสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุ พบว่า สุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคขาดสารอาหาร และยังพบว่า ผู้สูงอายุเหล่านี้ มีกำลังใจอยู่ได้จากเพื่อนบ้านข้างเคียง หรือในชุมชนให้กำลังใจและช่วยเหลือแบ่งปัน สิ่งของเพื่อยังชีพบ้าง ตลอดจนได้รับการดูแลจาก แกนนำชุมชน และภาครัฐบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ นอกจากนี้ ยังพบว่า สิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุไม่ถูกสุขลักษณะมี โอกาสก่อให้เกิดอุบัติเหตุ และอันตรายต่อผู้อยู่อาศัยได้สูง ได้แก่ อากาศที่ไม่บริสุทธิ์ สิ่งของวางเกะกะทางเดิน สัตว์เหาะและสัตว์มีพิษ เช่น แมลงป่อง ตะขาบ มด เชื้อรา และเชื้อโรคต่างๆ ส่วนการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนพบว่า เครือข่ายที่ให้ความช่วยเหลือการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุดคือ ญาติ ครอบครัวผู้สูงอายุ มีปัญหาด้านรายได้ สุขภาพกาย การเข้าไปมีส่วนร่วมกับชุมชนการจัดสวัสดิการจากหน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองท้องถิ่น

2. ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยรวม อยู่ในระดับสูง องค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านจิตใจ ทั้งนี้เพราะจากการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์มีหน่วยงานรัฐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัวยุคใหม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมส่งเสริมกำหนดกิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ องค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านร่างกาย และด้านสภาพแวดล้อม เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมี โรคประจำตัว ส่วนสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับถนนหนทาง การสัญจรยังต้องพัฒนา ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัย ของ ประจัญ กิ่งมิ่งเฮ (2548) ที่ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ปัจจัยที่วัดได้ มีอยู่ในระดับสูง ประกอบด้วยปัจจัยพัฒนาสุขภาพด้านจิตใจ ปัจจัยพัฒนาด้านสังคม ปัจจัยด้านจัดระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยพัฒนาด้านร่างกาย ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคลและปัจจัยชุมชน ซึ่งมีผลรวมค่าเฉลี่ย 3.99, 3.91, 3.84, 3.75, 3.70, 3.69 และ 3.60 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่วัดได้ในระดับปานกลางคือ ปัจจัยการมีสุขภาพดี โดยมีผลรวมค่าเฉลี่ย 3.24 ผลการประเมินรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุเป็นความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และสอดคล้องกับ พงนา ศรีเจริญ (2544) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในสมาคมข้าราชการนอกประจำการในจังหวัดเลย ผลการวิจัย พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า แนวทางสำคัญในการวางแผน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญในด้านการจัดการรายได้ โดยการส่งเสริมการประกอบอาชีพที่เหมาะสม และการจัดกิจกรรมในเวลาว่าง เช่น การเป็นวิทยากรในท้องถิ่นให้ความรู้ตามประสบการณ์ตามความถนัดในชุมชน รวมทั้งการส่งเสริมการใช้เวลาว่างอย่างเหมาะสม เช่น ไปเยี่ยมเพื่อน/ญาติ อ่านหนังสือ ทำอาหาร นอนพักผ่อน

เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีคุณค่าแก่สังคม ในขณะที่เดียวกันก็มีความสอดคล้องกับแนวคิด ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2545) ได้สรุปไว้ในบทความเกี่ยวกับ มุมมองใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ปรากฏการณ์ประชากรผู้สูงอายุ พบว่า การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุนับเป็นปัจจัยสำคัญที่ผู้สูงอายุทุกคนต้องการ ดังนั้นการมีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงเป็นเป้าหมายของชีวิตของผู้สูงอายุ โดยกล่าวว่า ผู้ที่โชคดีไม่ตายก่อนวัยอันควรย่อมสูงวัยขึ้น จนเข้าสู่ระยะวัยของผู้สูงอายุ และย่อมมุ่งหวังที่จะมีคุณภาพชีวิตที่สมเหตุสมผลในวัยที่สูงขึ้น คุณภาพของชีวิตของมนุษย์ในสังคมเป็นเป้าหมายที่ตั้งอยู่บนเสาหลักที่สำคัญประกอบ 3 ประการ ได้แก่ 1) สุขภาพและความมีอิสระจากภาวะพึ่งพิงให้ยาวนานที่สุด 2) ความมั่นคงได้แก่ความมั่นคงทางการเงิน ความมั่นคงในการเข้าถึงบริการที่จำเป็น ความมั่นคงในการมีผู้ดูแลที่เหมาะสม ความมั่นคงในสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย และความมั่นคงที่จะดำรงอยู่ในความภาคภูมิใจและสิทธิมนุษยชน และ 3) การมีส่วนร่วมทั้งการมีส่วนร่วมในครอบครัว ในชุมชนและในสังคมทั้งที่ก่อให้เกิดรายได้และก่อให้เกิดประโยชน์ที่ไม่ใช่ตัวเงิน แต่เป็นคุณกับผู้อื่นและส่วนรวมและตัวเอง

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัย หาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า มีปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 5 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในครอบครัวและชุมชน ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และ ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง ทั้งนี้เพราะการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจะต้องพัฒนา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสม ส่งเสริมการมีส่วนร่วมครอบครัวและชุมชน ให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในความเป็นอยู่ หน่วยงานภาครัฐ ให้บริการขั้นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ มุขิตา พันภัยพาล สมพร เจริมชัยศรี และไพธิน นุกุลกิจ (2545) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการประสบความสำเร็จด้านสุขภาพองค์รวมในผู้สูงอายุชาวไทย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในด้านสุขภาพองค์รวมได้แก่ สถานภาพสมรส การรับรู้เรื่องสุขภาพของตนเอง การมีบ้านอยู่ใกล้กับตลาด การไปวัด การได้รับการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากเจ้าหน้าที่ชมรมผู้สูงอายุ และบุคลากรทางการแพทย์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พจนา ศรีเจริญ (2544) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสมาคมข้าราชการนอกระจำการในจังหวัดเลย พบว่า ปัจจัยเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ การเป็นสมาชิกกลุ่มกิจกรรมในเวลาว่าง ตำแหน่งหน้าที่ ภาระหนี้สินและรายได้ มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ นอกจากนี้การศึกษาของ ศิรินุช ฉายแสง (2553) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดอำนาจเจริญ ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัจจัยทางชีวสังคม 5 ตัวแปร กลุ่มปัจจัยนำ 6 ตัวแปร กลุ่มปัจจัยเอื้อ 2 ตัวแปร และปัจจัยเสริม 2 ตัวแปร

รวม 15 ตัวแปร มีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีทั้งหมด 6 ตัวแปร ได้แก่ ความเชื่อความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การได้รับแรงสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและชาวบ้าน การรับรู้ประโยชน์ของการมีคุณภาพชีวิตดี อาชีพหลัก และการได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสถานภาพ โดยตัวแปรพยากรณ์ทั้งหมดนี้สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ร้อยละ 54.6 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ .387 ซึ่งสอดคล้องกับ ฮอบกินส์ (Hopkins, 1998 cited in Kurtus, 2005) ที่ได้ศึกษาและพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อ การทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาว ลดการเจ็บไข้ได้ป่วย และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) การออกกำลังกาย เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด ทั้งนี้ เพราะการออกกำลังกายจะทำให้ ระบบหัวใจและระบบทางเดินหายใจ ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง เพิ่มความหนาแน่นของกระดูก ระบบการย่อยอาหารทำงานปกติ ลดความตึงเครียดและช่วยให้นอนหลับสบาย 2) อาหาร ผู้สูงอายุควรบริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำ ผักและผลไม้ วิตามิน รวมถึงน้ำดื่ม ในปริมาณที่เหมาะสม 3) งดการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่จะลดอัตราการเสี่ยงจากการเป็นโรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจ 4) หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การงด หรือจำกัดการดื่ม เครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ จะลดอัตราการเสี่ยงเป็น โรคตับแข็ง และ โรคมะเร็ง 5) ลดความตึงเครียด การทำภาวะจิตใจไม่ให้เกิดความตึงเครียด หรือความวิตกกังวล จะช่วยสร้างระบบภูมิคุ้มกันที่ดีด้านจิตใจ ไม่สะเทือนใจง่าย 6) การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และสร้างความสัมพันธ์อันดี จะช่วยลดความกดดัน ทำให้สมองทำงานปกติ และป้องกันความตึงเครียด 7) การทำกิจกรรมที่ท้าทาย เช่น การเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ และการทำกิจกรรมที่ต้องใช้จิตใจจะช่วยยกระดับสุขภาพใจได้

4. รูปแบบที่เหมาะสมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุเอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและหน่วยงานภาครัฐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกันมีส่วนร่วม โดยผู้สูงอายุต้องพัฒนาตนเอง หน่วยงานภาครัฐส่งเสริมและจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนจะทำให้ผู้สูงอายุ มีสุขภาพกายดี จิตใจดี มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม พอใจในการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับสิงหา จันทรวงษ์ (2551) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท โดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ผลการวิจัย พบว่ารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุควรมีการเตรียมความพร้อม การส่งเสริมโดยครอบครัว ระบบคุ้มครองสวัสดิการ โดยครอบครัว การจัดการความรู้โดยตนเองและครอบครัว การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องในท้องถิ่น เช่น การจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

นันทนาการ การออกกำลังกาย โครงสร้างพื้นฐาน ความมั่นคงปลอดภัย การสนับสนุนงบประมาณ กิจกรรมวันผู้สูงอายุ รณรงค์ห้าห้า การจัดหาที่พักอาศัย ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการปฏิบัติวัตรประจำวัน มีกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนให้มีการพัฒนาศักยภาพให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้ในครอบครัวและชุมชน โดยให้มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และควรส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยและด้านสภาพแวดล้อม รวมทั้งสร้างเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็งเพื่อได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอนามัยแก่ผู้สูงอายุทั้งทางสื่อสิ่งพิมพ์และสื่อออนไลน์ สอดคล้องกับชนิตา สุ่มมาตย์ (2551) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าการดำเนินการ โดยพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน โดยเฉพาะผู้นำชุมชน ต้องเป็นผู้นำที่มีความเข้มแข็งมีความรู้ความสามารถ ความร่วมมือของคนในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สุพัฒน์ จำปาหวาย (2554) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีองค์ประกอบคือการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาครัฐ สถานบริการด้านสุขภาพ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์โดยขับเคลื่อนความคิดของผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นกิจกรรมที่เหมาะสมแต่ละบุคคล ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านกิจกรรมดำรงชีพประจำวัน ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสังคม ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อมุ่งให้เกิดประโยชน์สำหรับการวางแผนและการพัฒนาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในด้านต่างๆ และปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ควรมีการปรับปรุงและพัฒนา จึงได้นำมาเป็นข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานวิจัยไปใช้

