

The Determinants of Thai Active Ageing Level |

Subhachak Saengprachaksakula

Ph.D. (Candidate in Demography),

College of Population Studies, Chulalongkorn University

E-mail: subhachak@hotmail.com

139

Abstract

This research was aimed at determining level of Thai active ageing in 2011 using the World Health Organization policy framework of active ageing which consisted of three components: health, participation and security; and finding out the determinants of Thai active ageing level in 2011. Data used were the 2011 Survey of The Older Persons in Thailand which conducted by the National Statistic Office and selected only the elderly aged 60 years and over. The sample size was 23,884 persons. The results showed that Thai active ageing level was medium. When controlled for other factors, multiple Ordered-Probit Model Regression revealed that the most statistically significant determinants of Thai active ageing level were age, residence area, education, marital status, income, working, health check up, ministered care and exercise.

Keywords: active ageing, health, Ordered-Probit Model, participation, security

ปีที่ 21
ฉบับที่ 1
ม.ค.
-
มี.ค.
2558

ปัจจัยกำหนดระดับวุฒิวยของผู้สูงอายุไทย

สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล

นิสิตระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: subhachak@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับวุฒิวยของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ.2554 ตามกรอบแนวคิดเชิงนโยบาย (Policy Framework) ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการมีสุขภาพดี ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม และด้านการมีหลักประกันที่มั่นคง และเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดที่มีอิทธิพลต่อระดับวุฒิวยของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ.2554 โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีทั้งสิ้น 23,884 คน ผลการวิจัยพบว่า ระดับวุฒิวยของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ โดยการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ ด้วยแบบจำลองไพรบิตตามลำดับ พบว่า ปัจจัยกำหนดระดับวุฒิวยของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ เขตที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อปี การทำงาน การตรวจสุขภาพ การดูแลปรนนิบัติ และการออกกำลังกาย

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, การมีหลักประกันที่มั่นคง, แบบจำลองไพรบิตตามลำดับ, วุฒิวยของผู้สูงอายุ, สุขภาพ

บทนำ

ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมควบคู่กันไป ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ตลอดจนเทคโนโลยี สิ่งเหล่านี้ล้วนมีความสัมพันธ์ต่อกัน และส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุหลายประการ ทั้งทางด้านสุขภาพ อนามัย การศึกษา การทำกิจกรรม ความมั่นคงของรายได้ และการทำงาน โดยที่ปัญหาสุขภาพจะเป็นปัญหาในลำดับต้นๆ กล่าวคือ ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยหรือพยาธิสภาพของโรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคอัมพฤกษ์/อัมพาต (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) และจากรายงานของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พบว่า ในปีพ.ศ.2551 มีผู้สูงอายุอยู่ในภาวะสมองเสื่อมเป็นจำนวนกว่า 10,000 คน และเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าเกือบร้อยละ 5 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2551, 41-43)

ในด้านการเปลี่ยนแปลงทางสังคมนั้น ผู้สูงอายุจะมีกิจกรรมหรือมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง อีกทั้งสังคมเองก็ยอมรับและให้โอกาสผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมน้อยลงด้วยเช่นกัน การที่มีกิจกรรมน้อยลงนี้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลง ขาดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากสังคม จึงทำให้รับรู้ข้อมูลข่าวสารลดลง และนำไปสู่การแยกตัวออกจากสังคมโดยปริยาย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุ จะนำไปสู่การเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน กิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรวมกลุ่มอย่างไม่เป็นทางการของผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่มาจากการร่วมทำบุญที่วัด และมาจากกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุที่เกิดขึ้น โดยการจัดตั้งหรือส่งเสริมของทางราชการ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 โดยเป็นปีแรกที่สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับร้อยละ 10 นั้นหมายถึงว่าประชากรไทยทุกๆ 10 คนจะมีผู้สูงอายุ 1 คนและมีแนวโน้มสูงมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในระหว่างปี พ.ศ.2549 ถึง พ.ศ.2553 นอกจากนี้ ยังพบ

ว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับบุตรลดลง โดยเฉพาะผู้สูงอายุในเขตชนบท (นภาพร ชโยวรรณ, 2551) ลักษณะดังกล่าวนี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น และยังมีผู้สูงอายุร้อยละ 37 จากผู้สูงอายุประมาณ 7 ล้านคน ที่มีแนวโน้มต้องยังชีพด้วยการทำงานเพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัว โดยให้เหตุผลว่าสุขภาพยังดี การทำงานช่วยให้สุขภาพแข็งแรงมีพลัง และช่วยให้ตนเองได้เข้าสังคม (กุลล สุนทรธาดา, 2553) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการมีหลักประกันและความปลอดภัยในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ และในอนาคตจะเกิดวิกฤต 1 : 2 : 4 กล่าวคือ เป็นสังคมที่คนรุ่นหลาน 1 คน ดูแลรุ่นพ่อแม่ 2 คน และดูแลรุ่นปู่ย่าตายาย 4 คน (เกื้อ วงศ์บุญสิน, 2549: 15) ซึ่งจะเป็นภาระที่หนักมากสำหรับคนรุ่นหลานและสังคม หากผู้สูงอายุในวัยกลางคนในปัจจุบัน ไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการเตรียมพร้อมสำหรับชีวิตบั้นปลายไว้

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) เป็นแผนระยะยาวที่มีนโยบายให้ความสำคัญต่อ “วงจรชีวิต” และความสำคัญของทุกคนในสังคมที่มีความเกี่ยวพันกับผู้สูงอายุไม่ว่าทางใดก็ทางหนึ่ง และจะต้องเข้าสู่วัยสูงอายุตามวงจรชีวิตที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้นอกจากนี้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุที่ระบุว่าผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครองการส่งเสริมการสนับสนุนในด้านต่างๆ โดยเฉพาะการส่งเสริมด้านการศึกษาและข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตเพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตและเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุไทยให้เป็น “ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ” ซึ่งทั้งแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ต่างมีเป้าหมายและเนื้อหาสาระที่สอดคล้องกับแนวคิดเชิงนโยบาย (Policy Framework) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002, 12) ที่มุ่งสร้างวุฒิภาวะ (active ageing) ซึ่งระบุความหมายของผู้สูงอายุที่มีวุฒิภาวะ เป็นผู้ที่มีสุขภาพที่ดี มีส่วนร่วมในสังคม และมีความมั่นคงในชีวิต

การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วอาจจะไม่เป็นปัญหามากนัก ถ้าประชากรกลุ่มนี้มีการวางแผนชีวิตของตนเองไว้ มีการเตรียม

