การศึกษาปัจจัยที่สร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่

The Study of Factors promoting quality life of elders in Chiang Mai Province

ตะวัน วาทกิจ[1*] และ ลัดดา ปินตา[2]

Tawan Watakit[1*] and Ladda Pinta[2]

[1] อาจารย์ประจำสาขาศิลปศาสตร์ คณะบริหารธุรกิจและศิลปศาสตร์

[2] อาจารย์ประจำหลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต คณะบริหารธุรกิจและศิลปศาสตร์

*E-mail: dr.tawan@hotmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของคอแครน (Cochran) ในกรณีที่ไม่ทราบขนาดของประชากรที่แน่นอน โดยประมาณค่าสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ของขนาดประชากรที่ต้องการ ทำให้สามารถกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างต่ำที่สุด คือ 384 คน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนไป 3 เปอร์เซ็นต์ เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนของข้อมูล จึงได้เก็บข้อมูลจากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 396 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยเริ่มจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม โดยกำหนดแบ่งเชียงใหม่ออกเป็น 25 เขตพื้นที่ ตามอำเภอต่างๆ ในจังหวัดเชียงใหม่ หลังจากนั้นใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป และเป็น “ผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี” โดยวัดจากดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับสั้น ภาษาไทย หลังจากนั้นผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือวิจัยซึ่งวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับ 4 ด้าน คือ สุขภาพ ครอบครัว สวัสดิการสังคม และเศรษฐกิจ โดยเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่าแอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's alpha) มีค่าความเชื่อมั่นรายด้านอยู่ระหว่าง .72 - .85 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .87 คณะผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการบรรยายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติอ้างอิง ได้แก่ สถิติทดสอบทีกรณีกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (t-test independent) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA)

ผลการศึกษาพบว่า จากผู้สูงอายุ 396 คน ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 65 -69 ปี มีสถานภาพสมรส อาศัยอยู่กับคู่สมรสโดยไม่มีบุตรหลานอาศัยอยู่ด้วย และใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล จำนวน สำหรับปัจจัยที่เสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ด้านสวัสดิการภาครัฐ และด้านเศรษฐกิจ ของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ ได้ข้อสรุป ดังนี้ 1) ความแตกต่างด้านเพศ ไม่มีผลต่อปัจจัยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีในด้าน

สุขภาพ ด้านครอบครัว ด้านสวัสดิการภาครัฐ และด้านเศรษฐกิจ 2) อายุที่แตกต่างกัน มีผลต่อปัจจัยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ด้านสวัสดิการภาครัฐ และด้านเศรษฐกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 3) สถานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อปัจจัยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ด้านสวัสดิการภาครัฐ และด้านเศรษฐกิจที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 4) พฤติกรรมการออกกำลังกายที่แตกต่างกัน มีผลต่อปัจจัยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, เชียงใหม่

Abstract

This study had the purpose to study factors that enhance good quality of life for the elders. The samples in this study is the elders in Chiang Mai. The size of the sample was determined by the Cochran formula in case of unknown size of population. Estimated proportion of interest in population is 0.5 of the desired population size. The sample size was set to at least 384 people. The researcher increased the number to 3 percent to prevent data discrepancies. Thus, data were collected from 396 samples. Multi-stage sampling was used. First, random cluster sampling was used to divide the area into 25 sub-districts in Chiang Mai After that, collecting data by specific selection and the sample was aged 60 years or older and had good quality of life evaluate by WHO Quality of Life-Brief-Thai. The instrument used for this study was the questionnaires with 5-scale of rating scales. It contained with elders in 4 contents such as Health, Family, Social-welfare, and Economic. Content validity was verified by 3 experts. The reliability of Cronbach's alpha of each scales were found between .72 and .85 and the total reliability was .87. The data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, such as t-test for two independent sample groups and one-way ANOVA.

The study indicated that the general information of respondents were the elders 396 persons, married, lived with their spouses with no children living with them, and used social-welfare for medical treatment. The factors contributing to good quality of life in health, family, public welfare and economic of the elders in Chiang Mai had conclusion as follows: 1) The gender differences had no effect on quality of life in health, family, public welfare and economy. 2) The different of ages had affecting quality of life in health, family, public welfare and economic aspects significantly at 0.5 3) Different economic status affecting quality of life in health, family, public welfare and economy by significantly at .05 and 4) Different exercise habits influence of quality of life on health at .05 level of significant.

Keywords: Quality of life, Elders, and Chiang Mai.

1. บทนำ

การศึกษาเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความสุขและความอยู่ดีมีสุขของมนุษย์นั้นเริ่มต้นประมาณ ปี ค.ศ.1960 โดยมีการศึกษาอย่างแพร่หลายในหลายสาขาวิชา เช่น สังคมวิทยา จิตวิทยา ปรัชญา และเศรษฐศาสตร์ โดยการศึกษาเกี่ยวกับความสุขในเชิงสังคมวิทยานั้นเป็นการศึกษาที่พัฒนามาจากการศึกษาตัวชี้วัดทางสังคม (Social Indicators) เพื่อใช้เป็นตัวชี้วัดในแง่มุมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความสุข (Gurin, G., Veroff, J. and Feld, 1960) สำหรับประเทศไทยได้เริ่มสนใจคำว่าความสุข โดยบรรจุคำว่าความสุข ให้เป็นส่วนหนึ่งของการกำหนดนโยบายระดับประเทศ โดยประเทศไทยได้กำหนดให้ความสุขของประชาชนเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ของชาติ ซึ่งบรรจุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ซึ่งถือว่าเป็นก้าวแรกของรัฐบาลไทยที่เริ่มมองความผาสุกของประชาชนชาวไทยจากมุมมองทางสังคมศาสตร์และเศรษฐศาสตร์ สำหรับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) ซึ่งเป็นฉบับปัจจุบัน ก็ยังสานต่อแนวคิดนี้อย่างต่อเนื่อง โดย “กำหนดทิศทางการพัฒนา ที่มุ่งสู่การเปลี่ยนผ่านประเทศไทยจากประเทศที่มีรายได้ปานกลางไปสู่ประเทศที่มีรายได้สูง มีความมั่นคง และยั่งยืน สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข” โดยยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา มุ่งเน้นการเติบโตทางเศรษฐกิจมาเป็นการพัฒนาที่คนและเทคโนโลยี โดยให้ความสำคัญกับความอยู่เย็นเป็นสุขของประชาชนเป็นหลัก โดยใช้เศรษฐกิจเป็นเครื่องมือช่วยให้มนุษย์มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560)