1.1 จากผลงานวิจัย พบว่า สภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุส่วนใหญ่สุขภาพไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว ดังนั้นผู้สูงอายุ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับหน่วยงานรัฐ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

1.2 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ควรพัฒนา ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านสภาพแวดล้อม ดังนั้นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจึงควรพัฒนาด้านร่างกายโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนเข้ามาส่งเสริมและ

รับผิดชอบ ด้านสภาพแวดล้อมควรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามารับผิดชอบและให้ความสำคัญกับด้านเหล่านี้ให้มากขึ้น

1.3 จากผลงานวิจัย รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ ในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่มีผู้ดูแล ดังนั้นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ควรมีผู้ช่วยเหลือดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ควรจ้างอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รับผิดชอบค่าจ้างดูแล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดูแลเรื่องปัญหาสุขภาพ การรักษาพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดูแลเรื่องที่อยู่อาศัย ภาระค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพ

1.4 จากผลงานวิจัย รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเริ่มจากตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง หน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ ดังนั้นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุต้องให้ความสนใจกับสุขภาพตนเอง ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต้องช่วยเหลือ หน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ต้องร่วมกันส่งเสริมและรับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างจริงจัง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่น หรือตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอื่นที่แตกต่าง ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น ตัวชี้วัดด้านการรับรู้ การเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศ ทั้งสื่อสังคมออนไลน์

2.2 ควรศึกษารูปแบบการพัฒนาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชน เมืองและชุมชนชนบท

บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
Buriram Rajabhat University

บรรณานุกรม

- กนกกาญจน์ อุตส่าห์. (2547). ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี. สารนิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กรมการศึกษานอกโรงเรียน. (2541). หลักการพื้นฐานการศึกษานอกโรงเรียน พ.ศ. 2541. กรุงเทพมหานคร : มิตรภาพการพิมพ์.
- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2558). จังหวัดมหาสารคาม. สืบค้นข้อมูล 10 เมษายน 2558. จาก <http://www.dopa.go.th/padmic/jungwad76/kanchanaburi.htm>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). จะอยู่อย่างไรในวัยผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 21 กุมภาพันธ์ 2558 จาก <http://www.elib-online.com>.
- กรมการส่งเสริมสุขภาพ. (2553). การจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบของศูนย์บริหารทางสังคมผู้สูงอายุ ศึกษาเฉพาะกรณี ศูนย์บริหารสังคมผู้สูงอายุดินแดง. กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร : กองวิชาการและแผนงาน กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม.
- กรมการพัฒนาชุมชน. (2550). แนวทางการพัฒนาคุณภาพแผนชุมชน. กรุงเทพมหานคร : กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาระบบบริหารจัดการชุมชน สำนักพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพชุมชน กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงฯ.
- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2548). สถานะการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2548. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2548). เรื่องนำรู้ สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- กฤษณะพันธ์ เฟิงศรี. (2553). การจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ กศ.ค. (การศึกษาผู้ใหญ่). กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- กัญจนพร อ่วมสาอางค์. (2547). การศึกษาคุณภาพชีวิตของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สังกัดกองการศึกษาสงเคราะห์ กรมสามัญศึกษา เขตภาคกลาง. วิทยานิพนธ์การศึกษา มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.

- เกษม นครเขตต์. (2542). การส่งเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน : กรณีศึกษาจังหวัดภาคเหนือ.
เชียงใหม่ : อักษรเจริญทัศน์.
- เกษม จันทรแก้ว. (2550). วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม. โครงการสหวิทยา สาขาวิทยาศาสตร์
สิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย (พิมพ์ครั้งที่ 4) กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ. (2551). ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข: บทบาท
และบริบทที่เปลี่ยนไปในสังคมไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 1(3) : 54.
- เกรียงศักดิ์ ซื่อเลื่อม สมชาย วิริภิมย์กุล ปราณิ สุทธิสุขนธ์ และจารุณ มีখনอน. (2554). บทความ
พื้นวิชา “คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย”, วารสารควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
37 (3) : 222-228.
- ขนิษฐา นันทบุตร. (2551). กรณีศึกษา นวัตกรรมการดูแลสุขภาพชุมชน (ภาคตะวันออก
เฉียงเหนือ) การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. นนทบุรี : สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ชุมชน. ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ (2551)
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553).
แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิชย์.
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2545). แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2
(พ.ศ. 2545 - 2564). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- จกกลณี ศรีจักร โคตร. (2550). การปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน.
วิทยานิพนธ์ ป.ศ. (วัฒนธรรมศาสตร์). ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิราพร เกศพิชญ์วัฒนา และคณะ. (2543). ความผาสุกทางใจผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร :
ม.ป.พ.
- เจก ณะสิริ. (2547). ทำอย่างไรชีวิตจะยืนยาวและมีความสุข. พิมพ์ครั้งที่ 85. กรุงเทพฯ : เซ็ท เอน
ซู้ท สตูดิโอ.
_____. (2548). ทำอย่างไรจะปราศจากโรคและความชรา. พิมพ์ครั้งที่ 86. กรุงเทพฯ : มปท.
- ชนะโชค คำวัน. (2553). แนวทางการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วน
ตำบลปลาปาก จังหวัดนครพนม. รายงานการศึกษาอิสระ สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ชลธิชา จันทสิทธิ์. (2549). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนิตา สุ่มมาตย์. (2551). การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยองค์กรชุมชนภาคอีสาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวัฒนธรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชมพูนุท พรหมภักดี. (2556). การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย (Aging society in Thailand). สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.
- ชัยนาท จิตวัฒนะ. (2540). การอบรมโครงการเมืองน่าอยู่. ชลบุรี : ศูนย์อนามัยและสิ่งแวดล้อม เขต 3 .
- ณัฐศักดิ์ จันทร์ผล. (2552). “การพัฒนารูปแบบการบริหารงาน สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ที่เน้นการกระจายอำนาจ (A Development of an Administration Model of Decentralized Educational Service Areas)”. วารสารวิทยากร. 109 (22) : 88-91.
- ทศพันธ์ นรทัศน์. (2551). “คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ”. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 14(213):3-5.
- ทีศนา เขมมณี. (2545). ศาสตร์การสอน. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนุช ตีรทิพย์บุตร. (2550). รายงานพิเศษ : ตำรวจบทบาทความเป็นแม่ของสตรีไทยกับแนวโน้มการมีบุตรน้อยลง. สืบค้นข้อมูลเมื่อ 20 มีนาคม 2558 . จาก http://thainews.prd.go.th/view.php?m_newsId=255108120108&tb=N255108.
- ธาดา วิมลวัตรเวที. (2542). สุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- นงเยาว์ อรุณศิริวงศ์. (2550). เอกสารชุดการสอนหน่วยที่ 11 การพัฒนาคุณภาพชีวิต. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช : นนทบุรี.
- นิพนธ์ คันทะเสวี. (2549). พัฒนาสังคม. สำนักพัฒนาสังคมแห่งประเทศไทย ชมรมนักพัฒนาสังคมแห่งประเทศไทยและศูนย์ประสานการพัฒนาสังคม (ศ.พ.ส.).
- นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. (2534). ทฤษฎีและแนวความคิดเกี่ยวกับการพัฒนาชนบท. ในเอกสารการสอนชุดวิชาการพัฒนาชุมชน หน่วยที่ 1-7. หน้า 1-47 (พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- นิสารัตน์ ศิลปเดช. (2540). ประชากรกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต. กรุงเทพฯ : พิษณุการพิมพ์.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). ผู้สูงอายุไทย.สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : พิมพ์ครั้งที่ 2.
- _____. (2543). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : คบไฟ.
- _____. (2544). คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. (พิมพ์ครั้งที่ 13). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์พิมพ์ดี.
- บังอร ธรรมศิริ. (2549). ครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุ. วารสารการเวก ฉบับนิทรรศการวันเข้าฟ้าวิชาการ. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์. 3(1) : 47-56.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2546). การวิจัยเบื้องต้น. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.
- บุญศรี นุเกตุ , ปาลีรัตน์ พรทวีกันทา, ลินจง โปธิบาล, ปิยะพันธ์ นันตา, สิริสุดา ชาวคาเขต และประวาลี โอภาสนันท์. (2548). การพยาบาลผู้สูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: ยูทริรินทร์การพิมพ์.
- ปกรณ์ ปรียากร. (2538). ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาในการบริหารการพัฒนา. กรุงเทพฯ : สามเจริญพานิช.
- ปฐม มณีโรจน์. (2534). ทฤษฎีองค์การ. กรุงเทพฯ : โครงการเอกสารและตำรา คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ประจัญ กิ่งมิ่งแส. (2548). รูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ ศศ.ค. (พัฒนศาสตร์) ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประเทิน มหาจันทร์. (2536). สอนเด็กให้มีความนับถือตนเอง. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- ประนอม โอทกานนท์. (2550). การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทย ในสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล บรรณาธิการ การดูแลผู้สูงอายุคุณภาพที่คาดหวัง. การอบรมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2550. ระหว่างวันที่ 31 กรกฎาคม - 1 สิงหาคม พ.ศ. 2550 ; ศูนย์ประชุมสถาบันวิจัยจุฬาลงกรณ์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภาพร มโนรัตน์ และพรรณพิไล สุทชนะ. (2555). รูปแบบเครือข่ายจิตอาสาสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่อยู่ลำปาง. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนุตรดิตถ์.
- ปานชีวา ณ หนองคาย. (2551). การพัฒนาการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สาขาลี้กแวกด้อมศึกษา) : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2556). “คนห้าแผ่นดิน : ประวัติศาสตร์ที่ยังมีชีวิต”. ประชากรศาสตร์และการพัฒนา Population and Development Newsletter. 28 (2) : 1.
- ปิยากร หวังมหาพร. (2555). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการนวัตกรรมการนำนโยบายผู้สูงอายุไปปฏิบัติขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. (2538). พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์
- พจนานุกรม ศรีเจริญ. (2544). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสมาคมข้าราชการนอกระจำการในจังหวัดเลย. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาสังคมศาสตร์ เพื่อการพัฒนา). เลข : สถาบันราชภัฏเลย.
- พระเทพเวที (ประยูร ปยุตโต). (2535). มองอเมริกามาแก้ปัญหาไทย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : มูลนิธิคคมลภิmothong.
- _____. (2550). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- พันธุ์ทิพย์ รามสูต. (2540). ความต้องการพื้นฐาน. กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และวิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น. (เมษายน - กันยายน 2555). 19(2) : 55-64 .
- ภาวิณี วรประดิษฐ. (2552). ผู้สูงอายุและภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ. สืบค้นข้อมูล 11 มีนาคม 2558. จาก http://trat.nfe.go.th/trat/topic5_old.php?page=10
- ภาณี ชนาธิปกรณ์. (2540). สังคมไทย. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- ภาณุ อุดกถัน, ปานจิต นามพลกรัง และ ภัทรพงษ์ มานะยิ่ง. (2553). การประเมินความพึงพอใจของบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ที่มีต่อการจัดการเรียนการสอน. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี.
- มรกต สิงหะเชนทร์. (2546). สถานการณ์เปลี่ยนแปลงของงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุไทย. เอกสารเสนอในการประชุมเวทีผู้สูงอายุภาคกลาง โครงการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบทโรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพฯ. 25 พฤศจิกายน 2546.