พร้อมในด้านเศรษฐกิจ ด้านที่อยู่อาศัย ด้านสังคม ด้านร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ หรือเป็นผู้ที่มีวุฒิภาวะที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวุฒิภาวะของผู้สูงอายุไทย ซึ่งจะนำไปสู่ความเข้าใจถึงลักษณะวุฒิภาวะในบริบทของสังคมไทย ที่มีวัฒนธรรมที่แตกต่างไปจากสังคมในภูมิภาคอื่น อีกทั้งยังเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ว่า ผู้สูงอายุไทยในภาพรวมมีระดับหรือลักษณะวุฒิภาวะเป็นอย่างไร มีปัจจัยกำหนดใดที่ส่งผลให้เกิดความแตกต่างในวุฒิภาวะของผู้สูงอายุไทย เพื่อสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษา มาช่วยเป็นแนวทางสำหรับวางแผน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยได้อย่างเหมาะสม และเกิดประโยชน์สูงสุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับวุฒิภาวะและวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดที่มีอิทธิพลต่อระดับวุฒิภาวะของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ.2554

แนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ในปี ค.ศ. 2002 องค์การอนามัยโลก ได้เสนอแนวคิด Active Ageing ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพ ความสามารถ คุณค่า คุณประโยชน์ และศักยภาพของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิต โดยได้ให้ความหมายของ Active Ageing ไว้ว่า เป็นกระบวนการ (process) ที่เหมาะสม (optimization) ซึ่งนำไปสู่สุขภาพที่ดี (health) มีส่วนร่วมในสังคม (participation) และมีหลักประกันที่มั่นคง (security) ในอันที่จะเสริมสร้างคุณภาพชีวิต (to enhance quality of life) เมื่อสูงอายุ (older age) (WHO, 2002, 12)

สำหรับในประเทศไทย ยังไม่มีการบัญญัติคำแปลของคำว่า “Active Ageing” โดยราชบัณฑิตยสถาน แต่ก็มีผู้แปลคำว่า “Active Ageing” หรือมีการใช้คำในภาษาไทยที่แตกต่างกันออกไป เช่น “สูงวัยอย่างมีคุณภาพ” “พหุพัฒนา” “พหุพัฒนา” หรือ “ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ” เป็นต้น (เล็ก สมบัติ และคณะ,

2554, 8) อย่างไรก็ตามในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้คำว่า “วุฒิวัย” แทนคำว่า “Active Ageing” เนื่องจากคำว่า วุฒิวัย ซึ่งเป็นคำประสมสองคำ คือ “วุฒิ” และ “วัย” ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน จะมีความหมายว่า “วัยหรือระยะอายุที่มีความเจริญสมบูรณ์ เพียบพร้อม” ซึ่งมีนัยยะที่สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่มุ่งสร้างความพร้อมในวัยสูงอายุทั้งทางด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วม และการมีหลักประกันที่มั่นคง

การเสนอแนวคิดวุฒิวัยขององค์การอนามัยโลก เป็นการเสนอแนวคิดในภาพรวมเพื่อเป็นแนวทางแก่ประเทศต่างๆ นำไปใช้ในการวางแผนงาน แผนงาน ตลอดจนโครงการที่จะพัฒนา ให้เกิดภาวะวุฒิวัยในแต่ละประเทศ จึงได้กำหนดเพียงปัจจัยตัดขวาง (Cross-Cutting Determinants) และปัจจัยกำหนด (Determinants) ไว้เป็นแนวทาง ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และระดับชาติหรืออาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีวุฒิวัยจะต้องเป็นผู้ที่มีลักษณะ 3 ด้าน คือ การมีสุขภาพดี การมีส่วนร่วมในสังคม และการมีหลักประกันที่มั่นคง โดยผ่านทั้งปัจจัยตัดขวาง และปัจจัยกำหนด ปัจจัยตัดขวางเป็นปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงเป็นภาพใหญ่ก่อน ได้แก่ เพศ (gender) และวัฒนธรรม (culture) โดยเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อยังปัจจัยด้านอื่นๆ ซึ่งส่งผลต่อการมีวุฒิวัยของผู้สูงอายุ (WHO, 2002, 20) กล่าวคือ เพศ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสถานภาพทางสังคม มีผลต่อลักษณะการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ การทำงาน การบริโภค และภาวะโภชนาการในบางสังคมเด็กและผู้หญิงอยู่ในสถานภาพทางสังคมที่ต่ำมีโอกาสน้อยมากที่จะเข้าถึงการบริโภคอาหาร การศึกษา การทำงาน และการเข้ารับบริการทางสุขภาพ รวมทั้งค่านิยมดั้งเดิมที่ผู้หญิงมีบทบาทเป็นทั้งคนดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ และครอบครัว ซึ่งอาจทำให้ต้องละทิ้งงานที่ก่อให้เกิดรายได้ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ และทำให้เกิดความยากจนในผู้หญิงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

สำหรับวัฒนธรรมของแต่ละสังคม ก็เป็นตัวกำหนดกว้างๆ ว่าสังคมมองและปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างไร เพื่อเป็นบรรทัดฐานให้แก่คนในสังคม

ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลต่อทั้งความเป็นอยู่ พฤติกรรม ตลอดจนสุขภาพของผู้สูงอายุโดยที่วัฒนธรรมเกิดขึ้นเมื่อมนุษย์ที่อยู่ในบริเวณใกล้เคียงกันหรือถิ่นที่อยู่เดียวกัน ได้ทำความตกลงกันว่าจะยึดระบบใด พฤติกรรมใดบ้างที่จะถือเป็นพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติ และมีความหมายอย่างไร แนวความคิดใดจึงจะเหมาะสม (อมรา พงศาพิชญ์, 2553, 25) ความแตกต่างของเขตหรือถิ่นที่อยู่อาศัย นอกจากจะสามารถบอกถึง ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม ยังอาจแสดงถึงสถานภาพสังคมที่แตกต่างกันด้วย