ทั้งนี้ ปัจจุบันประเทศไทยกำลังประสบกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ซึ่งภายใน 10 ปี (พ.ศ. 2563-2573) สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรรวม จะเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่าจากร้อยละ 9.4 เป็นร้อยละ 25.1 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) ซึ่งจะเห็นว่าผู้สูงอายุมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วหากเปรียบเทียบกับประชากรรวม ทำให้ผู้สูงอายุเริ่มเป็นปัญหาสำคัญ ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และประเทศ เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยลงในทุกๆด้าน (ประนอม โอทกานนท์, 2554) โดยเฉพาะด้านสุขภาพทางกาย ซึ่งทำให้เกิดปัญหาสำคัญประการหนึ่งเกิดขึ้นกับจิตใจผู้สูงอายุ นั่นคือ สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ มีงานวิจัยหลายชิ้น ยืนยันว่า การรับรู้สุขภาพกายมีความสัมพันธ์กันอย่างมากกับจิตใจของผู้สูงอายุ (รักษพล สนิทยา และวิราภรณ์ โพธิศิริ, 2554 ; วิทมา ธรรมเจริญ, 2555) ดังนั้น การที่ร่างกายหรือสุขภาพของผู้สูงอายุเสื่อมถอยลง ย่อมส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นการทำงาน สังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัว

สำหรับการศึกษาวิจัยในทางเศรษฐศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีที่ผ่านมาในต่างประเทศในประเทศที่พัฒนาแล้ว ผลการศึกษาได้ชี้ให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความสุขในระดับสูงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี มักเป็นผู้ที่แต่งงานแล้ว มีการศึกษาที่สูง มีงานทำและมีรายได้สูง รวมถึงมีสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ยังพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขและอายุมีลักษณะเป็นโค้งรูปตัวยู โดยจะมีค่าต่ำสุดในช่วงอายุประมาณ 40 ปี และพบว่ากลุ่มตัวอย่างในช่วงวัยชราจะมีความสุขมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น (Oswald, 1997; Frey & Stutzer, 2000; Easterin, 2001; Blanchflower & Oswald, 2004) สำหรับในประเทศไทยการสำรวจความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดี สะท้อนให้เห็นว่าระดับความสุขและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุยังต่ำกว่ามาตรฐานของประชากรทั่วไป ความสุขและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมักเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในสังคม และคุณภาพของความสัมพันธ์ในสังคม (ขวัญสุดา บุญทศ และขนิษฐา

นันทบุตร, 2560) เช่น ความสุขและคุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับบุตรหลาน และครอบครัว อย่างไรก็ตาม ความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุยังมีการให้ความหมายที่แตกต่างกันไปตามบริบทและวัฒนธรรมท้องถิ่นนั้นๆ เช่น การศึกษาในภาคกลางของประเทศไทย พบว่า ความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีมีความสัมพันธ์กับระดับรายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม (จิตนภา ฉิมจินดา, 2555) ดังนั้น จากการที่ประเทศไทยมีจำนวนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ การศึกษาปัจจัยที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะจังหวัดเชียงใหม่มีประชากรสูงอายุมากเป็นอันดับ 3 ของประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยที่สร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อที่จะได้ทราบถึงปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงวัยในจังหวัดเชียงใหม่

2.วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่เสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่

3. แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาปัจจัยที่สร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ คณะผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ผู้สูงอายุ
2. แบบวัดคุณภาพชีวิต
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ

คำที่ใช้เรียกบุคคลว่า ผู้สูงอายุ โดยทั่วไปเป็นคำที่ใช้เรียก บุคคลที่มีอายุมาก ผมขาว หน้าตาเหี่ยวย่น พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน ให้ความหมายคำว่า ชรา คือ การแก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม แต่คำนี้ไม่เป็นที่นิยม เพราะก่อให้เกิดความหดหู่ใจ และความถดถอยสิ้นหวัง ทั้งนี้ จากผลการประชุมของคณะผู้อาวุโสโดย พล.ต.ต. หลวงอรรถสิทธิสุนทร เป็นประธาน ได้กำหนดคำใหม่ว่า ผู้สูงอายุ แทนตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2512 เป็นต้นมา และได้เปลี่ยนความหมายของ วัยชรา ในความหมายที่ยกย่องให้เกียรติแก่ผู้ที่ชราว่า เป็นผู้ที่สูงอายุ ทั้งวัยวุฒิ คุณวุฒิ และประสบการณ์ (ภาวิณี วรประดิษฐ, 2554)