- มาลี สืบกระแส. (2552). การพัฒนารูปแบบองค์การแห่งการเรียนรู้ของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา. วิทยานิพนธ์ ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สาขาการบริหารการศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยสยาม.
- มัทนา พนานิรามย์. (2546). หลักประกันผู้สูงอายุไทย : บทเรียนจากบางประเทศในอาเซียน. วารสารเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 21(1).
- มุกิตา พันภัยพาล สมพร เตรียมชัยศรี และ ไพธิน นุกุลกิจ. (2545). “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการประสบความสำเร็จด้านสุขภาพของครอบครัวในผู้สูงอายุชาวไทย”. วารสารพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 3 (4) : 3-19.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2549). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2549. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เดือนตุลาคม.
- _____. (2552). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี.
- _____. (2553). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัท ทีคิวพี จำกัด.
- _____. (2556). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556. สืบค้นเมื่อ 2 มีนาคม 2558 จาก http://www.thaitgri.org/index.php?option=com_content&view=article&id=218:2353&catid=50:2011-10-17-08-59-59&Itemid=51
- ยาจินต์ สินสุภา. (2544). ศึกษาความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อการจัดกิจกรรมของวัดเพื่อสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ สค.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ระพีพรรณ คำหอม และคณะ. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุในชนบท. สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2546. กรุงเทพมหานคร : ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้น.
- รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว. (2551). สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุและบทบาทของสุขศึกษาในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : เจริญกิจการพิมพ์.
- วรเวศม์ สุวรรณระดา. (2557). รายงานผลการศึกษาโครงการ “ผลกระทบด้านมหภาคและจุลภาคของการขยายอายุเกษียณ”. เวทีเสวนาบทเรียนต่างประเทศ จัดโดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์. 10 กันยายน 2556.
- วรรณภา ศรีชัยรัตน์. (2551). นวัตกรรมและการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุ. ขอนแก่น : คลังน่านาวิทยา.

- วรรณภา กุมารจันทร์. (2543). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ : ปัญหาพิเศษ.
รัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขานโยบายสาธารณะ) บัณฑิตวิทยาลัย :
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วันเพ็ญ ปันราช. (2552). การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. วิทยานิพนธ์ ปริญญา
ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต (สาขาพัฒนาศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิภาพร มาพบสุข. (2550). การพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคม. กรุงเทพมหานคร : แพร์พิทยา.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ และลิวรรณ อุณนาภิรักษ์. (2543). “ความวิตกกังวล แรงสนับสนุนทางสังคม
และความต้องการของบุคคลก่อนวัยเกษียณ”. วารสารพัฒนาวิทยา และเวชศาสตร์
ผู้สูงอายุ. 1 (4) : 8-14.
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2550). “ บทสรุปผู้บริหาร สํารวจความคิดเห็น
ของประชาชนเกี่ยวกับความรู้ และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ. 2550 ”. สืบค้นเมื่อวันที่
5 มีนาคม 2558 จาก www.cps.chula.ac.th.
- ศิรินุช ฉายแสง. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัด
อำนาจเจริญ. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ)
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2544). สถิติการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- _____. (2547). รายงานการวิจัยเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว. กรุงเทพมหานคร :
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- _____. (2549). สถิติการผู้สูงอายุแนวคิดและวิธีการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์.
กรุงเทพฯ : มิสเตอร์ก็อปปี.
- _____. (2550). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัว
สำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : สำนักกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- _____. (2551). ระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติการสังคมและสังคมสงเคราะห์. พิมพ์ครั้งที่ 4.
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสย์.
- _____. (2553). การขับเคลื่อนระบบบริการอย่างบูรณาการเพื่อสิทธิและสุขภาวะของ
ผู้สูงอายุในระดับชุมชน. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ศศิพันธ์ ทรงสัจย์. (2542). ตัวแปรที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาปริญญาตรีสถาบันราชภัฏ
เชียงใหม่. ปริญญาานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สาขาจิตวิทยาการศึกษา).
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ศากุล ช่างไม้. (2550). สังคมไทยกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคต. มติชน.
วันเสาร์ที่ 14 เมษายน พ.ศ. 2550.
- ศิริ ฮามสุโพธิ์. (2543). ประชากรกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต. กรุงเทพมหานคร : โอ.เอส.
พรินติ้ง เฮ้าส์.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล และคณะ. (2551). “การรับรู้และวิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคน 4 หมู่บ้าน
ในภาคอีสาน”. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 16(1) : 5-8.
- ศิริพันธ์ สาสัจย์. (2551). การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางการดูแล. กรุงเทพฯ :
แอกทีฟพริ้นท์ จำกัด.
- ศรีสุดา แซ่เอ็ง. (2542). พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ บ้านขาง ตำบล
จี้เหล็ก อำเภอแมริม จ.เชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต.
: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศุภนิศย์ คงสิบ. (2549). สุขภาพผู้สูงอายุ. นครสวรรค์ : คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
- ศูนย์ศตวรรษิกชน สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.(2549)[http:// www.
.thaicentenarian.mahidol.ac.th/TECIC/index.php/for-elderly/policy/49--2-2545-2564](http://www.thaicentenarian.mahidol.ac.th/TECIC/index.php/for-elderly/policy/49--2-2545-2564)
- ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนภาคตะวันออก. (2543). รายงานการติดตามการสำรวจข้อมูลผู้ด้อย
โอกาส ในเขตภาคตะวันออก (เด็กด้อยโอกาส คนพิการ ผู้สูงอายุ สตรีกลุ่มเสี่ยง).
ระยอง : ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนภาคตะวันออก.
- เศรษฐวัฒน์ โชควรรกุล. (2554). นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น ในเขตจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. รัฐประศาสนศาสตรดุษฎีนิพนธ์
(สาขารัฐประศาสนศาสตร์) มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2550). สถิติผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันวิจัยประชากรและ
สังคม. หน้า 7-12. กรุงเทพฯ : มิสเตอร์ก็อปปี (ประเทศไทย).
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2551). คุณภาพชีวิตคนทำงานใน
ภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการ. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล.

- _____ . (2553). การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการภาคอุตสาหกรรม และภาคบริการ. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน. (2556). ยุทธศาสตร์การวิจัยราย สาขา : ด้านสังคมผู้สูงอายุ พ.ศ. 2555-2559. สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2558. จาก <http://ird.rmuti.ac.th/newweb/banner/index.php?s=proposals58>
- สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและสมาคมวิจัยเชิงคุณภาพแห่งประเทศไทย. (2541). การสร้างและพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตและการพัฒนาสังคม. กรุงเทพฯ. (อัดสำเนา).
- สถาบันเสริมสร้างขีดความสามารถมนุษย์ สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย. (2552). มาตรฐาน ระบบการบริหารจัดการคุณภาพชีวิตการทำงาน. สมุทรสาคร : กู๊ดเนส.
- สมนึก แสงเขียว. (2544). การจัดสวัสดิการสังคมของรัฐเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขารัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สนธยา พลศรี. (2547). ทฤษฎีและหลักการพัฒนาชุมชน (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์
- สมพร โพธินาม และคณะ. (2550). ผู้สูงอายุไทย : บริบทของจังหวัดมหาสารคาม. Srinagarind Medical Journal. 24(3). ค้นวันที่ 22 ธันวาคม 2554 จาก http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_detail=T&art_id=1541
- สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. (2549). สังคมวิทยาภาวะผู้สูงอายุ : ความจริงและการคาดการณ์ในสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. (2550). การศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร : บริษัท กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. (2551). “รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาว โดยชุมชน”. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 1(2) : 22-31.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2553). รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแล ผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : บุญประสิทธิการพิมพ์.
- สายทิพย์ สุกติพันธ์. (2534). ปัญหาผู้นำกับกระบวนการกำหนดนโยบายแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ .

สารเกียรติ อาชานานุภาพ. (2554). การสร้างเสริมสุขภาพ กลยุทธ์และแนวทางการสร้างภูมิคุ้มกัน ด้านสุขภาพที่ยั่งยืนและสอดคล้องกับวิถีไทย. เอกสารประกอบการประชุมปฏิบัติการ ประเด็นสู่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 20-21 มีนาคม 2554 โครงการประมวลองค์ความรู้ด้านสุขภาพ การพัฒนาสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 9 กระทรวง สาธารณสุข.

สำนักการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม. (2550). คู่มือการดูแลผู้สูงวัยอายุยืน. นครราชสีมา : โชคเจริญมาร์เก็ตติ้ง.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2544). ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

_____. (2546). รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545.

กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

_____. (2550). สรุปผลที่สำคัญการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย

พ.ศ. 2550. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

_____. (2551ก). ผู้สูงอายุไทย 2550 : มุมมอง/เสียงสะท้อนจากข้อมูลสถิติ.

กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

_____. (2551ข). สรุปผลที่สำคัญ การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.

2550. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

_____. (2553). ตัวชี้วัดที่สำคัญ ผลสำมะโน/สำรวจ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

พ.ศ. 2551. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2549). การสำรวจข้อมูลพื้นที่ในชุมชนเพื่อเตรียมการจัด

สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสิ่งอำนวยความสะดวก ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ (เทศบาล

ตำบลแม่เหียะ). กรุงเทพมหานคร : สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ.

สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.

พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกิจการ. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : ชุมชนสหกรณ์

การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ, กรมอนามัย. (2550). คู่มือการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน.

กรุงเทพมหานคร : กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2553). รายงานภาวะสังคมไทย ประจำปี 2553. สืบค้นเมื่อ 19 กุมภาพันธ์ 2558 จาก <http://social.nesdb.go.th/social/>
- สำราญ จุช่วย. (2554). การพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคม. คณะศิลปศาสตร์ (สาขาวิชาศึกษาทั่วไป). วิทยาลัยราชพฤกษ์.
- สิงหา จันทริย์วงษ์. (2551). การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท โดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง. : รายงานการวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์.
- สิทธิอาภรณ์ ชวนปี. (2543). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบางเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. กสม (จิตวิทยาแนะแนว) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2543). “การบริการแบบบูรณาการในชุมชนแก่ผู้สูงอายุประสิทธิภาพและข้อเสนอแนะ”. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 1(2) : 67-79.
- _____. (2544). “ใครจะดูแลผู้สูงอายุในอนาคต”. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 1 (2) : 3 - 4.
- _____. (2545). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปัจจุบันและอนาคต รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ ติดตามผลการดำเนินงาน ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉ. 2 (พ.ศ. 2545-2564). กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- _____. (2552). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน ในการประชุมวิชาการว่าด้วยผู้สูงอายุผู้วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภางค์ จันทวานิช และวิศนี ศิลตระกูล. (2541). การพัฒนาแนวคิดและเครื่องชี้วัดสังคมและคุณภาพชีวิตในต่างประเทศ. กรุงเทพมหานคร : สำนักกองทุนสนับสนุนงานวิจัย.
- สุรกุล เจนอบรม. (2535). วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาการศึกษาออกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- _____. (2541). วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุ และการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาการศึกษาออกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรพล ชยกพ. (2552). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สาขาวัฒนธรรมศาสตร์). มหาสารคาม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- สุวดี เบญจวงศ์. (2541). ผู้สูงอายุ คนแก่และคนชรา : มิติทางสังคมและวัฒนธรรม.
มนุษย์สังคมนสาร. มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง. หน้า 54-60.
- สุชาติ โสภประยูร. (2541). สุขภาพเพื่อชีวิต. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุพัฒน์ จำปาหวาย. (2554). การพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน. วิทยานิพนธ์ ปรัช. (วิทยาศาสตร์สุขภาพ). มหาสารคาม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. (2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่ : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2540.
- สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ. (2550). ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ : บทวิเคราะห์ทางวิชาการ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- แสงจันทร์ ทองมาก. (2551). แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4 (หน้า 6). นนทบุรี : โรงพิมพ์ยูทริเนียร์.
- โสภณ แสงอ่อน และคณะ. (2550). “ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว่าเหวและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ”. *Rama Nuns J.* 13(1) : 56-59.
- อรรณพ ใจสำราญ และคณะ. (2553). สังคมสูงวัยเปี่ยมสุขด้วยวิธีสุขภาพและสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพมหานคร : คอนเซ็ปท์ เมดิคัล จำกัด.
- อารดา เกียรติกำจร. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อัมพรพรรณ ชีรานุด. (2551). การพัฒนารูปแบบระบบบริการระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาล). ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อำไพชนิษฐ สมานวงศ์ไทย. (2550). *ชีวจิต*. 10 (221) : 16 ; ธันวาคม.
- องค์การอนามัยโลก. (2541). “แบบวัดคุณภาพชีวิต”. *วารสารกรมสุขภาพจิต*. 5(10) : 102-109.
- Bardo, J. W. & Hartman, J. J. (1982). *Urban Sociology: A Systematic Introduction*. New York: F.E. Peacock.

- Beadle-Brown, J., Murphy, G., & DiTerlizzi, M. (2008). Quality of Life for the Camberwell Cohort. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 24. 380-390.
- Berghom, F. S., Schafer, D. E. & Associates. (1981). *The dynamic of aging*. Colorado : West view Press.
- Bryant, Coralie & White, Louise G. (1987). *Managing development in the third world*. Colorado : Westview Press.
- Butler, J., & Ciarrochi, J. (2007). "Psychological acceptance and quality of life in the elderly", **Quality of Life Research**. Springer. 16 : 607–615.
- Cambell, A. (1976). "Subjective measure of well-being". **American Psychologist**. (31) : 117 – 124.
- Chen, J., Murayama, S., & Kamibeppu, K. (2010). "Factors related to well-being among the elderly in urban China focusing on multiple roles", **BioScience Trends**. 4(2) : 61-71.
- Creezey, R. F., Berg, W. E., & Wringht R. (1985). "Loneliness among the elderly : Causal Approach", **Journal of Gerontology Nursing**, 40(4) : 487-493.
- Cronbach, L. J. (1970). **Essentials of Psychological Testing**. New York : Harper and Row.
- Cobb, S. (1976). "Social support as a moderate of life stress", **Psychosomatic Medicine**. 38 : 300-314.
- Dalkey, N., & Rourke, D. (1973). **The Delphi procedure and rating quality of life factor in the Quality of life concept**. Washington, D. C : Environment Protection Agency.
- Denis, G. (1973). *The cruel choice: A new concept in the theory of development* New York: Atheneum.
- Dean, H. (1985). *Essential of Psychological Testing*. 5th ed. New York: Harper Collins.
- Denhem, M. J. (1991). *Care of the long stay elderly patient*. (2nd ed.). London: Chapman and Hall.
- Esther, M., & Betty, A. Y. (2002). Relationship between organizational climate and empowerment of nurses in Hong Kong. *Journal of Nursing Management (Online)*. 10(3) : 129 - 138. Available : <http://www.ebsco.com> .

- Dupuis, K., Koussaie, S., Wittich, W., & Spadafora, P. (2007). "Aging Research Across Disciplines: A Student-Mentor Partnership Using the United Nation Principles for Older Person", **Educational Gerontology**. 33 : 273-292.
- Emerson, C. J. & C. M. Grimm. (1996). "Logistics and marketing components of customer service: an empirical test of the Mentzer, Gomes and Krapfel model", **International Journal of Physical Distribution & Logistics Management**. 26 (8) : 29-42.
- Ferrans, C., & Powers, M. (1998). Quality of Life Index: Questionnaires and Scoring. from <http://www.uic.edu/orgs/qli>.
- Flanagn, J. C. (1978). "A research approach to improving our quality of life", **American Psychologist**, 31 : 136 – 147.
- Good, C. V. (2005). **Dictionary of Education** (5th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Ho, M. Y., Cheung, F. M., & Cheung, S. F. (2010). "The role of Meaning in Life and Optimism in Promoting Well-being", **Personality and Individual Differences**. 48 : 658-663.
- Kurtus, E. (2005). **Lifestyle Factors Affecting Quality of Life in Late Adulthood**. <http://www.stress-free-naturally.com/pdf/Lifestyles%20of%20the%20Elderly.pdf>
- Hsu, H. C., Wang, C. H., Chen, Y. C., Chang, M. C., and Wang, J. (2010). "Evaluation of A Community-Based Ageing Intervention Program", **Educational Gerontology**. 36: 547-572.
- Htwe , M. & Jost, S. P. (2007). Promoting the Application of Research Findings in Health Development in Regional Health Forum. 2 (2).
- Lewis, F. W. (1982). "Experienced person controlee and quality of life in late – stage cancer Patients", **Nursing Research**. 31 : 113- 119
- Liu, B. C. (1975). Quality – of - life: Concept, measure and result. **The American Journal of Economic and Sociology**. 34, 12.
- Lowenstein, A., Katz, R., & Gur-Yaish, N. (2007). "Reciprocity in Parent–Child Exchange and Life Satisfaction among the Elderly: A Cross-National Perspective", **Journal of Social Issues**. 63(4) : 865-883.
- Maslow, A. H. (1970). **Motivation and Personality**. New York: Harper and Row.

- Matteson, M. A. (1997). **Gerontological Nursing (2 ed)**. Philadelphia : W.B. Sander.
- Miller, J. E. (1992). **Coping with chronic illness : Overcoming powerlessness (2 ed)**. Philadelphia: F. A. Davis.
- Nelson, P. B. (1990). "Intrinsic/ exteneric religious of the elderly: Relationship to Depression and self- esteem". **Journal of Gerontological Nursing**. 16 (2) : 29 – 35.
- Orem, D. E. (1991). **Nursing concepts of practice**. St. Louise : Mosby – year book.
- Padilla, G. V. & Grant, M. M. (1985). "Quality of life as a cancer nursing outcome variable", **Advances in Nursing Science**. 8(1) : 45-60.
- Padilla, D. E. & Old, S. W. (1995). "Quality of life as a cancer nursing outcome variable", **Advances in Nursing Science**. 8(9) : 8-12.
- Parent, C. J. & Whall, A. L. (1984). Are physical activity : Self – esteem and depression related. **Journal of Gerontological Nursing**. 10(9) : 8-9.
- Pender, N. J. (1987). **Health Promotion in Nursing Practice**. New York : Appleton Century – Croft.
- Pender, N. J. (1996). **Health Promotion in Nursing Practice**. New York : Appleton and Lange.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L. & Parsons, M. A. (2002). **Health promotion in nursing practice**. 4 thed. Harrisonburg, VA : RR Donnelly.
- Ragsdale, D., & Morrow, D. R. (1990). "Quality of life as a function of HIV classification", **Nursing Research**. 39 : 355-359.
- Sharma, R. C. (1975). **Population trends resources and environment hand book on population education**. New. Delhi : Tata Mcgraw – Hill.
- Schalock, L. R. (2004). "The concept of quality of life : what we know and do not know", **Journal of Intellectual Disability Research**. 48(3) : 203-216.
- Sin, M. K., Choe, M. A., Chae, Y. R., Murphy. P., Kim, J., & Jeon, M. Y. (2010). "Perceived Health Status , Life Satisfaction and Cardiovascular Risk Factors among Elderly Korean Immigrants and Elderly Koreans", **Journal of Gerontological Nursing**. 37(3) : 43-52.
- Skucas, K., & Mockeviciene, D. (2009). "Factors Influencing The Quality of Life of Person with Spinal Cord Injury", **Special Education**. 2(21) : 43-50.