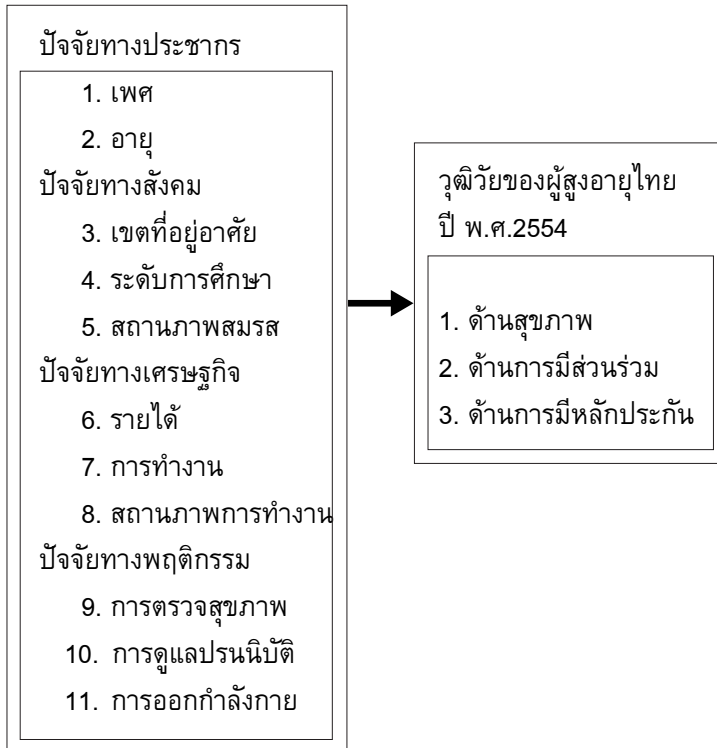
ปัจจัยกำหนดเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อองค์ประกอบทั้ง 3 ด้านของวุฒิวัย โดยปัจจัยกำหนดประกอบด้วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและระบบบริการทางสังคม (Determinants Related to Health and Social Service Systems) ปัจจัยกำหนดทางพฤติกรรม (Behavioural Determinants) ปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล (Determinants Related to Personal Factors) ปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Determinants Related to the Physical Environment) ปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมทางสังคม (Determinants Related to the Social Environment) และ ปัจจัยกำหนดทางเศรษฐกิจ (Economic Determinants) (WHO, 2002, 21-32)

ดังนั้นจึงได้นำแนวคิดวุฒิวัยขององค์การอนามัยโลก ที่เสนอเป็นแนวคิดเชิงนโยบาย (Policy Framework) ซึ่งกล่าวว่าวุฒิวัยของผู้สูงอายุประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม และด้านการมีหลักประกันที่มั่นคง มาใช้ในการสร้างกรอบแนวคิดของการวิจัย เพื่อศึกษาถึงปัจจัยกำหนดที่มีอิทธิพลต่อระดับวุฒิวัยของผู้สูงอายุไทย โดยกำหนดชื่อปัจจัยและจัดตัวแปรภายใต้ปัจจัยให้สอดคล้องและเหมาะสม ดังภาพ 1

ระเบียบวิธีวิจัย

แหล่งข้อมูล

ใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่มาจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

พ.ศ.2554 ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ การสุ่มตัวอย่างเป็นแบบสองขั้นตอน ขั้นที่หนึ่ง ใช้จังหวัดเป็นสตราตัม (Stratum) และแต่ละสตราตัมแบ่งออกเป็น 2 สตราตัมย่อย คือ ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ขั้นที่สอง เลือกครัวเรือนตัวอย่างจากรายชื่อครัวเรือนทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล สำหรับการวิจัยครั้งนี้เลือกใช้ข้อมูลเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และให้ข้อมูลครบทุกกลุ่มรายการของแต่ละตัวแปรในกรอบแนวคิดของการวิจัย ซึ่งได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 23,884 คน

การสร้างดัชนีผู้ฉวย (Active Ageing Index: AAI)

จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2554 มีข้อคำถามที่เป็นองค์ประกอบสำคัญตามแนวคิดผู้ฉวยขององค์การอนามัยโลก ซึ่งนำไปสร้างดัชนีองค์ประกอบ (Composite Index) ที่มาจากตัวชี้วัดหลายๆ ตัว โดยตัวชี้วัดที่นำมาใช้คำนวณเพื่อสร้างดัชนีผู้ฉวยของผู้สูงอายุ จะประยุกต์จากการศึกษาของกุศล สุนทรธาดา และกมลชนก ขำสุวรรณ (2553) ซึ่งดัชนีที่สร้าง ได้แก่ ดัชนีด้านสุขภาพ ดัชนีด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม และดัชนีด้านการมีหลักประกันที่มั่นคง

วิธีสร้างดัชนีองค์ประกอบ (Composite Index)

ดัชนีผู้ฉวยของผู้สูงอายุไทย สร้างขึ้นโดยการรวมดัชนีแต่ละด้านเข้าด้วยกัน ได้แก่ ด้านการมีสุขภาพดี ด้านการมีส่วนร่วม และด้านการมีหลักประกัน ซึ่งมีขั้นตอนการสร้างดังนี้ (ดูตัวอย่างการคำนวณในภาคผนวก)

1. สร้างดัชนีของแต่ละด้าน (Index)

น้ำหนักของตัวชี้วัดแต่ละตัว มาถ่วงน้ำหนักรวมกันเป็นดัชนีของแต่ละด้าน โดยมีสูตรในการคำนวณ คือ

$$\text{ดัชนีของแต่ละด้าน (Index)} = \frac{X_1}{(M_1 \times n)} + \frac{X_2}{(M_2 \times n)} + \frac{X_3}{(M_3 \times n)} + \dots + \frac{X_n}{(M_n \times n)}$$

โดยที่ X_i = คะแนนของตัวชี้วัดแต่ละตัว

M_i = ค่าคำตอบที่เป็นค่าสูงสุดของตัวชี้วัดแต่ละตัว

n = จำนวนรวมของตัวชี้วัดในแต่ละด้าน

การคำนวณดัชนีของแต่ละด้าน มีดังนี้

1.1 ดัชนีด้านสุขภาพ (Health Index)

สร้างขึ้นจากข้อคำถามด้านสุขภาพ มี 6 ตัวชี้วัด ได้แก่ สุขภาพกาย (X_1) สุขภาพจิต (X_2) การมองเห็น (X_3) การได้ยิน (X_4) ข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน (X_5) และ ข้อจำกัดด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (X_6) ดังนั้น ดัชนีด้านการมีสุขภาพดีของแต่ละบุคคล จะได้จากสูตรในการคำนวณ

คือ

$$\text{Health Index} = \frac{X_1}{(4 \times 6)} + \frac{X_2}{(2 \times 6)} + \frac{X_3}{(3 \times 6)} + \frac{X_4}{(3 \times 6)} + \frac{X_5}{(1 \times 6)} + \frac{X_6}{(1 \times 6)}$$

โดยคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ คือ $\frac{4}{24} + \frac{2}{12} + \frac{3}{18} + \frac{3}{18} + \frac{1}{6} + \frac{1}{6} = 1$

และคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ คือ $\frac{0}{24} + \frac{0}{12} + \frac{0}{18} + \frac{0}{18} + \frac{0}{6} + \frac{0}{6} = 0$