สุรกุล เจนอบรม (2541) ได้กำหนดการเป็นบุคคลสูงอายุว่า บุคคลผู้จะเข้าข่ายเป็นผู้สูงอายุมีเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกัน โดยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological aging) จากจำนวนปีหรืออายุที่ปรากฏจริงตามปีปฏิทิน โดยไม่นำเอาปัจจัยอื่นมาร่วมพิจารณาด้วย

2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological aging หรือ Biological aging) กระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี

3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological aging) จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สติปัญญา การรับรู้ และเรียนรู้ที่ถดถอยลง

4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological aging) จากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคล ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานลดลง

สำหรับในต่างประเทศ บุคคลแรกๆ ที่เริ่มศึกษาเกี่ยวกับวัยชรา คือ จอร์เจีย เอ็ม บาร์โร และแพททรีเซีย เอ สมิธ (Georgia M. Barrow, Patricia A. Smith, 1980) เชื่อว่า เป็นการยากที่จะกำหนดว่า ผู้ใดชราภาพ แต่สามารถพิจารณาจากองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. ประเพณีนิยม (Tradition) เป็นการกำหนดผู้สูงอายุโดยยึดตามเกณฑ์อายุที่ออกจากงาน เช่น ประเทศไทยกำหนดอายุวัยเกษียณอายุครบ 60 ปี แต่ประเทศสหรัฐอเมริกากำหนดอายุ 65 ปี เป็นต้น

2. การปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกาย (Body functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ทางสรีรวิทยาหรือทางกายภาพ บุคคลจะมีการเสื่อมสลายทางสรีรวิทยาที่แตกต่างกันในวัยสูงอายุ

3. การปฏิบัติหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Mental functioning) เป็นการกำหนดตามเกณฑ์ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ การจำ การเรียนรู้ และความเสื่อมทางด้านจิตใจ สิ่งที่พบมากที่สุดในผู้ที่สูงอายุ คือ ความจำเสื่อม ขาดแรงจูงใจ ซึ่งไม่ได้หมายความว่า บุคคลผู้สูงอายุทุกคนจะมีสภาพเช่นนี้อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายจะทำงานน้อยลง ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนอายุ 50 ปี ฟันอาจจะหลุดทั้งปาก แต่บางคนอายุถึง 80 ปี ฟันจึงจะหลุด เป็นต้น

4. ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self-concept) เป็นการกำหนดโดยยึดความคิดที่ผู้สูงอายุมองตนเอง เพราะโดยปกติผู้สูงอายุมักจะเกิดความคิดว่า “ตนเองแก่ อายุมากแล้ว” และส่งผลต่อบุคลิกภาพทางกาย ความรู้สึกทางด้านจิตใจและการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามแนวความคิดที่ผู้สูงอายุนั้น ๆ ได้กำหนดขึ้น

5. ความสามารถในการประกอบอาชีพ (Occupation) เป็นการกำหนดโดยยึดความสามารถในการประกอบอาชีพ โดยใช้แนวความคิดจากการเสื่อมถอยของสภาพทางร่างกายและจิตใจคนทั่วไปจึงกำหนดว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพักผ่อน หยุดการประกอบอาชีพ ดังนั้น บุคคลที่อยู่ในวัยสูงอายุ จึงหมายถึง บุคคลที่มีวัยเกินกว่าวัยที่จะอยู่ในกำลังแรงงาน

6. ความกดดันทางอารมณ์และความเจ็บป่วย (Coping with stress and illness) เป็นการกำหนดโดยยึดตามสภาพร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุจะเผชิญกับสภาพโรคภัยไข้เจ็บอยู่เสมอเพราะสภาพทางร่างกาย อวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมลง นอกจากนั้นยังอาจเผชิญกับปัญหาทางด้านสังคมอื่น ๆ ทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์เพิ่มขึ้นอีก ส่วนมากมักพบกับผู้มีอายุระหว่าง 60-65 ปีขึ้นไป นอกจากนั้น

แบบวัดคุณภาพชีวิต

แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ ชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่า คุณภาพชีวิต ที่เป็นการประเมินค่าที่มีความเป็นปรนัย (Subjective) ซึ่งฝังแน่นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อม เพราะว่า นิยามของคุณภาพชีวิต จะเน้นไปที่การรับรู้หรือการประเมินสภาพในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบ ไม่ได้คาดหวังที่จะเป็นวิธีการที่จะวัดในรายละเอียดของเหตุการณ์ หรือสภาพบริบทต่างๆ ในชีวิตของผู้ตอบ ทั้งนี้ความยาวของ WHOQOL-100 ซึ่งมีข้อคำถามถึง 100 ข้อ ทำให้ไม่สะดวกและมีข้อจำกัดในการใช้ เพราะต้องใช้เวลามากในตอบแบบสอบถาม ในปีเดียวกันองค์การอนามัยโลกได้พัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ ซึ่งมีข้อคำถามเพียง 26 ข้อ โดยเลือกข้อคำถามจาก WHOQOL-100 ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) ซึ่งประเทศไทยได้แปล แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลกมาเป็นภาษาไทย เรียกว่า แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ ชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) และได้มีการวิจัยที่ได้ข้อสรุปว่า แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ ชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) มี

ความเที่ยงตรงในการวัดใกล้เคียงกับชุด WHOQOL-100 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.01) สามารถใช้ประเมินคุณภาพชีวิตแทนกันได้ ซึ่งแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ ชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วย 2 ข้อคำถามที่ เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม อีก 24 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (ศรีเมือง พลังฤทธิ, 2552) ว่าองค์การอนามัยโลกได้ปรับปรุงแบบประเมินลดข้อคำถามลงเหลือ 26 ข้อ ที่ของไทยเรียกว่า แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) สามารถจัดกลุ่มได้เป็น 4 ด้าน (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, 2545) ได้แก่