- Stoner, J. A. F. & Wankel, C. (1968). **Management** (3rd ed.). New Delhi: Prentice-Hall.
- Svante, E. & Lane, Jan-Erick. (1996). **Democracy & development: A statistical exploration**. In *Democracy and development: Theory and practice*. Leftwich, Adrain, ed. Cambridge: Polity Press.
- ThinkExist. (2008). **The Leadership Challenge: How to Get Extraordinary Things Done in Organizations**. San Francisco: Jossey Bass.
- Thomopoulou, I., Thomopoulou, D., & Koutsouki, D. (2010). "The differences at quality of life and loneliness between elderly people", **Biology of Exercise**. 6(2) : 13-28.
- The WHOQOL Group. (1994). **The development of the world health organization quality of life Assessment instrument**. In: J Orley, & W. Kuyken(Eds.) *Quality of life assessment International perspectives* (pp.41 – 57). New York: Springer – verlag.
- The WHOQOL Group. (1995). "**WHOQOL- BREF introduction administration scoring and Generic version of assessment, field trail version**", Geneva: WHO.
- WHOQOL Group. (1996). "**WHO QOL – BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment**", Geneva: WHO.
- UNESCO. (1978). Evaluation the quality of life in Belgium. **Social Indicators Research**. 8 September. 312 : 89.
- UNESCO. (1981). **Quality of Life. Paris: An orientation of Population Education**. New York: Mcgraw-Hill Book Company.
- UNESCO. (1993). **Quality of life improvement programmes**. Bangkok : UNESCO Regional Office.
- WHO. (1986). **Ottawa Charter for Health Promotion**. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. World Health Organization, Retrieved January 3, 2009, from: <http://www.who.int/hpr/archive/does/ottawa.html>
- WHO. (2009). "Promoting the Health of Communities : Guidelines for Health Professional Education," WHO Regional Training Center School of Medical Education University of New South Wales Sydney Australia : pp: 1 – 27.
- Willer, R. H. (1967). **Leader and leadership process**. Boston : Irwin / McGraw-Hill.

- World Health Organization. (2007). WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Switzerland ,WHO Press.
- Yamane, T. (1973). **Statistics-An Introductory Analysis**. 3rd ed. New York : Harper and Row Publication.
- Young, K. J., & Longman, A. J. (1983). Quality of life and person with melanoma: A pilot Study. **Cancer Nursing**. 6 : 219 – 225.
- Young, L. E., & Hayes, V. (2011). Vienna recommendations: Transforming health promotion practice: Concepts, issues and applications. Retrieved April 25 2014, from <http://www.univie.ac.at/hph/vierec.html>.
- Zhan, L. (1992). “Quality of life: Concept and measurement issues”, **Journal of Advanced Nursing**. 17 : 795 – 800.

ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยสุโขทัย
Buriram Rajabhat University

ภาคผนวก ก

หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญ

หนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองเครื่องมือการวิจัย

หนังสือขอความอนุเคราะห์แจกแบบสอบถาม

มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
Buriram Rajabhat University



ที่ ศธ.๐๕๔๕.๑๑/ว๘๙๙

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
ถนนจระ อำเภอมืองบุรีรัมย์
จังหวัดบุรีรัมย์ ๓๑๐๐๐

๘ ธันวาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คุณประหยัด ต๊ะสุยะ

ด้วย นายอภิรักษ์ สนน้อย นักศึกษาระดับปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำเพื่อการพัฒนาวิชาชีพ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยมี ผศ.ดร.ปิยาภรณ์ ศิริภานุมาศ เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ พิจารณาแล้วว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องนี้อย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการทำ การวิจัยและศึกษาข้อมูลครั้งนี้ เพื่อให้ผู้ทำการวิจัยจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สมคุณา)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย

โทร ๐ ๔๕๖๑ ๑๒๒๑ ต่อก ๗๔๐๑-๒

โทรสาร ๐ ๔๕๖๑ ๒๘๕๘

มือถือ ๐๘ ๖๔๖๘ ๑๖๕๖



ที่ ศธ.๐๕๔๕.๑๑/ว๘๙๙

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
ถนนจิระ อำเภอเมืองบุรีรัมย์
จังหวัดบุรีรัมย์ ๓๑๐๐๐

๘ ธันวาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ดร.รุ่งเรือง แสนโกษา

ด้วย นายอภิรักษ์ สนน้อย นักศึกษาระดับปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำเพื่อการพัฒนาวิชาชีพ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยมี ผศ.ดร.ปิยาภรณ์ ศิริภาณุมาศ เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ พิจารณาแล้วว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องนี้อย่างดียิ่ง จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการทำ การวิจัยและศึกษาข้อมูลครั้งนี้ เพื่อให้ผู้ทำการวิจัยจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สมคุณา)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย

โทร ๐ ๔๔๖๑ ๑๒๒๑ ต่อ ๗๔๐๑-๒

โทรสาร ๐ ๔๔๖๑ ๒๘๕๘

มือถือ ๐๘ ๖๔๖๘ ๑๖๕๖



ที่ ศธ.๐๕๔๕.๑๑/ว๘๙๙

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
ถนนจิระ อำเภอเมืองบุรีรัมย์
จังหวัดบุรีรัมย์ ๓๑๐๐๐

๘ ธันวาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คุณไกรวัล เดือนจำรูญ

ด้วย นายอภิรักษ์ สมน้อย นักศึกษาระดับปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำเพื่อการพัฒนาวิชาชีพ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยมี ผศ.ดร.ปิยาภรณ์ ศิริภาณุมาศ เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ พิจารณาแล้วว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องนี้อย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการทำ การวิจัยและศึกษาข้อมูลครั้งนี้ เพื่อให้ผู้ทำการวิจัยจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สมคุณา)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย

โทร ๐ ๔๔๖๑ ๑๒๒๑ ต่อ ๗๔๐๑-๒

โทรสาร ๐ ๔๔๖๑ ๒๘๕๘

มือถือ ๐๘ ๖๔๖๘ ๑๖๕๖



ที่ ศธ.๐๕๔๕.๑๑/ว๘๙๙

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
ถนนจรัส อำเภอเมืองบุรีรัมย์
จังหวัดบุรีรัมย์ ๓๑๐๐๐

๘ ธันวาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอกความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คุณปรีชา พรหมบุตร

ด้วย นายอภิรักษ์ สมน้อย นักศึกษาระดับปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำเพื่อการพัฒนาวิชาชีพ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยมี ผศ.ดร.ปิยาภรณ์ ศิริภานุมาศ เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ พิจารณาแล้วว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องนี้อย่างดียิ่ง จึงขอกความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการทำ การวิจัยและศึกษาข้อมูลครั้งนี้ เพื่อให้ผู้ทำการวิจัยจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สมคุณา)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย

โทร ๐ ๔๔๖๑ ๑๒๒๑ ต่อ ๗๔๐๑-๒

โทรสาร ๐ ๔๔๖๑ ๒๘๕๘

มือถือ ๐๘ ๖๔๖๘ ๑๖๕๖



ที่ ศธ.๐๕๔๕.๑๑/ว๘๙๙

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
ถนนจระ อำเภอเมืองบุรีรัมย์
จังหวัดบุรีรัมย์ ๓๑๐๐๐

๘ ธันวาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คุณปัญญา ปานแก้ว

ด้วย นายอภิรักษ์ สมน้อย นักศึกษาระดับปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำเพื่อการพัฒนาวิชาชีพ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยมี ผศ.ดร.ปิยาภรณ์ ศิริภานุมาศ เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ พิจารณาแล้วว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องนี้อย่างดียิ่ง จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการทำ การวิจัยและศึกษาข้อมูลครั้งนี้ เพื่อให้ผู้ทำการวิจัยจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สมคุณา)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย

โทร ๐ ๔๔๖๑ ๑๒๒๑ ต่อ ๗๔๐๑-๒

โทรสาร ๐ ๔๔๖๑ ๒๘๕๘

มือถือ ๐๘ ๖๔๖๘ ๑๖๕๖



ที่ ศธ.๐๕๔๕.๑๑/ว๙๔๑

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
ถนนจิระ อำเภอเมืองบุรีรัมย์
จังหวัดบุรีรัมย์ ๓๑๐๐๐

๒๒ มกราคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองเครื่องมือการวิจัย

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบล.....

ด้วย นายอภิรักษ์ สมน้อย นักศึกษาระดับปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา
ภาวะผู้นำเพื่อการพัฒนาวิชาชีพ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบ
การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยาภรณ์ ศิริภาณุมาศ
เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้นักศึกษามีความประสงค์ในการทดลองใช้เครื่องมือ ในการวิจัยที่จะใช้
กลุ่มตัวอย่างจริงเพื่อหาประสิทธิภาพของเครื่องมือในการวิจัย

ดังนั้นจึงขออนุญาตให้ นายอภิรักษ์ สมน้อย ใช้เครื่องมือในการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างสำหรับ
กำหนดการทำงานผู้ทำการวิจัยจะประสานในรายละเอียดอีกครั้ง มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ หวังเป็นอย่าง
ยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สมคุณา)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

สำนักงานคณบดี

โทร ๐ ๔๕๖๑ ๑๒๒๑ ต่อ ๗๔๐๑-๒

โทรสาร ๐ ๔๕๖๑ ๒๘๕๘

มือถือ ๐๘ ๖๔๖๘ ๑๖๕๖



ที่ ศธ.๐๕๔๕.๑๑/ว๙๕๕

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
ถนนจิระ อำเภอเมืองบุรีรัมย์
จังหวัดบุรีรัมย์ ๓๑๐๐๐

๒๔ มกราคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์แจกแบบสอบถาม

เรียน นายกเทศมนตรีเทศบาล.....

ด้วย นายอภิรักษ์ สมน้อย นักศึกษาระดับปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำเพื่อการพัฒนาวิชาชีพ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยาภรณ์ ศิริภานุมาศ เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยการนี้ นักศึกษามีความประสงค์เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการแจกแบบสอบถามผู้เกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัยดังกล่าว จึงขอความอนุเคราะห์อนุญาตให้นักศึกษาเข้าเก็บข้อมูลในหน่วยงานของท่านด้วย

มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สมคณา)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย

โทร ๐ ๔๔๖๑ ๑๒๒๑ ต่อ ๗๔๐๑-๒

โทรสาร ๐ ๔๔๖๑ ๒๘๕๘

มือถือ ๐๘ ๖๔๖๘ ๑๖๕๖



ที่ ศธ.๐๕๔๕.๑๑/วศ๕๕

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
ถนนจิระ อำเภอเมืองบุรีรัมย์
จังหวัดบุรีรัมย์ ๓๑๐๐๐

๒๔ มกราคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์แจกแบบสอบถาม

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบล.....