1.2 ดัชนีด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม (Participation Index)

สร้างขึ้นจากข้อคำถามด้านการมีส่วนร่วม มี 2 ตัวชี้วัด คือ

การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม (X_1) และ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม (X_2)

ดังนั้น ดัชนีด้านการมีส่วนร่วมของแต่ละบุคคล จะได้จากสูตรในการคำนวณ คือ

$$\text{Participation Index} = \frac{X_1}{(1 \times 2)} + \frac{X_2}{(1 \times 2)}$$

โดยคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ คือ $\frac{1}{2} + \frac{1}{2} = 1$

และคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ คือ $\frac{0}{2} + \frac{0}{2} = 0$

1.3 ดัชนีด้านการมีหลักประกันที่มั่นคง (Security Index)

สร้างขึ้นจากข้อคำถามด้านการมีหลักประกัน มี 3 ตัวชี้วัด ได้แก่

ความเพียงพอของรายได้ (X_1) ความเป็นเจ้าของบ้าน (X_2) และลักษณะการ

อยู่อาศัย (X_3) ดังนั้น ดัชนีด้านการมีหลักประกันของแต่ละบุคคล จะได้จากสูตรในการคำนวณ คือ

$$\text{Security Index} = \frac{X_1}{(2 \times 3)} + \frac{X_2}{(1 \times 3)} + \frac{X_3}{(1 \times 3)}$$

โดยคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ คือ $\frac{2}{6} + \frac{1}{3} + \frac{1}{3} = 1$

และคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ คือ $\frac{0}{6} + \frac{0}{3} + \frac{0}{3} = 0$

2. สร้างดัชนีภูมิวัยของผู้สูงอายุ (Active Ageing Index: AAI)

นำดัชนีของแต่ละด้านมารวมกัน โดยถ่วงน้ำหนักให้ดัชนีแต่ละด้านมีความสำคัญเท่ากันตามแนวคิดเชิงนโยบายขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002, 12) คือ

$$AAI = \frac{1}{3}(\text{Health Index}) + \frac{1}{3}(\text{Participation Index}) + \frac{1}{3}(\text{Security Index})$$

จากนั้นนำดัชนีภูมิวัยของผู้สูงอายุ มาแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ในการแบ่งระดับดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index: HDI) ของโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP, 2005, 212) ที่สร้างเพื่อวัดคุณภาพชีวิต ดังนี้

0.000 – 0.499 คะแนน	หมายถึง ระดับต่ำ
0.500 – 0.799 คะแนน	หมายถึง ระดับปานกลาง
0.800 – 1.000 คะแนน	หมายถึง ระดับสูง

สรุปว่า องค์ประกอบของดัชนีภูมิวัยของผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ดัชนี และ 11 ตัวชี้วัด

แบบจำลองที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบจำลองโพรบิตตามลำดับ (Ordered-Probit Model) ซึ่งเป็นวิธีการวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรอิสระที่มีต่อตัวแปรตามเมื่อตัวแปรตามเป็นตัวแปรระดับจัดอันดับ (ordinal scale) โดยมีรูปแบบทั่วไป คือ

$$Y_i^* = \sum_{k=1}^K \beta_k X_{ki} + \varepsilon_i$$

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ตัวแปรตามมี 3 ระดับ (ต่ำ ปานกลาง สูง) ซึ่งสามารถเขียนเป็นความสัมพันธ์ได้ดังนี้

$$AAI = \beta_1 SEX + \beta_2 AGE + \beta_3 AREA + \beta_4 EDUC + \beta_5 MARRI + \beta_6 INCOM + \beta_7 WORKI + \beta_8 WORKS + \beta_9 HECHK + \beta_{10} CAREG + \beta_{11} EXERC + \varepsilon_i$$

โดยที่

- AAI คือ ระดับความพิการของผู้สูงอายุ: เมื่อ 0 = ระดับต่ำ / 1 = ระดับปานกลาง / 2 = ระดับสูง
- SEX คือ เพศ: เมื่อ 0 = หญิง / 1 = ชาย
- AGE คือ อายุ (เต็มปี)
- AREA คือ เขตที่อยู่อาศัย: เมื่อ 0 = นอกเขตเทศบาล / 1 = ในเขตเทศบาล
- EDUC คือ ระดับการศึกษา: เมื่อ 0 = ไม่มีการศึกษา / 1 = ประถมศึกษา / 2 = มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป
- MARRI คือ สถานภาพสมรส: เมื่อ 0 = สถานภาพสมรสอื่นๆ / 1 = สมรส และคู่สมรสอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน
- INCOM คือ รายได้ต่อปี: เมื่อ 0 = น้อยกว่า 10,000 บาท / 1 = 10,000-29,999 บาท / 2 = 30,000-49,999 บาท / 3 = 50,000-99,999 บาท / 4 = 100,000 บาท ขึ้นไป
- WORKI คือ การทำงาน: เมื่อ 0 = ไม่ได้ทำงาน / 1 = ทำงาน
- WORKS คือ สถานภาพการทำงาน: เมื่อ 0 = อื่นๆ (รวมไม่ได้ทำงาน) / 1 = นายจ้าง
- HECHK คือ การตรวจสุขภาพ: เมื่อ 0 = ไม่ได้ตรวจ / 1 = ตรวจ
- CAREG คือ การดูแลปรนนิบัติ: เมื่อ 1 = ดูแลตนเองหรือคู่สมรสดูแล / 2 = มีผู้อื่นดูแล
- EXERC คือ การออกกำลังกาย: เมื่อ 0 = ไม่ได้ทำเป็นประจำ / 1 = ทำเป็นประจำ
- $\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_{11}$ คือ สัมประสิทธิ์การทำนายของตัวแปรอิสระต่างๆ
- ε_i คือ ค่าความคลาดเคลื่อน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) วิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัด/ตัวแปรที่นำมาสร้างดัชนีแต่ละด้าน และระดับความพิการของผู้สูงอายุไทย

ซึ่งแสดงด้วยค่าร้อยละ (Percentage) สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดที่มีอิทธิพลต่อระดับสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะใช้การวิเคราะห์การถดถอย (Regression Analysis) ด้วยแบบจำลองโพรบิตตามลำดับ (Ordered-Probit Model) โดยการประมาณค่าความน่าจะเป็นสูงสุด (Maximum Likelihood Estimation) (Wooldridge, J.M., 2002, 504-505) ทั้งนี้จะแสดงค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (Coefficients) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรอิสระ ว่าตัวแปรตามมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใดเมื่อตัวแปรอิสระเปลี่ยนไป และจะแสดงค่าผลกระทบส่วนเพิ่ม (Marginal Effect) เพื่ออธิบายความน่าจะเป็นของตัวแปรตามที่จะเปลี่ยนไป เมื่อตัวแปรอิสระเปลี่ยนไป