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบายไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพละกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่า ตนไม่ต้องพึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่า ตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้การตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิตการรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสังเคราะห์ การรับรู้ว่าตนมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าตนได้มีกิจกรรมนันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ ชุดภาษาไทย เป็นเพียงเครื่องมือวัดระดับคุณภาพชีวิตที่ใช้กับบุคคลโดยทั่วไป และไม่มีข้อจำเพาะในการใช้กับผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ในการศึกษาเรื่องปัจจัยที่สร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ ที่คณะผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงเลือกปัจจัยที่น่าจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สายุอายุ ดังนี้

1) ปัจจัยด้านประชากร คือ

1.1 อายุเป็นตัวเลขซึ่งใช้กำหนดวัยของแต่ละบุคคล สำหรับในประเทศไทยได้กำหนดนิยามของผู้สูงอายุ ว่าคือ

บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-64 ปี ผู้สูงอายุที่มีอายุปานกลาง เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 65-69 ปี ผู้สูงอายุที่มีอายุค่อนข้างมาก เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ซึ่งเริ่มจะมีปัญหาในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน และผู้สูงอายุที่มีอายุมาก เป็นผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ซึ่งมักจะต้องมีผู้ช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน(วรัทยา กุลเกลี้ยง, 2556) ซึ่งการที่มนุษย์มีอายุมากขึ้น จะส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรมลง หรือมีโรคประจำตัวเพิ่มมากขึ้น ทำให้ต้องพึ่งพาคนในครอบครัวมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระแก่คนในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเจษฎา บุญทา (2545) เรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลแม่หอพระ อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่า อายุของผู้สูงอายุที่สูงมากขึ้นส่งผลให้ระดับการพึ่งพาผู้อื่นในชีวิตประจำวันที่สูงขึ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังรู้สึกว่าตนเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม

1.2 เพศ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อีกทั้งยังเป็นตัวกำหนดบุคลิกภาพของบุคคลในสังคมซึ่งในสังคมไทยมักจะมีค่านิยมให้เพศชายเป็นหัวหน้าครอบครัว จากการศึกษาของประภาพร จินันทุยา (2536) เรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศหญิง ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของสมสุข สิงหปัญจนที (2540) และอารดา ธีระเกรียรติกำจน (2554) พบว่า ความแตกต่างด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่ดี

1.3 สถานภาพสมรสผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสอยู่ด้วยจะส่งผลให้มีผู้คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และพร้อมที่จะดูแล ทำให้รู้สึกมีความมั่นคงในชีวิตจึงทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นได้ จากการศึกษาของอารีวรรณ คุณเจตน์ (2541) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่าร้าง ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุสถานภาพสมรส ซึ่งสอดคล้องกับ มารศรี นุชแสงพลี (2532) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่สถานภาพสมรสมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดหม้าย หย่าร้าง เพราะผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสไม่ได้รู้สึกว่าอยู่เพียงคนเดียวลำพัง ทำให้มีกำลังใจในการดำ เนินชีวิตอันจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสูงขึ้น

2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์เพื่อสนองความต้องการต่างๆ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง เพราะผู้สูงอายุมีความต้องการในการดูแล รักษาสุขภาพ และผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัว จากการศึกษาของอุมาพร อุดมทรัพยากุล (2536) พบว่า ปัจจัยด้านรายได้ มีความสัมพันธ์ทิศทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่สูง และมีรายได้ที่มั่นคง มักจะมีการเก็บออมเพื่อใช้ในอนาคตซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ และมีรายได้ต่ำ (กัลยาณี ทองสว่าง, 2546)

3) ปัจจัยด้านสวัสดิการภาครัฐ

สวัสดิการภาครัฐ หรือที่รู้จักกันดีในนามสวัสดิการสังคม ซึ่งเป็นระบบการบริการทางสังคม ที่เกี่ยวกับการป้องกัน การแก้ไขปัญหา การพัฒนาและการส่งเสริมความมั่นคงทางสังคม เพื่อตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของประชาชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สำหรับผู้สูงอายุจะได้รับสวัสดิการสังคมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ *3.1 ประกันสังคม (Social Insurance)* เป็นการสร้างหลักประกันความมั่นคงในการดำรงชีวิตและคุ้มครองลูกจ้าง ปัญหาการขาดรายได้เมื่อเกษียณอายุการทำงาน สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้สูงอายุได้รับการ