ด้วย นายอภิรักษ์ สมน้อย นักศึกษาระดับปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา
ภาวะผู้นำเพื่อการพัฒนาวิชาชีพ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบ
การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยาภรณ์ ศิริภาณุมาศ เป็นที่
ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยการนี้ นักศึกษามีความประสงค์เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการแจกแบบสอบถาม
ผู้เกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัยดังกล่าว จึงขอความอนุเคราะห์อนุญาตให้นักศึกษาเข้าเก็บข้อมูลในหน่วยงานของ
ท่านด้วย

มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบคุณมา
ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สมคณา)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย

โทร ๐ ๔๔๖๑ ๑๒๒๑ ต่อ ๗๔๐๑-๒

โทรสาร ๐ ๔๔๖๑ ๒๘๕๘

มือถือ ๐๘ ๖๔๖๘ ๑๖๕๖



ที่ ศธ ๐๕๔๕.๑๑/ว๙๘๒

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
ถนนจรัส อำเภอเมืองบุรีรัมย์
จังหวัดบุรีรัมย์ ๓๑๐๐๐

๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมประชุมสัมมนา (Focus Group)

เรียน

ด้วย นายอภิรักษ์ สมน้อย นักศึกษาระดับปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำเพื่อการพัฒนาวิชาชีพ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยมี ผศ.ดร.ปิยาภรณ์ ศิริภาณุมาศ เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และเพื่อให้การทำวิจัยเป็นไปด้วยความถูกต้องและมีคุณภาพ นักศึกษาจึงจัดให้มีการสนทนากลุ่มในเรื่องรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์

ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญท่านซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ในวันอาทิตย์ที่ ๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ เวลา ๐๙.๐๐ น. ณ องค์การบริหารส่วนตำบลทองหลาง

มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สมคุณา)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

สำนักงานคณบดี

โทร ๐ ๔๔๖๑ ๑๒๒๑ ต่อ ๓๔๐๑-๒

โทรสาร ๐ ๔๔๖๑ ๒๘๕๘

มือถือ ๐๘ ๖๔๖๘ ๑๖๕๖

ภาคผนวก ข

แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ

มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
Buriram Rajabhat University

* **แบบสัมภาษณ์**
สำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

แบบสัมภาษณ์ที่

แนวคำถาม : สำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาสภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ใน
 จังหวัดบุรีรัมย์

อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล/อบต.อำเภอ.....จังหวัดบุรีรัมย์

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

1. ชาย

2. หญิง

2. อายุ..... ปี

3. ศาสนา

1. พุทธ

2. คริสต์

3. อิสลาม

4. อื่นๆ (โปรดระบุ)

4. วุฒิการศึกษา

1. ประถมศึกษา

2. มัธยมศึกษา

3. ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)

4. ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง
(ปวส.)

5.ปริญญาตรี

6. สูงกว่าปริญญาตรี

7. อื่นๆ(ระบุ)

5. อาชีพ

1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ

2. ข้าราชการ

3. เกษตรกรรม

4. ก้าขาย

5. ประกอบธุรกิจส่วนตัว

6. อื่น (ระบุ).....

ตอนที่ 2 สภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

1. ท่านคิดว่าสุขภาพของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเป็นอย่างไร

.....

.....

มีโรคประจำตัวอะไรบ้าง

.....

.....

ผู้สูงอายุสามารถอยู่กับโรคเหล่านั้นอย่างเป็นปกติสุขหรือไม่

.....

.....

2. ในแต่ละวันผู้สูงอายุได้ขยับร่างกายหรือออกกำลังกายบ้างหรือไม่

.....

.....

สภาพการเคลื่อนไหวของร่างกายของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีหรือไม่

.....

.....

3. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุมีปัญหาอะไรบ้างในครอบครัว

.....

.....

4. ท่านคิดว่าสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร

.....

.....

มีการค่าใช้จ่ายพอเพียงหรือไม่

.....

.....

5. ท่านคิดว่าสถานภาพของผู้สูงอายุในชุมชนของท่านเป็นอย่างไร

.....

.....

ในชุมชนของท่านผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมมากน้อยเพียงใด

.....

.....

6. รัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดสวัสดิการช่วยเหลือ กลุ่มครองอะไรบ้าง และท่านมีความคิดเห็นอย่างไร

.....

.....

7. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร การอำนวยความสะดวก มากน้อยเพียงใด

.....

.....

8. ท่านคิดว่าลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุหรือไม่

.....

.....

มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุหรือไม่

.....

.....

9. ที่บ้านของผู้สูงอายุ มีสภาพอากาศเป็นอย่างไร เหมาะสมหรือไม่

.....

.....

มีสิ่งรบกวนความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุหรือไม่

.....

.....

บ้านเรือนปลอดภัยจากโจรผู้ร้ายหรือไม่

.....

.....

10. ท่านคิดว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

.....

.....

ตอนที่ 3

ข้อเสนอแนะ/แนวทาง การปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ใน
จังหวัดบุรีรัมย์

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณที่กรุณาตอบแบบสัมภาษณ์

มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
Buriram Rajabhat University

ภาคผนวก ค

แบบสอบถาม สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

มหาวิทยาลัยสุโขทัย
Buriram Rajabhat University

แบบสอบถาม

เรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

คำชี้แจง :

1. แบบสอบถามชุดนี้มี 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามข้อเสนอแนะ/แนวทาง การปรับปรุงและพัฒนา รูปแบบ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

ในการตอบแบบสอบถามทั้ง 4 ตอนนี้ ขอให้โปรดพิจารณาตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนทุกข้อตามความเป็นจริง

2. ให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย ใน หรือเติมข้อความให้ครบถ้วนตามความเป็นจริงโดยไม่ระบุชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม

การวิจัยในครั้งนี้ ใช้เป็นข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์เท่านั้นและผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่าน และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ที่ได้กรุณาอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

(นายอภิรักษ์ สนน้อย)

นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำเพื่อการพัฒนาวิชาชีพ

มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

ผู้วิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์

แบบสอบถามฉบับที่

อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่เทศบาล/อบต.....อำเภอ.....จังหวัดบุรีรัมย์

ตอนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง หน้าข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของ

ผู้ตอบแบบสอบถาม โดยให้เลือกเพียงคำตอบเดียว

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. ปัจจุบันท่านมีอายุตัว (ระบุ)ปี (เกิน 6 เดือนนับเป็น 1 ปี)
3. สถานภาพ
 1. โสด 2. สมรส
 3. หย่าร้าง/แยก 4. หม้าย
4. ท่านจบการศึกษาระดับใด
 1. ประถมศึกษา (ป.4, ป.6, ป.7) 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย 4. ประกาศนียบัตรวิชาชีพ
 5.ปริญญาตรี 6. สูงกว่าปริญญาตรี
 7. อื่นๆ (ระบุ)
5. ท่านประกอบอาชีพใดก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ (ก่อนอายุ 60 ปี)
 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2. ข้าราชการ
 3. พนักงานรัฐวิสาหกิจ 4. ค้าขาย
 5. รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน 6. รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน
 7. ประกอบธุรกิจส่วนตัว 8. เกษตรกรรม(ทำนา/ทำไร่/ทำสวน)
 9. อื่นๆ (ระบุ)
6. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพอะไร
 1. ไม่ได้ทำงาน 2. ทำงานเป็น ข้าราชการบำนาญ
 3. ทำงาน รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน 4. ทำงาน ค้าขาย
 5. ประกอบธุรกิจส่วนตัว 6. เกษตรกรรม(ทำนา/ทำไร่/ทำสวน)
 7. อื่นๆ (ระบุ)

7. รายได้หลักของท่านทั้งหมดต่อเดือน.....บาท
8. แหล่งรายได้หลักส่วนใหญ่ของท่านมาจากแหล่งใด
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. การประกอบอาชีพ | <input type="checkbox"/> 2. บำนาญ |
| <input type="checkbox"/> 3. บุคคลในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร | <input type="checkbox"/> 4. สวัสดิการจากรัฐ |
9. ท่านมีรายได้มาใช้จ่ายในครอบครัวจากไหน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ทำงานเอง | <input type="checkbox"/> 2. ลูกหลานให้ |
| <input type="checkbox"/> 3. เงินออม | <input type="checkbox"/> 4. เงินบำเหน็จ/บำนาญ |
| <input type="checkbox"/> 5. สวัสดิการผู้สูงอายุ | <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ..... |
10. ภาระหนี้สินของท่านโดยประมาณ บาท
11. เงินออมของท่านโดยประมาณบาท
12. ท่านมีผู้ดูแลหรือไม่
- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี | <input type="checkbox"/> 2. มี |
|-----------------------------------|--------------------------------|
13. ผู้ดูแลท่านมีความสัมพันธ์กับท่านอย่างไร
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ลูกหรือหลาน | <input type="checkbox"/> 2. พี่หรือน้อง |
| <input type="checkbox"/> 3. คนอื่น (ระบุ.....) | |
14. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุถึงต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่
- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย | <input type="checkbox"/> 2. เคยระบุ (สาเหตุ/โรค.....) |
|------------------------------------|---|
15. ท่านเป็นสมาชิกของกลุ่มใดบ้างในชุมชน/หมู่บ้าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เป็นสมาชิก | <input type="checkbox"/> 2. เป็นสมาชิกกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ |
| <input type="checkbox"/> 3. เป็นสมาชิกกองทุนหมู่บ้าน | <input type="checkbox"/> 4. เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ |
| <input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ (โปรดระบุ) | |

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง ประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกและแสดงความคิดเห็นของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ระดับความคิดเห็น/ความเป็นจริง
คุณภาพชีวิตสูงที่สุด	เท่ากับ 5
คุณภาพชีวิตสูง	เท่ากับ 4
คุณภาพชีวิตปานกลาง	เท่ากับ 3
คุณภาพชีวิตต่ำ	เท่ากับ 2
คุณภาพชีวิตต่ำที่สุด	เท่ากับ 1

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ระดับความคิดเห็น/ความเป็นจริง				
	สูงที่สุด	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำที่สุด
1. ด้านร่างกาย					
1.ท่านคิดว่าสุขภาพร่างกายของท่านแข็งแรงเพียงใด					
2.ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองในระดับใด					
3.การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการเพียงใด					
4.ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำกิจกรรมต่างๆในแต่ละวันเพียงใด(เรื่องการทำงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
5.ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
6.ท่านพึงพอใจกับความสามารถในการทำงานของท่านอย่างที่เคยทำมาากน้อยเพียงใด					
7.ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					

ตอนที่ 2 (ต่อ)