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ตัวชี้วัดของดัชนีสุขภาพสร้างจากข้อคำถามที่มาจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2554 ทำให้ตัวชี้วัดในการสร้างดัชนีสุขภาพบางด้านอาจจะไม่ครบถ้วนตามแนวคิด โดยเฉพาะตัวชี้วัดของดัชนีด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนที่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 60.4 : ร้อยละ 39.6) มีอายุเฉลี่ยประมาณ 69.51 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในเขตเทศบาล (ร้อยละ 58.0) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 75.9) อาศัยอยู่กับคู่สมรสในครัวเรือนเดียวกัน (ร้อยละ 54.9) มีรายได้ประมาณ 10,000 – 29,999 บาทต่อปี (ร้อยละ 25.9) ไม่ได้ทำงานในช่วง 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์ (ร้อยละ 62.7) และไม่ได้เป็นนายจ้าง (ร้อยละ 98.4) ได้รับการตรวจสอบสุขภาพที่ไม่ใช่เป็นเพราะการเจ็บป่วยในช่วง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ (ร้อยละ 58.3) โดยดูแลตนเองหรือมีคู่สมรสดูแล (ร้อยละ 87.0) และส่วนใหญ่ออกกำลังกายไม่เป็นประจำ (ร้อยละ 60.7)

วิถีชีวิตของผู้สูงอายุไทย

ผลการวิจัย (ตาราง 1) พบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งมีดัชนีวิถีชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือ ระดับสูง (ประมาณ 1 ใน 3) และระดับต่ำ ส่วนดัชนีวิถีชีวิตในแต่ละด้านพบว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีดัชนีด้านสุขภาพในระดับสูงมากที่สุด (ประมาณ 2 ใน 3) ส่วนด้านหลักประกันความมั่นคงและการมีส่วนร่วมทางสังคม พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งมีหลักประกันความมั่นคงในระดับสูง และร้อยละ 45 มีดัชนีการมีส่วนร่วมทางสังคมในระดับสูง สำหรับตัวชี้วัดต่างๆ ในแต่ละด้านของวิถีชีวิต มีดังต่อไปนี้ (ตาราง 2) ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง ไม่เคยมีความรู้สึกเชิงลบ มองเห็นชัดเจนโดยไม่ต้องใส่แว่น ได้ยินชัดเจนโดยไม่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง สามารถทำสิ่งต่างๆ เหล่านี้ได้ด้วยตนเอง ได้แก่ กินอาหาร ใส่เสื้อผ้า อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน เข้าห้องสุขา นั่งยองๆ ยกของหนักประมาณ 5 กิโลกรัม เดินขึ้นบันได 2-3 ชั้น และเดินทางโดยขึ้นรถ/ลงเรือคนเดียว ในส่วนของการมีส่วนร่วมทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม ตั้งแต่ 1 กลุ่มขึ้นไป แต่ก็ไม่ค่อยได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม สำหรับด้านการมีหลักประกันที่มั่นคง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้จากทุกแหล่งเพียงพอต่อการดำรงชีพ เป็นเจ้าของบ้านเอง และไม่ได้อยู่คนเดียว

ตาราง 1 ร้อยละของระดับวิถีชีวิตรวมและระดับวิถีชีวิตแต่ละด้านของผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ.2554

ระดับ	ดัชนีวิถีชีวิตแต่ละด้าน			ดัชนีวิถีชีวิต (Active Ageing Index)
	ด้านสุขภาพ (Health Index)	ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม (Participation Index)	ด้านหลักประกันความมั่นคง (Security Index)	
ต่ำ	2.0	34.8	10.8	17.0
ปานกลาง	30.7	20.6	42.1	48.8
สูง	67.3	44.6	47.1	34.2
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0

ตาราง 2 ร้อยละของระดับตัวชี้วัดต่าง ๆ จำแนกตามดัชนีแต่ละด้าน
ของวุฒิวยัยผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ.2554 [จำนวน 23,884 ตัวอย่าง]

ตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด	ระดับ	ร้อยละ
องค์ประกอบด้านการมีสุขภาพดี			
สุขภาพกาย	สถานะสุขภาพกาย ในช่วง 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์ (ผู้สูงอายุประเมินด้วยตัวเอง)	ดีมาก	4.3
		ดี	38.0
		ปานกลาง	42.6
		ไม่ดี	14.3
		ไม่ดีมากๆ	0.8
สุขภาพจิต	มีความรู้สึก "เชิงลบ" ในช่วง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ (ผู้สูงอายุประเมินด้วยตัวเอง)	ไม่เคย	81.7
		บางครั้ง	17.1
		เป็นประจำ	1.2
การมองเห็น	ความสามารถทางการมองเห็น	ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่แว่น	52.3
		ชัดเจนแต่ต้องใส่แว่น	31.4
		ไม่ชัดเจน	16.0
		ไม่เห็นเลย (ตาบอด)	0.3
การได้ยิน	ความสามารถทางการได้ยิน	ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง	87.4
		ชัดเจนแต่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง	2.3
		ไม่ชัดเจน	10.2
		ไม่ได้ยินเลย (หูหนวก)	0.1
ข้อจำกัดในการทำ กิจวัตรประจำวัน (Limitation in Active in Daily Living: ADL)	การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ประกอบด้วย กินอาหาร ใส่เสื้อผ้า อาบน้ำล้างหน้า/แปรงฟันเข้าห้องสุขา	ทำได้ด้วยตนเอง	98.8
		ทำเองไม่ได้	1.2
ข้อจำกัดด้านการทำ หน้าที่ของร่างกาย (Functional Limitation)	การทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายด้วยตนเอง ประกอบด้วย นั่งยองๆ ยกของหนัก (ประมาณ 5 กก.) เดินขึ้นบันได 2-3 ชั้น เดินทางโดยขึ้นรถ/ลงเรือคนเดียว	ทำได้ด้วยตนเอง	88.6
		ทำเองไม่ได้	11.4
องค์ประกอบของการมีส่วนร่วมทางสังคม			
การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ ชมรม	การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม ในช่วง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ประกอบด้วย กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มอาปนกิจ กลุ่มอาชีพ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มสหกรณ์ออมทรัพย์ กลุ่มลูกเสือชาวบ้าน	เป็นสมาชิก 1 กลุ่มหรือมากกว่า	64.0
		ไม่เป็นสมาชิก	36.0