เกื้อหนุนจากครอบครัวน้อยลง โดยระบบประกันสังคมในประเทศไทย ประกอบด้วย กองทุนต่าง ๆ ดังนี้ 1) กองทุนประกันสังคมกรณีชราภาพ เป็นการส่งเสริมการออมสำหรับกลุ่มแรงงานที่เป็นลูกจ้างในภาคเอกชนของกระทรวงแรงงาน 2) กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) เป็นการออมภาคบังคับสำหรับกลุ่มข้าราชการ 3) กองทุนสำรองเลี้ยงชีพสำหรับลูกจ้างประจำของส่วนราชการซึ่งจดทะเบียน (กสจ.) ผลประโยชน์ที่ได้รับ คือ เงินบำเหน็จลูกจ้างและเงินที่สมาชิกส่งสบทบเข้ากองทุน 4) กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ เป็นจุดเริ่มต้นของการส่งเสริมการออมแบบสมัครใจ 5) กองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ เป็นการออมแบบสมัครใจสำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีกำลังการออม 5) กองทุนการออมชราภาพ (กอช.) กระทรวงการคลังเป็นผู้จัดตั้งกองทุน เป็นกองทุนการออมเพื่อการชราภาพขั้นพื้นฐานแบบสมัครใจ *3.2 ด้านการดูแลสุขภาพ* ประกอบ ด้วย 1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน ให้บริการครอบคลุมด้านการตรวจสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดำเนินงานโดยสานักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) 2) การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขจาก พรบ.ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) มีการจัดช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแยกจากผู้รับบริการทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอก 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เป็นโครงการดูแลสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่น บนพื้นฐานแนวคิด “หุ้นส่วนการดูแล” ประกอบด้วย ประชาชนในพื้นที่ สถานบริการสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4) การดูแลที่บ้าน (Home Care) เป็นบริการสำหรับผู้สูงอายุอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งเหมาะกับผู้ป่วยผู้สูงอายุที่อาการไม่รุนแรงและไม่สะดวกในการเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาล เป็นการลดค่าเดินทางของผู้ใช้บริการ และผู้สูงอายุส่วนมากพึงพอใจที่จะรับการรักษาพยาบาลที่บ้าน (สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และ ฤทัยพร ตรีตรง, 2549) 5) โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) เป็นโครงการที่มุ่งแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุขาดผู้ดูแล ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ถูกทอดทิ้ง ถูกละเลยเพิกเฉย และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลไม่ถูกต้อง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

4) ปัจจัยด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากหากผู้สูงอายุมีโรคประจำหรือโรคเรื้อรัง จะส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมไปถึงส่งผลต่ออายุขัยที่ลดน้อยลง เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุสามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้น้อยลง เนื่องจากสภาพร่างกายของผู้สูงอายุไม่เอื้ออำนวย และด้วยความไม่เอื้ออำนวยของร่างกายทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสมและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จากการศึกษาของอารดา ธีระเกียรติกาจร (2554) พบว่า การที่ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง เช่นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ฯลฯ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมองว่าคุณภาพชีวิตของตนเองต่ำลง

4. วิธีการดำเนินการวิจัย

4.1 คณะผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของคอแครน (Cochran) ในกรณีที่ไม่ทราบขนาดของประชากรที่แน่นอน โดยประมาณค่าสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ของขนาดประชากรที่ต้องการศึกษา ทำให้สามารถกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างต่ำที่สุด คือ 384 คน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนไป 3 เปอร์เซ็นต์ เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนของข้อมูล จึงได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 396 คน

4.2 คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยใช้วิธีการ

สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) เริ่มจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) โดยกำหนดแบ่งเชียงใหม่ออกเป็น 25 เขตพื้นที่ ตามอำเภอต่างๆ ในจังหวัดเชียงใหม่ หลังจากนั้นใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Specific Selection) โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และระบุตนเองว่าเป็น “ผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี” โดยวัดจากดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับสั้น ภาษาไทย นอกจากนี้คณะผู้วิจัยยังได้สร้างเครื่องมือวิจัยซึ่งวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับ 4 ด้าน คือ สุขภาพ ครอบครัว สวัสดิการสังคม และเศรษฐกิจ โดยเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่าแอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's alpha) มีค่าความเชื่อมั่นรายด้านอยู่ระหว่าง .72 - .85 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .87 เพื่อใช้ตรวจสอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทของสังคมไทย

4.3 คณะผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) ในการบรรยายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติอ้างอิง (Inferential statistics) ได้แก่ สถิติทดสอบทีกรณีกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (t-test independent) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) ในการวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่

5. ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า จากผู้สูงอายุ 396 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 204 คน คิดเป็นร้อยละ 51.51 เป็นเพศหญิง จำนวน 192 คน คิดเป็นร้อยละ 48.49 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อายุระหว่าง 65 -69 ปี จำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 33.0 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 276 คน คิดเป็นร้อยละ 69.70 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสโดยไม่มีบุตรหลานอาศัยอยู่ด้วย จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 28.28 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล จำนวน 346 คน คิดเป็นร้อยละ 87.37 สำหรับปัจจัยที่เสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ด้านสวัสดิการภาครัฐ และด้านเศรษฐกิจ ของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ ได้ข้อสรุป ดังนี้ 1) ความแตกต่างด้านเพศ ไม่มีผลต่อปัจจัยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีในภาพรวม ดังตารางที่ 1 2) อายุที่แตกต่างกัน มีผลต่อปัจจัยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว และด้านเศรษฐกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังตารางที่ 2 3) สถานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อปัจจัยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ด้านสวัสดิการภาครัฐ และด้านเศรษฐกิจที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังตารางที่ 3 4) พฤติกรรมการออกกำลังกายที่แตกต่างกัน มีผลต่อปัจจัยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังตารางที่ 4

6. อภิปรายผลการวิจัย

คณะผู้วิจัย ขออภิปรายข้อสรุป ที่ได้จากงานวิจัยชิ้นนี้ ดังนี้ 1) ความแตกต่างด้านเพศ ไม่มีผลต่อปัจจัยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีในภาพรวม ซึ่งคณะผู้วิจัยเชื่อว่า ผู้สูงอายุเพศชายและหญิง มีคุณภาพคุณภาพชีวิตที่ดีไม่แตกต่างกัน เนื่องจากว่า ปัจจุบันความแตกต่างของบทบาททางเพศในด้านบทบาททางสังคม การทำงาน หรือเศรษฐกิจ มีลดน้อยลงจากในอดีตที่ผู้ชายจะมีโอกาสในสถานะทางสังคมที่สูงกว่าหญิง ทั้งด้านอาชีพและการยอมรับทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวาสนา อ่ำเจริญ (2552) เรื่อง การวิจัยการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบางนา อำเภอ