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ระดับความคิดเห็น				
	สูง ที่สุด	สูง	ปาน กลาง	ต่ำ	ต่ำ ที่สุด
2. ด้านจิตใจ					
8. ท่านรู้สึกมั่นใจและพึงพอใจในตนเองเพียงใด					
9. ท่านรู้สึกมีความสุข ความสงบ มีความหวังในชีวิตเพียงใด					
10. ท่านมีความสุขและสบายใจกับการนอนหลับของท่านเพียงใด					
11. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ เพียงใด					
12. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล เพียงใด					
13. ท่านรู้สึกพอใจและมีความยินดีเพียงใดที่สามารถทำสิ่งต่างๆ ให้ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
14. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายเพียงใด					
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม					
15. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับการได้ผูกมิตรหรือการสมาคมเข้ากับคนอื่นที่ผ่านมาเพียงใด					
16. ท่านพอใจหรือไว้วางใจกับการไปใช้บริการด้านบริการสาธารณสุขตามความจำเป็นเพียงใด					
17. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) เพียงใด					
18. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตัวเองได้ดีเพียงใด					
19. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยเหลือตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)					

ตอนที่ 2 (ต่อ)

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ระดับความคิดเห็น				
	สูง ที่สุด	สูง	ปาน กลาง	ต่ำ	ต่ำ ที่สุด
20. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตในแต่ละวันเพียงใด					
21. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ แก่ไหน					
4. ด้านสภาพแวดล้อม					
22. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อย เพียงใด					
23. ท่านพอใจกับสภาพแวดล้อมหรือบรรยากาศใน ชุมชนที่อาศัยอยู่ตอนนี้เพียงใด					
24. สภาพแวดล้อมในครัวเรือนส่งผลดีต่อสุขภาพ ของท่านมากน้อยเพียงใด					
25. ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมใน แต่ละวัน					
26. ท่านมีโอกาสดำรงชีพคนเดียวได้กับ สภาพแวดล้อมในบ้านเรือนเพียงใด					

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

โปรดอ่านข้อความที่กำหนดให้แล้วพิจารณาว่าข้อความนั้นเป็นจริงมากหรือน้อยเพียงใด โดยพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนด และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับประสบการณ์ ความคิดเห็นเป็นความจริงที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด โดยพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดแบ่งเป็น 5 ระดับคือ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	เกณฑ์การให้คะแนน
เป็นจริง สูงที่สุด	ให้ค่าคะแนน 5
เป็นจริง สูง/มาก	ให้ค่าคะแนน 4
เป็นจริง ปานกลาง	ให้ค่าคะแนน 3
เป็นจริง ต่ำ/น้อย	ให้ค่าคะแนน 2
เป็นจริง ต่ำที่สุด/น้อยที่สุด	ให้ค่าคะแนน 1

ตอนที่ 3 (ต่อ)

1. ปัจจัยด้านการให้คุณค่าของตนเอง	ระดับความคิดเห็น/ความเป็นจริง				
	สูงที่สุด	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำที่สุด
1. ท่านเป็นที่รักของคนในครอบครัว					
2. คนรู้จักและเพื่อนบ้านมักพูดถึงท่านในทางที่ดีงาม					
3. ท่านคิดว่าทุกคนเกิดมามีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน					
4. ท่านคิดว่าตนเองมีความสามารถทำงานให้สำเร็จได้					
5. ท่านรู้สึกว่าคุณค่าคือความสามารถเมื่อเทียบกับเพื่อนๆ					
6. ท่านคิดว่าท่านมีความสามารถในการทำงานให้สำเร็จ					
7. ท่านคิดว่าตนเองยังมีประโยชน์ต่อคนอื่น ๆ					
8. ท่านคิดว่าตนเองสามารถสร้างคุณค่าให้กับชุมชนได้					
2. ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน	ระดับความคิดเห็น/ความเป็นจริง				
	สูงที่สุด	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำที่สุด
1. ท่านรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อเป็นประจำ					
2. ในแต่ละวันท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่					
3. ท่านขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะเป็นเวลา					
4. ท่านสามารถไปไหน มาไหนหรือเดินทางไปต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง					
5. เมื่อเจ็บป่วยท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการพักผ่อน การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพที่เหมาะสม จากบุคลากรสาธารณสุข					
6. ท่านนอนหลับพักผ่อนวันละ 6 – 8 ชั่วโมง					
7. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น อาหารที่มีไขมันสูงหรือขนมหวาน					
8. ท่านออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง					

ตอนที่ 3 (ต่อ)

3.ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่	ระดับความคิดเห็น/ความเป็นจริง				
	สูง ที่สุด	สูง	ปาน กลาง	ต่ำ	ต่ำ ที่สุด
1.ท่านมีความพึงพอใจในความสมบูรณ์ แข็งแรงของ สุขภาพร่างกาย					
2.ท่านมีกำลังเพียงพอและมีสมาธิที่จะทำงานในแต่ละวัน					
3.ท่านสามารถไปมาหาสู่พูดคุยและได้รับการยอมรับจาก เพื่อนบ้าน					
4.ท่านพึงพอใจกับสภาพบ้านเรือน ที่พักอาศัยของตนเอง ที่อยู่ร่วมกับครอบครัวครอบครัว					
5.ท่านพึงพอใจกับการคมนาคม สัตว์จร ไปมาในชุมชน/ หมู่บ้านและท้องถิ่น					
6.ท่านรู้สึกกว่าชีวิตมีความมั่นคง และปลอดภัยดี					
7.สภาพรายรับและรายจ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของท่านมีความสมดุลกัน					
8.ท่านคิดว่าเส้นทางการดำเนินชีวิตของท่านบรรลุผล สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้					
4.ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมด้วยครอบครัวและชุมชน	ระดับความคิดเห็น/ความเป็นจริง				
	สูง ที่สุด	สูง	ปาน กลาง	ต่ำ	ต่ำ ที่สุด
1.ท่านไปเที่ยวกับครอบครัวเมื่อมีโอกาส					
2.สมาชิกในครอบครัวมีการแสดงความรัก พูดคุยสนทนา และเอาใจใส่ต่อท่าน					
3.ท่านและครอบครัวใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน เช่น ทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน					
4.ท่านมีเวลาและ โอกาสเข้าร่วมทำกิจกรรมทางสังคมกับ เพื่อนบ้าน ชุมชน หมู่บ้านและท้องถิ่น					
5.ท่านมักให้ความช่วยเหลือกับชุมชน หรือองค์กรต่างๆ					

ตอนที่ 3 (ต่อ)

4. ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน(ต่อ)	ระดับความคิดเห็น/ความเป็นจริง				
	สูง ที่สุด	สูง	ปาน กลาง	ต่ำ	ต่ำ ที่สุด
6. ท่านมักให้ความช่วยเหลือกับชุมชน หรือองค์กรต่างๆ					
ท่านให้ความร่วมมือและเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่ชุมชน จัดขึ้น					
7. ท่านเข้าร่วมกลุ่มต่างๆ เช่น ชมรม กลุ่ม กลุ่มอาชีพกิจ สังเคราะห์ ชมรมผู้สูงอายุ สภากาแฟหรือสถาบันต่างๆ ในสังคม ด้วยความสมัครใจ					
8. ท่านเข้าร่วมในการประชาคมหมู่บ้าน					
5. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม	ระดับความคิดเห็น/ความเป็นจริง				
	สูง ที่สุด	สูง	ปาน กลาง	ต่ำ	ต่ำ ที่สุด
1. เมื่อท่านมีปัญหาด้านสุขภาพหรือมีเรื่องกังวลใจ บุคคลใน ครอบครัวได้ให้คำแนะนำแก่ท่าน					
2. ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารและ การออกกำลังกายที่เหมาะสมจากสมาชิกครอบครัว					
3. ท่านค้นหาความรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อ ต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต					
4. ท่านพึงพอใจต่อการช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น (อบต./เทศบาล)					
5. ปัจจุบันหน่วยราชการและเอกชนให้การสนับสนุนการ ส่งเสริมสุขภาพแก่ท่าน					
6. ท่านได้รับสิ่งของหรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการ ออกกำลังกายจากหน่วยงานของรัฐ เช่น อบต. สถานี อนามัย					
7. ท่านพอใจผู้กมิตรหรือเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนบ้าน และคนอื่นในชุมชน					

ตอนที่ 3 (ต่อ)

5. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (ต่อ)	ระดับความคิดเห็น/ความเป็นจริง				
	สูง ที่สุด	สูง	ปาน กลาง	ต่ำ	ต่ำ ที่สุด
8. ท่านพอใจต่อการช่วยเหลือกันเองของกลุ่มคน/ชมรม/ หน่วยงานราชการ					

ตอนที่ 4 ท่านมีข้อเสนอแนะ/แนวทาง การปรับปรุงและพัฒนา รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์หรือไม่ อย่างไร

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....
- 5).....

ขอขอบพระคุณที่กรุณาตอบแบบสอบถาม

**ประเด็นการระดมสมองและวิพากษ์ในการสัมมนาเชิงปฏิบัติการ
เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์”**

วัตถุประสงค์การสัมมนาเชิงปฏิบัติการ

เพื่อถามความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญพร้อมกับประเมินความเหมาะสมของรูปแบบหรือวิธีการพัฒนาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และความสอดคล้องของระดับความสำคัญของปัจจัยที่ส่งผลต่อที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในแต่ละองค์ประกอบว่ามีความสอดคล้องเพียงใด และผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ในงานวิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต ให้มีความเหมาะสมต่อไป

ประเด็นการการระดมสมองและการวิพากษ์

1. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในแต่ละองค์ประกอบ ของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ (เสนอความคิดเห็นและวิพากษ์จำแนกรายประเด็น)

- 1.1 องค์ประกอบด้านร่างกาย
- 1.2 องค์ประกอบด้านจิตใจ
- 1.3 องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ
- 1.4 องค์ประกอบด้านสภาพแวดล้อม

2. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ดังต่อไปนี้ (เสนอความคิดเห็นและวิพากษ์จำแนกรายประเด็น)

- 2.1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล
- 2.2 ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง
- 2.3 ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- 2.4 ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่
- 2.5 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน
- 2.6 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

3. มีแนวทางหรือดำเนินการอย่างไร ที่จะพัฒนาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

3.1.....

3.2.....

3.3.....

3.4.....

.....

3.5.....

.....

4. ท่านคิดว่ามีปัจจัยเพิ่มเติมใดบ้างหรือข้อมีข้อเสนอแนะหรือประเด็นอื่นๆ ที่จะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ให้ประสบความสำเร็จ เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล

4.1.....

.....

4.2.....

.....

4.3.....