ตาราง 2 ร้อยละของระดับตัวชี้วัดต่าง ๆ จำแนกตามดัชนีแต่ละด้าน
ของวุฒิวิทย์ผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ.2554 [จำนวน 23,884 ตัวอย่าง] (ต่อ)

ตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด	ระดับ	ร้อยละ
การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม	การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมในช่วง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ประกอบด้วย กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มอาปนกิจ กลุ่มอาชีพ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มสหกรณ์/ออมทรัพย์ กลุ่มลูกเสือชาวบ้าน	เข้าร่วมกิจกรรม 1 กลุ่มหรือมากกว่า	46.0
		ไม่เข้าร่วมกิจกรรม	54.0
องค์ประกอบของด้านการมีหลักประกันที่มั่นคง			
ความเพียงพอของรายได้	ความเพียงพอของรายได้จากทุกแหล่งในการดำรงชีพ	เกินเพียงพอ	4.0
		เพียงพอ	61.6
		ไม่เพียงพอ	34.5
ความเป็นเจ้าของบ้าน	ความเป็นเจ้าของบ้านที่อยู่ในปัจจุบัน	เป็นเจ้าของบ้าน	82.4
		ไม่เป็นเจ้าของ	17.6
ลักษณะการอยู่อาศัย	การอยู่อาศัยร่วมกันในครอบครัว	อยู่กับคู่สมรส ลูก หรือคนอื่นๆ	87.6
		อยู่คนเดียว	12.4

ปัจจัยกำหนดที่มีอิทธิพลต่อระดับวุฒิวิทย์ของผู้สูงอายุไทย

เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ คงที่ ผลการวิเคราะห์การถดถอยด้วยแบบจำลองไพรบิตตามลำดับ ในระดับหลายตัวแปร (ตาราง 3) พบว่า ปัจจัยกำหนดที่มีอิทธิพลต่อระดับวุฒิวิทย์ของผู้สูงอายุไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวก ได้แก่ ระดับการศึกษาที่สูงกว่า สมรสและคู่สมรสอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน รายได้ต่อปีที่สูงกว่า 10,000 บาท การทำงาน การตรวจสุขภาพ และการออกกำลังกายเป็นประจำ สำหรับความสัมพันธ์ทางลบ ได้แก่ อายุที่มากขึ้น ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล และผู้สูงอายุที่มีผู้อื่นดูแลรับผิดชอบ ทั้งนี้ โดยผู้สูงอายุที่สมรสและคู่สมรสอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีความน่าจะเป็นที่จะมีวุฒิวิทย์เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 16.93 (Marginal Effect = 0.1693204) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ รองลงมา ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมขึ้นไป มีวุฒิวิทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ 9.45 (Marginal Effect = 0.0945363) เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีการศึกษา

และผู้สูงอายุที่มีรายได้ตั้งแต่ 50,000 บาทต่อปี มีผู้ฉวยเพิ่มขึ้นร้อยละ 6.5 (Marginal Effect = 0.0646477)

ตาราง 3 สัมประสิทธิ์การทำนาย (Coefficients) และผลกระทบส่วนเพิ่ม (Marginal effect) ที่จะมีผู้ฉวยระดับสูงของผู้สูงอายุไทย เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ คงที่ จำแนกตามปัจจัยต่างๆ โดยการวิเคราะห์การถดถอย (Regression Analysis) ด้วยแบบจำลองโพรบิตตามลำดับ (Ordered-Probit Model) [จำนวน 23,884 ตัวอย่าง]

ปัจจัยกำหนด	การวิเคราะห์การถดถอย (Regression Analysis) ด้วยแบบจำลองโพรบิตตามลำดับ (Ordered-Probit Model)	
	สัมประสิทธิ์การทำนาย (Coefficients)	ผลกระทบส่วนเพิ่ม (Marginal Effect)
<u>ปัจจัยทางประชากร</u>		
1. เพศ		
1.1 หญิง	-	-
1.2 ชาย	0.0104189	0.0037735
2. อายุ	- 0.0067590***	- 0.0024468***
<u>ปัจจัยทางสังคม</u>		
3. เขตที่อยู่อาศัย		
3.1 นอกเขตเทศบาล@		
3.2 ในเขตเทศบาล	- 0.2689293***	- 0.0980177***
4. ระดับการศึกษา		
4.1 ไม่มีการศึกษา@	-	-
4.2 ประถมศึกษา	0.2132188***	0.0751098***
4.3 มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป	0.2522618***	0.0945363***
5. สถานภาพสมรส		
5.1 สถานภาพสมรสอื่นๆ@	-	-
5.2 สมรสและคู่สมรสอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน	0.4762505***	0.1693204***
<u>ปัจจัยทางเศรษฐกิจ</u>		
6. รายได้ต่อปี		
6.1 น้อยกว่า 10,000 บาท@	-	-
6.2 10,000-29,999 บาท	0.1464223***	0.0537619***
6.3 30,000-49,999 บาท	0.1519729***	0.0559885***
6.4 50,000-99,999 บาท	0.1752912***	0.0646477***
6.5 100,000 บาทขึ้นไป	0.1730676***	0.0642484***

ตาราง 3 สัมประสิทธิ์การทำนาย (Coefficients) และผลกระทบส่วนเพิ่ม (Marginal effect) ที่จะมีความวิตกกังวลระดับสูงของผู้สูงอายุไทย เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ คงที่จำแนกตามปัจจัยต่างๆ โดยการวิเคราะห์การถดถอย (Regression Analysis) ด้วยแบบจำลองโพรบิตตามลำดับ (Ordered-Probit Model) [จำนวน 23,884 ตัวอย่าง] (ต่อ)

ปัจจัยกำหนด	การวิเคราะห์การถดถอย (Regression Analysis) ด้วยแบบจำลองโพรบิตตามลำดับ (Ordered-Probit Model)	
	สัมประสิทธิ์การทำนาย (Coefficients)	ผลกระทบส่วนเพิ่ม (Marginal Effect)
8. สถานภาพการทำงาน		
8.1 สถานภาพการทำงานอื่นๆ	-	-
8.2 นายจ้าง	0.0061332	0.0022232
9. การตรวจสุขภาพ (ที่ไม่ใช่เพราะเจ็บป่วย ในช่วง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์)		
9.1 ไม่ตรวจ@	-	-
9.2 ตรวจ	0.1916132***	0.0687897***
10. การดูแลปรนนิบัติ		
10.1 ดูแลตนเองหรือคู่สมรสดูแล@	-	-
10.2 มีผู้อื่นดูแล	-0.2513751***	-0.0868077***
11. การออกกำลังกาย		
11.1 ไม่เป็นประจำ@	-	-
11.2 เป็นประจำ	0.1344747***	0.0489564***
Log Likelihood = -23007.122		Pseudo R ² = 0.0542