พานทอง จังหวัดชลบุรี ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยภรณ์ เลาหบุตร (2557) เรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ 7 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี ว่า เพศสภาพที่แตกต่างกัน ไม่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน 2) อายุที่แตกต่างกัน มีผลต่อปัจจัยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว และด้านเศรษฐกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในประเด็นนี้ คณะผู้วิจัยแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-64 ปี กลุ่มที่ 2 เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 65-69 ปี กลุ่มที่ 3 เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี และกลุ่มที่ 4 เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมาก คือ อายุ 80 ปีขึ้นไป ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 4 คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ขึ้นไปพบความแตกต่างกับผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 1 ในด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว และด้านเศรษฐกิจ ซึ่งคณะผู้วิจัยขออภิปรายผล ดังนี้ ด้านร่างกาย ด้วยอายุที่มากขึ้น ทำให้ความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายลดลงในทุกๆ ด้าน และมักมีโรคประจำตัวที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้จำเป็นต้องพึ่งพาคนในครอบครัวมากขึ้น สำหรับด้านครอบครัว ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านสถานะหรือบทบาทในครอบครัว จากการเป็นผู้ที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัว ก็กลายเป็นสมาชิกของครอบครัวที่ต้องพึ่งพาอาศัยสมาชิกในครอบครัวในเรื่องการดำรงชีวิตประจำวันมากขึ้น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ ที่ผู้สูงอายุจะไม่มีรายได้ที่มั่นคงดังเช่นขณะยังประกอบอาชีพอยู่ (วรัทยา กุลเกลี้ยง, 2556) ปัจจัยเหล่านี้เองที่ทำให้ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน มีปัจจัยที่สร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว และด้านเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอารีวรรณ คุณเจนต์ (2541) ได้ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี พบว่า อายุมีผลทำให้ผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และงานวิจัยของ ปิยภรณ์ เลาหบุตร (2557) ที่พบว่า ส่วนผู้สูงอายุที่มี อายุ และระดับการศึกษา ที่แตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) สถานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อปัจจัยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ด้านสวัสดิการภาครัฐ และด้านเศรษฐกิจที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งสถานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุมาจาก ข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นเงินเก็บออมของผู้สูงอายุเพื่อใช้ในยามจำเป็น โดยแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นผู้สูงอายุที่มีเงินออม ต่ำกว่า 1 ล้านบาท กลุ่มที่ 2 เป็นผู้สูงอายุที่มีเงินออมตั้งแต่ 1 ล้านบาท จนถึง 2 ล้านบาท และกลุ่มที่ 3 เป็นผู้สูงอายุที่มีเงินออม ตั้งแต่ 2 ล้านบาทขึ้นไป ซึ่งพบว่าปัจจัยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีทั้ง 4 คือ ด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ด้านสวัสดิการภาครัฐ และด้านเศรษฐกิจของกลุ่มที่ 3 สูงกว่ากลุ่มที่ 1 ซึ่งขออภิปรายผลการวิจัยไว้ ดังนี้ การมีเงินออมไว้ใช้ยามชรา ของผู้สูงอายุสามารถสร้างความมั่นคงในด้านต่างๆ ให้กับผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่สามารถพึ่งตนเองได้ เพราะว่าได้สะสมความมั่งคั่งมามากเพียงพอต่อการดำรงชีวิตในวัยชรา ทำให้บางคนมีรายได้ แม้ยามเกษียณ เช่น ได้รับเงินบำนาญ หรือ เงินได้ประจำจากกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบบำนาญ หรือ ได้รับดอกเบี้ยจากเงินออม และเงินปันผลจากหุ้น เป็นต้น ซึ่งการมีเศรษฐกิจที่ดีจะช่วยลดการพึ่งพาบุคคลในครอบครัวนั้น อาจไม่ได้หมายถึง เพียงแต่เงินทอง หากแต่รวมถึงการพึ่งพาที่ไม่เป็นตัวเงิน เช่น การมีความสามารถในการจ้างบุคคลมาช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพ การใช้ชีวิตประจำวัน รวมถึงความสะดวกสบายในการจับจ่ายใช้สอย การเดินทางท่องเที่ยวพักผ่อน และไม่จำเป็นต้องพึ่งพิงระบบสวัสดิการสังคมภาครัฐมากนัก (ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, 2551) 4) พฤติกรรมการออกกำลังกายที่แตกต่างกัน มีผลต่อปัจจัยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ใน

ประเด็นนี้ คณะผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 1 ออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน กลุ่มที่ 2 ออกกำลังกายบ้างบางครั้ง/ตามโอกาส และกลุ่มที่ 3 ไม่ออกกำลังกายเลย โดยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 รายงานว่า ตนเองมีปัจจัยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 3 ซึ่งขออภิปรายผลของการวิจัยไว้ ดังนี้ การที่ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวอยู่เป็นประจำในท่าทางที่เหมาะสมกับอายุ จะช่วยลดและป้องกันการเสื่อมของร่างกายให้ช้าลง (Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, Skinner JS., 2009) โดยการออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ผลดีของการออกกำลังกาย คือ ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด (Butler, R. N., Davis. R., Lewis. C. B., Nelson. M. E.,& Strauss. E., 1995) ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นและความสมดุลของร่างกาย ลดการพลาดลื่นล้ม และเพิ่มสมรรถภาพด้านร่างกาย (Liu M and So H., 2008) และงานวิจัยชิ้นนี้ยังสอดคล้องกับการวิจัยในประเทศไทยของอมรรัตน์ เนียมสรรค์ นงนุช โอบะ และสมบูรณ์ ตันสุภสวัสดิกุล (2555) ที่พบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิคสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีความคล่องตัวเพิ่มมากขึ้น มีสมรรถนะทางกายที่ดีขึ้น และยังสามารถลดระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 จึงจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจึงมีสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายเลย