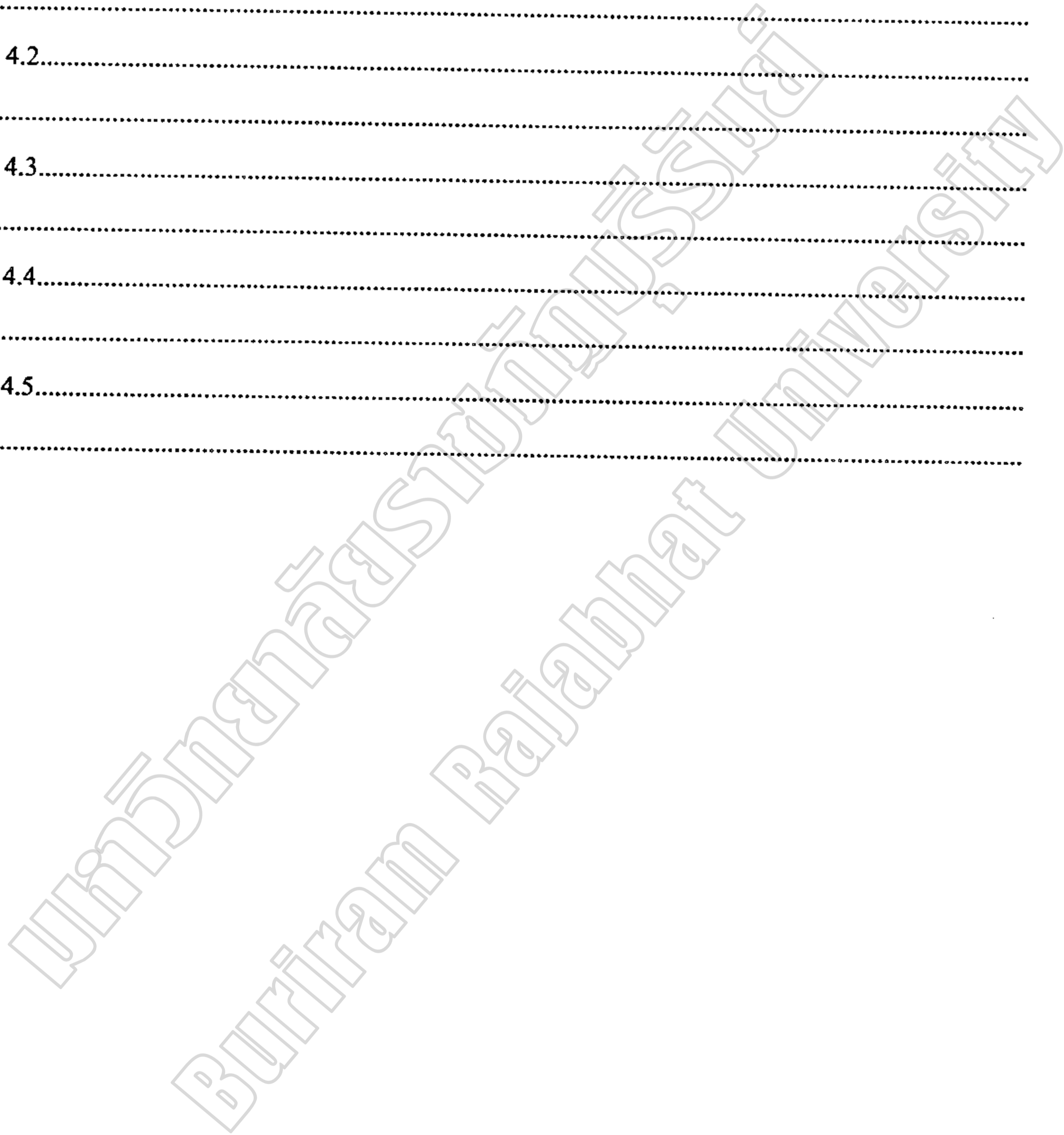
.....

4.4.....

.....

4.5.....

.....



รายนามผู้ร่วมสนทนากลุ่ม

1. นางสตีธร สมพร ผู้อำนวยการกองการศึกษา ผู้ดำเนินการสนทนา
2. นายไกรวัลย์ เตือนจำรูญ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์จังหวัดบุรีรัมย์ ผู้ร่วมสนทนา
3. ดร.รุ่งเรือง แสนโกษา นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม ผู้ร่วมสนทนา
4. นายประยัด ต๊ะสุยะ ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการ สังคมผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้ร่วมสนทนา
5. นายทรงเกียรติ บุญถึง สาธารณสุขอำเภอบ้านใหม่ไชยพจน์ ผู้ร่วมสนทนา
6. นายสุธาริม อาจินกิจ สาธารณสุขอำเภอคูเมือง ผู้ร่วมสนทนา
7. นายคำเคื่อง ภาษี ประชาชนชาวบ้าน ผู้ร่วมสนทนา
8. นายสุทธินันท์ ปรัชญพฤกษ์ ประชาชนชาวบ้าน ผู้ร่วมสนทนา
9. นายปัญญา ปานแก้ว หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น รักษาการแทนท้องถิ่นจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้ร่วมสนทนา
10. นายปรีชา พรหมบุตร พัฒนาการจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้ร่วมสนทนา
11. นายประพันธ์ ทวีศรี ข้าราชการบำนาญ ผู้สูงอายุ ผู้ร่วมสนทนา
12. นายแสวง แผลงประพันธ์ ข้าราชการบำนาญ ผู้สูงอายุ ผู้ร่วมสนทนา
13. นายแสวง เวียงไรสง นายก อบต. ผู้สูงอายุ ผู้ร่วมสนทนา
14. นายเจริญ สิงห์ไรสง ข้าราชการบำนาญ ผู้สูงอายุ ผู้ร่วมสนทนา
15. นายจ่านง พงษ์อุคทา ข้าราชการบำนาญ ผู้สูงอายุ ผู้ร่วมสนทนา
16. นายพรมลี วันดี ข้าราชการบำนาญ ผู้สูงอายุ ผู้ร่วมสนทนา
17. นายคิลก ธรรมวิชา ข้าราชการบำนาญ ผู้สูงอายุ ผู้ร่วมสนทนา
18. นายบุญมี สงวนนาม ผู้สูงอายุ ผู้ร่วมสนทนา
19. นางพรรณรี ชวนนอก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ร่วมสนทนา
20. นายมงคล ทวีกุล ประธานชมรมผู้สูงอายุอำเภอบ้านใหม่ไชยพจน์ ผู้ร่วมสนทนา

ภาคผนวก ง

ผลวิเคราะห์การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือผู้เชี่ยวชาญเพื่อการวิจัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
Rajabhat Ramrath University

ตาราง 1. ผลการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เครื่องมือการวิจัย ชุดที่ 2 : แบบสอบถาม

ผู้สูงอายุ

ข้อคำถาม	ผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ(คนที่)					ผลรวม	IOC	ผลการพิจารณา
	1	2	3	4	5			
ตอนที่ 1								
ข้อ 1	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 2	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 3	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 4	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 5	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 6	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 7	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 8	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 9	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 10	+1	+1	+1	+1	0	4	0.80	ใช้ได้
ข้อ 11	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 12	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 13	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 14	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 15	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ตอนที่ 2								
ข้อ 1	+1	+1	+1	+1	0	4	0.80	ใช้ได้
ข้อ 2	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 3	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 4	+1	+1	+1	+1	0	4	0.80	ใช้ได้
ข้อ 5	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 6	+1	+1	+1	+1	1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 7	+1	+1	+1	0	0	3	0.60	ใช้ได้
ข้อ 8	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อคำถาม ตอนที่ 2	ผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ(คนที่)					ผลรวม	IOC	ผลการพิจารณา
	1	2	3	4	5			
ข้อ 9	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 10	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 11	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 12	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 13	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 14	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 15	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 16	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 17	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 18	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 19	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 20	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 21	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 22	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 23	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 24	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 25	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 26	+1	+1	+1	0	0	3	0.60	ใช้ได้
ตอนที่ 3								
ข้อ 1	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 2	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 3	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 4	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 5	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 6	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 7	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อคำถาม ตอนที่ 3	ผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ(คนที่)					ผลรวม	IOC	ผลการพิจารณา
	1	2	3	4	5			
ข้อ 8	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 9	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 10	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 11	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 12	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 13	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 14	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 15	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 16	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 17	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 18	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 19	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 20	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 21	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 22	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 23	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 24	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 25	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 26	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 27	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 28	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 29	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 30	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 31	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 32	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 33	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อคำถาม ตอนที่ 3	ผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ(คนที่)					ผลรวม	IOC	ผลการพิจารณา
	1	2	3	4	5			
ข้อ 34	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 35	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 36	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 37	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 38	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 39	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
ข้อ 40	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
รวม	81	81	81	79	76	398	0.98	ใช้ได้

รายการสัญลักษณ์และตัวย่อ

N	แทน ประชากร
n	แทน กลุ่มตัวอย่าง
\bar{X}	แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย (Arithmetic mean)
S.D.	แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
SE _b	แทน ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรพยากรณ์
SE _{est}	แทน ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์
r	แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย
a	แทน ค่าคงที่ของสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ
b	แทน ค่าน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (Score Weight)
β	แทน ค่าน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta Weight)
F	แทน ค่าการแจกแจงแบบ F (F-distribution)
t	แทน ค่าการแจกแจงแบบ t (t-distribution)
R	แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณหรือค่าถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ
R ²	แทน กำลังสองของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณหรือร้อยละของค่าความแปรผันร่วมกันของตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรตาม
R ² Adjusted	แทน ค่า R ² ที่ปรับแก้แล้ว
Y	แทน คะแนนที่ได้จากสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ
Z	แทน คะแนนที่ได้จากสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน
Sig.	แทน ค่าความน่าจะเป็นที่คำนวณได้จากค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน
*	แทน มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ สกุล	นายอภิรักษ์ สนน้อย
วัน เดือน ปี เกิด	วันอังคารที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2508
สถานที่เกิด	332 หมู่ 1 ตำบลแม่จรี อำเภอตะโหนด จังหวัดพัทลุง
ที่อยู่ปัจจุบัน	274/12 หมู่ 10 ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์
ตำแหน่ง	ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล (นักบริหารงาน อบต.8)
สถานที่ทำงาน	องค์การบริหารส่วนตำบลทองหลาง อำเภอบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2523 ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนพิศิษฐ์ อำเภอเมือง จังหวัดยะลา พ.ศ. 2529 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนตะโหนด อำเภอตะโหนด จังหวัดพัทลุง พ.ศ. 2539 รัฐศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี พ.ศ. 2549 รัฐศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง บางกะปิ กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2559 ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ปร.ค.) สาขาวิชาภาวะผู้นำเพื่อการพัฒนาวิชาชีพ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์