หมายเหตุ: @ เป็นกลุ่มอ้างอิง * p < 0.05 ** p < 0.01 *** p < 0.001

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง โดยมีความวิตกกังวลด้านสุขภาพดีที่สุด รองลงมาคือ ด้านความมั่นคง และด้านการมีส่วนร่วม ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะประเทศไทยมีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุมาเป็นเวลานาน อีกทั้งยังมีแผนการดำเนินงานและนโยบายเชิงรุก และเชิงรับจากหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เช่น

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ.2525-2544) และปัจจุบันอยู่ในช่วงของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ซึ่งทั้ง 2 ฉบับเป็นแผนระยะยาวที่มีนโยบายให้ความสำคัญต่อ “วงจรชีวิต” และความสำคัญของทุกคนในสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไม่ว่าทางใดก็ทางหนึ่ง และจะต้องเข้าสู่ผู้สูงอายุตามวงจรชีวิตที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ประกอบกับมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 ซึ่งกำหนดให้ ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม การสนับสนุนในด้านต่างๆ โดยเฉพาะการส่งเสริมด้านการศึกษาและข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต เพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิต และเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุไทยให้เป็น “ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ” นั้นแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีความตระหนักถึงสังคมผู้สูงอายุในระดับหนึ่งมาเป็นระยะเวลานานพอสมควร อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุไทยมีคุณภาพในระดับที่สูงขึ้น ก็ยังเป็นเรื่องที่หน่วยงานต่างๆ ยังคงต้องดำเนินการต่อไป จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ดังนี้

ปัจจัยด้านอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับคุณภาพของผู้สูงอายุไทย โดยผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่าจะมีระดับคุณภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการทำงานของเซลล์ต่างๆ ภายในร่างกายจะมีประสิทธิภาพลดลง (WHO, 2001, 43) อีกทั้งเมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดน้อยลง โดยเฉพาะกิจกรรมในชีวิตประจำวันส่งผลให้เกิดการพึ่งพาในระดับสูง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นภาระ รู้สึกมีคุณค่าลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดต่ำลง

ปัจจัยด้านเขตที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับคุณภาพของผู้สูงอายุไทย โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองจะมีระดับคุณภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ทั้งนี้ อาจอธิบายได้ว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบทของไทยยังคงมีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน จากสมาชิกทั้งในครอบครัว และชุมชน จึงมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอันดี เนื่องจากมีการทำกิจกรรมต่างๆ โดยจะส่งผลอย่างมากกับคุณภาพด้านการมีส่วนร่วม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของกุศล สุนทรธาดา และกมลชนก ขำสุวรรณ (2553, 35)

พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาล มีระดับภูมิวัยมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ประมาณ 2 เท่า และยังมีการวิจัยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตเมือง เขตชานเมือง และเขตชนบท ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนในเขตเมืองมีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด (สงคราม เชาวน์ศิลป์, 2542, 33) ด้วยเหตุนี้ น่าจะมีผลทำให้ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลมีความน่าจะเป็นที่จะมีระดับภูมิวัยต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยนอกเขตเทศบาล

ปัจจัยด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับภูมิวัยของผู้สูงอายุไทย โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะมีระดับภูมิวัยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบุคคลที่มีการศึกษาสูงมีโอกาสในการเลือกดำเนินชีวิตมากกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำกว่า เพราะการศึกษาจะช่วยทำให้บุคคลเป็นผู้ที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้มาก มักเป็นผู้สนใจตัวเอง สนใจสถานการณ์รอบตัว สามารถประเมินและแสดงบทบาทของตนเองได้เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ พฤติกรรมนี้จะสืบเนื่องไปจนเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาดีนั้นจะสามารถนำความรู้และประสบการณ์ของตน มาปรับใช้กับตัวเองรวมทั้งบุคคลรอบตัว และเป็นผู้ที่มีโลกทัศน์กว้างขวางจากผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่า มีระดับภูมิวัยที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่า (Chansarn, S., 2011)

ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับภูมิวัยของผู้สูงอายุไทย โดยผู้สูงอายุที่สมรสและคู่สมรสอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน จะมีระดับภูมิวัยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า สถานภาพสมรสเป็นลักษณะทางประชากรที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตความเป็นอยู่ โดยเฉพาะความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ รวมถึงวิถีปฏิบัติของบุคคล การมีสถานภาพสมรสเป็นกำลังสมรส หมายถึง การที่บุคคลกำลังดำเนินชีวิตครอบครัวอยู่กับคู่สมรสของตน โดยคู่สมรสถือได้ว่าเป็นเพื่อนคู่ทุกข์คู่ยาก คอยช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกันไปจนกว่าฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดจะหมดอายุขัย ส่วนผู้ที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ เช่น หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ เมื่อ

ขาดคู่ของตนไปย่อมเกิดความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว ผู้สูงอายุที่สมรสและอาศัยอยู่กับคู่สมรสในครัวเรือนเดียวกัน จึงมีระดับวุฒิวยที่สูง ความแตกต่างทางสถานภาพสมรสจึงมีผลต่อบทบาท การกระทำ และความเชื่อของบุคคล ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส จึงมีโอกาสเป็นผู้สูงอายุที่มีวุฒิวยระดับสูงมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด ซึ่งสอดคล้องกับ กุศล สุนทรธาดา และกมลชนก ขำสุวรรณ (2553, 35) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส มีโอกาสเป็นผู้สูงอายุที่มีระดับวุฒิวยมากกว่า 3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด ส่วนผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก มีระดับวุฒิวยน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดประมาณครึ่งหนึ่ง

ปัจจัยด้านรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับวุฒิวยของผู้สูงอายุไทย ทั้งนี้ รายได้นับว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบัน จึงมีอิทธิพลต่อระดับวุฒิวย โดยเฉพาะด้านความมั่นคง เพราะรายได้เป็นสิ่งที่จะเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับการตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม เนื่องจากรายได้ทำให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม มีอาหารที่มีคุณค่า ได้รับการบริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพ และสามารถจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก (Hogstel, 1981) มีผลทำให้ผู้สูงอายุพึงพอใจในชีวิต ดังนั้น ผู้ที่มีรายได้สูงจึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Zhan, 1992)