7. สรุปและข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยด้านอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย คือ มีอายุระหว่าง 60-64 ปี มีปัจจัยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว และด้านเศรษฐกิจ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก คือ มีอายุ 80 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเงินออม ตั้งแต่ 2 ล้านบาทขึ้นไป มีปัจจัยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ด้านสวัสดิการภาครัฐ และด้านเศรษฐกิจ สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีเงินออมต่ำกว่า 1 ล้านบาท และพบอีกว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีปัจจัยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีด้านสุขภาพ สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายเลย แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในผู้สูงอายุที่ออกกำลังบ้างเป็นครั้งคราว

สำหรับข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ คือ ปัจจัยด้านอายุ กล่าวคือ ด้วยอายุที่มากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมาก คือ ผู้สูงที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีความยากลำบากในด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งมักจะต้องมีผู้ช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุมองตนเองว่าเป็นภาระของครอบครัว ทั้งนี้ ปัจจัยด้านอายุที่มากขึ้นเรื่อยๆ ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นและความสมดุลของร่างกาย ลดการพลาดลื่นล้ม และเพิ่มสมรรถภาพด้านร่างกาย ตลอดจนช่วยให้ลดระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองได้ยาวนานขึ้น รวมถึงลดภาระในการช่วยดูแลของสมาชิกในครอบครัวลง เนื่องจากสมรรถนะด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะเสื่อมลงอย่างช้าๆ มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายเลย สำหรับปัจจัยด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุที่มีเงินออมเพื่อใช้ในยามจำเป็น มีผลอย่างยิ่งต่อปัจจัยที่สร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งในด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ด้านสวัสดิการภาครัฐ และด้านเศรษฐกิจ ดังนั้น ก่อนจะเข้าสู่วัยชราหรือผู้สูงอายุ คือ มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ควรมีการวางแผนการออมเงินหรือวางแผนการใช้ชีวิตหลังจากยุติการทำงาน เพื่อให้สามารถมีเงินเพียงพอต่อการดำรงชีวิตในวัยชรา ซึ่งการมีเศรษฐกิจที่ดีจะช่วยลดการพึ่งพาบุคคลในครอบครัว ทั้งด้านค่าใช้จ่ายส่วนตัว รวมถึงด้านสุขภาพ โดยมี

ความสามารถในการจ้างบุคคลมาช่วยเหลือในการใช้ชีวิตประจำวัน มีความสามารถในการจับจ่ายใช้สอย และเมื่อเจ็บป่วยก็ไม่จำเป็นต้องพึ่งพิงระบบสวัสดิการภาครัฐ

สำหรับข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป มีดังนี้ การศึกษาครั้งต่อไป ควรนำตัวแปรด้านอายุ เศรษฐกิจ และการออกกำลังกาย มาตรวจสอบถึงระดับอิทธิพลที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากค่าอิทธิพลของตัวแปรเหล่านี้ จะเป็นตัวบ่งชี้ที่ดีว่า ตัวแปรด้านอายุ เศรษฐกิจ และการออกกำลังกาย ตัวแปรใดมีขนาดของอิทธิพลที่ส่งไปยังคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่มากที่สุด โดยใช้สถิติทดสอบ เช่น การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ (Multiple-regression) หรือสร้างโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural. Equation Modeling) เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ โดยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รวบรวมมาจากผู้สูงอายุเพื่อเทียบกับสถิติทดสอบว่ามีความสอดคล้อง (fit) กันหรือไม่ โดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) จะช่วยให้งานวิจัยชิ้นนี้มีความสมบูรณ์และลุ่มลึกในเชิงวิชาการมากขึ้น

รูปภาพ ตาราง สมการ

ตารางที่ 1 แสดงความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่สร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน

t-test Independent	คะแนนเฉลี่ยของปัจจัยทั้ง 4 ด้าน					
ลักษณะประชากร / เพศ	จำนวน	$\bar{X}$	SD.	t	df	Sig.
ชาย	204	3.79	0.40	0.117	394	0.733
หญิง	192	3.77	0.40			

ตารางที่ 2 แสดงความแตกต่างของปัจจัยที่สร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ด้านสวัสดิการภาครัฐ และด้านเศรษฐกิจ ของผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน

ANOVA			
ปัจจัยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดี	F	df	Sig.
ปัจจัยด้านสุขภาพ	3.276	3	0.02
ด้านครอบครัว	5.090	3	0.00
ด้านสวัสดิการภาครัฐ	1.008	3	0.58
ด้านเศรษฐกิจ	4.923	3	0.00

ตารางที่ 3 แสดงความแตกต่างของปัจจัยที่สร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ด้านสวัสดิการภาครัฐ และด้านเศรษฐกิจ ของผู้สูงอายุที่มีสถานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน

ANOVA			
ปัจจัยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดี	F	df	Sig.
ปัจจัยด้านสุขภาพ	2.223	2	0.31
ด้านครอบครัว	6.060	2	0.00
ด้านสวัสดิการภาครัฐ	5.757	2	0.00
ด้านเศรษฐกิจ	9.127	2	0.00

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการออกกำลังกายที่แตกต่างกัน มีผลต่อปัจจัยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

ANOVA		ปัจจัยด้านสุขภาพ					
ลักษณะประชากร		จำนวน	ค่าเฉลี่ย	SD.	F	df	Sig.
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	ออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน	40	4.06	0.49	3.567	2	0.03
	ออกกำลังกายเป็นบางครั้งถ้ามีโอกาส	195	3.99	0.46			
	ไม่เคยออกกำลังกายเลย	154	3.87	0.50			

เอกสารอ้างอิง

กัลยาณี ทองสว่าง. (2546). ***ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเคหะชุมชนออเงิน.*** รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทั่วไป, มหาวิทยาลัยบูรพา

ขวัญสุดา บุญทศ และขนิษฐา นันทบุตร. (2560). ความสุข ความทุกข์ และสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย. ***วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.***, 62(3): 257-270.

จิตนภา ฉิมจนดา. (2555). ***ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม***. พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

เจษฎา บุญทา. (2545). ***คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลแม่หอพระ อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่.*** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์. (2551). ความสามารถการออมของครัวเรือนไทยและความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ. ***วารสารเศรษฐศาสตร์ศรีนครินทรวิโรฒ.*** 4(4): 19-49.

ประนอม โอทกานนท์. (2554). ***ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุไทย หลักการ งานวิจัย และบทเรียนจากประสบการณ์***. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประภาพร จินันทุยา. (2536) ***คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง.*** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปิยภรณ์ เลาหบุตร. (2557). ***คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ 7 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี.*** รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ภาวิณี วรประดิษฐ. (2554). ***ผู้สูงอายุและภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ***. [ออนไลน์] ได้จาก : http://trat.nfe.go.th/trat/topic5_old.php?page=10

มารศรี นุชแสงพลี. (2532). ***ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีผู้สูงอายุในชุมชนบ่อนไก่กรุงเทพมหานคร***. สังคมวิทยาและมานุษยวิทยามหาบัณฑิต สาขาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา,มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

รักษพล สนิทยา และวิราภรณ์ โพธิศิริ. (2554). ***ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดน่าน***. การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติครั้งที่ 3 มหาวิทยาลัยมหิดล, 16 -17 กุมภาพันธ์2554., หน้า 55-63.

วรัทยา กุลเกลี้ยง. (2556). ***คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น***. เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัย ขอนแก่น.

วาสนา อ่ำเจริญ. (2552). ***การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบางนางอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี***. รัฐ

ประศาสนศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารทั่วไป, มหาวิทยาลัยบูรพา.

วิทมา ธรรมเจริญ. (2555). ***อิทธิพลของปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุ***. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสถิติประยุกต์, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

สมสุข สิงหปัญจนที. (2540). ***คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ***. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.(2544) . ***แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8***. [ออนไลน์] ได้จาก : http://www.nesdb.go.th/ewt_dl_link.php?nid=3783

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.(2560) . ***แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12***. [ออนไลน์] ได้จาก : http://www. nesdb.go.th/ ewt_news.php?nid=6420

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560) ***จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุไทยในภาพรวม***. [ออนไลน์] ได้จาก : http://www.dop.go.th/th/know/1/45

สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตรีตรง. (2549). ***การบริการสุขภาพที่บ้าน.*** พิมพ์ครั้งที่ 2., คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุรกุล เจนอบรม. (2541). วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล. (2545). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย. [ออนไลน์] ได้จาก : https://www.dmh.go.th/test/download/ files/whoqol.pdf

อมรรัตน์ เนียมสรรค์ นงนุช โอบะ และสมบูรณ์ ตันสุภสวัสดิกุล. (2555). ผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิคโดยใช้วงดนตรีโปงลางต่อสมรรถภาพทางกายและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง. ***วารสารการพยาบาลและสุขภาพ***. 6(2) : 62-75.

อารดา ธีระเกียรติกาจร. (2554). ***คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่***. เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อารีวรรณ คุณเจตน์. (2541). ***คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรี***. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, มหาวิทยาลัยบูรพา.

อุมาพร อุดมทรัพยากุล. (2536). ***ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุเขตเมืองสุพรรณบุรี.*** วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาชีวสถิติ, มหาวิทยาลัย มหิดล.

Blanchflower, David G. and Andrew J. Oswald (2005). Happiness and the Human Development Index: The Paradox of Australia. Australian ***Economic Review***., 38(3): 307-318.

Butler, R. N., Davis. R., Lewis. C. B.,Nelson. M. E., and Strauss. E. (1995). Physical fitness: Benefits of exercising for the older patient. ***Medicine & Science in Sports & Exercise***, 27(3): 641-647.

Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, Skinner JS. (2009). Exercise and physical activity for older adults. ***Medicine & Science in Sports & Exercise***. , 41(7): 1510-1530.

Frey, Bruno S. and Alois Stutzer (2000). Happiness, Economy and Institutions. ***Economic Journal*** 110

(466): 918-938.

Georgia M. Barrow and Patricia A. Smith. (1980). ***Aging, the Individual, and Society***. West Publishing Company, Minnesota, USA.

Gurin, G.; Feld, S.; Veroff, J. (1960). Americans View their Mental Health. A Nationwide Interview Survey. Arno Press, New York, USA.

Liu M and So H. (208). Effects of Tai Chi exercise program on physical fitness, fall related perception and health status in institutionalized elder. ***Taehan Kanho Hakhoe Chi***., 38(4): 620-628.

Oswald, Andrew J. (1997). Happiness and Economic Performance. ***Economic Journal.***, 107 (445): 1815-31.