ปัจจัยด้านการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับวุฒิวยของผู้สูงอายุไทย เนื่องจากการทำงานมีผลต่อการดำเนินชีวิตในสังคมของบุคคล ทำให้บุคคลมีความพึงพอใจในชีวิต เพราะเป็นการรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเองที่จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมด้านต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง และส่งผลถึงคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุควรหาสิ่งทดแทนบทบาทและกิจกรรมที่สูญเสียไปเพื่อการดำรงไว้ซึ่งความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุบางคนยังคงทำงานต่อเพื่อเหตุผลต่างๆ ได้แก่ เพื่อหารายได้ เพื่อให้มีสุขภาพดี ยังสนุกกับงาน และยังอยากมีเพื่อนอยู่ (United Nations, 1996, 27)

ปัจจัยด้านการตรวจสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับวุฒิวย

ของผู้สูงอายุไทย เมื่อผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพ ส่วนหนึ่งมาจากการมีสถานบริการสาธารณสุขที่ทั่วถึง มีหน่วยบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุเข้าไปใช้สถานบริการสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาล สถานเอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน จะทำให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งนี้ ตามแนวคิดของ Green (1980) ที่กล่าวว่า สถานบริการสาธารณสุขเป็นปัจจัยที่สามารถสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพ

ปัจจัยด้านการดูแลปรนนิบัติ มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความสุขของผู้สูงอายุไทย โดยผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลปรนนิบัติจะมีระดับความสุขต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองหรือคู่สมรสดูแล อาจกล่าวได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุยังคงมีสุขภาพที่ดี โดยดูแลตนเองได้ ร่างกายและจิตใจจึงยังคงมีศักยภาพ และสามารถเข้าร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ได้สะดวก จึงไม่จำเป็นต้องมีผู้มาดูแลเป็นพิเศษ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตสูง ทั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรหมณานิคม จังหวัดสกลนคร ของภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี (2555,7) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยด้านการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความสุขของผู้สูงอายุไทย โดยผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำจะมีระดับความสุขสูงกว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไม่เป็นประจำ ซึ่งการออกกำลังกายมีประโยชน์อย่างมาก ทั้งทางด้านโครงสร้างสรีระ บุคลิกภาพ ช่วยทำให้อวัยวะต่างๆ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ช่วยป้องกันการเกิดโรค สร้างความกระปรี้กระเปร่า และช่วยลดความตึงเครียดทางสมองและจิตใจ (อวย เกตุสิงห์, 2523, 19) ร่างกายและจิตใจจึงยังคงมีศักยภาพในการทำงานไม่ว่าจะเป็นการรวมกลุ่มทำกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม ทำให้มีรายได้ที่เพียงพอสำหรับสร้างความมั่นคงต่อการดำรงชีพ

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ.2554 มีดัชนีควมวัยอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อนำตัวแปรอิสระ 11 ตัว ในปัจจัยกำหนดมาวิเคราะห์สมการถดถอยด้วยแบบจำลองโพรบิตตามลำดับ พบว่า เมื่อควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ คงที่ แล้วตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อระดับควมวัยของผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ.2554 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 มีทั้งหมด 9 ตัวแปร ได้แก่ อายุ เขตที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อปี การทำงาน การตรวจสุขภาพ การดูแลปรนนิบัติ และการออกกำลังกาย ในขณะที่ตัวแปรอื่นๆ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุไทยมีระดับควมวัยสูงขึ้น จากระดับปานกลางในปัจจุบันไปสู่ระดับสูง โดยเฉพาะควมวัยด้านการมีส่วนร่วมและด้านความมั่นคง ซึ่งพบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีควมวัยระดับสูงในสองด้านดังกล่าว มีเพียงร้อยละ 44.6 และ 47.1 ตามลำดับ ขณะที่สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีควมวัยระดับสูงในด้านสุขภาพมี ถึงร้อยละ 67.3 ทั้งนี้ รัฐบาลควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมการเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมในวัยสูงอายุให้มากขึ้น เพื่อช่วยยกระดับควมวัยและยังสอดคล้องตามนโยบายการเรียนรู้ตลอดชีวิตในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2553) อีกทั้งควรให้ความสำคัญกับการสร้างความมั่นคงด้านรายได้ในวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นดัชนีควมวัยที่สำคัญและยังมีระดับต่ำ โดยการส่งเสริม เรื่องการทำงานของผู้สูงอายุ เช่น การขยายอายุเกษียณของผู้ที่ทำงานในระบบออกไปเป็น 65 ปี เนื่องจากพบว่า อายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทยสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2552 อายุคาดเฉลี่ยที่อายุ 60 ปี ของประชากรไทย เท่ากับ 20.7 ปี นั้นหมายถึงจำนวนปีที่ยังมีชีวิตอยู่หลังเกษียณมีสูงถึงเกือบ 21 ปี (ปราโมทย์ ประสาทกุล และ ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์, 2553, 21) การขยายอายุเกษียณออกไป จึงเป็นการส่งเสริมการสร้างรายได้ในวัยสูงอายุ และยัง

เป็นการรักษาบทบาทของผู้สูงอายุ ในการเป็นผู้ผลิตในครอบครัวและสังคม และยังคงระยะเวลาในการเป็นผู้พึ่งพิงของผู้สูงอายุอีกด้วย

นอกจากนี้ ผลการศึกษายัง พบว่า การออกกำลังกายและการตรวจสุขภาพเป็นประจำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับภูมิวัยของผู้สูงอายุไทย นั้น รัฐบาลควรรณรงค์ให้ประชากรทุกวัยมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และมีการตรวจสุขภาพเป็นประจำโดยเฉพาะผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการเตรียมพร้อมให้ประชากรสูงอายุของไทย เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีระดับภูมิวัยที่สูงขึ้นต่อไป

ภาคผนวก

ตัวอย่างการคำนวณตัวชี้วัดของดัชนีภูมิวัยของนางสาวสุดสวย ซึ่งได้ตอบแบบสอบถามดังตารางข้างล่าง และมีรายละเอียดดังนี้

ตัวชี้วัด	ระดับ (คะแนน)	คำตอบที่ได้ (คะแนน)
สุขภาพกาย	ดีมาก (4) ดี (3) ปานกลาง (2) ไม่ดี (1) ไม่ดีมาก (0)	ดี (3)
สุขภาพจิต (มีความรู้สึกเชิงลบ)	ไม่เคย (2) บางครั้ง (1) เป็นประจำ (0)	ไม่เคย (2)
การมองเห็น	ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่แว่น (3) ชัดเจนแต่ต้องใส่แว่น (2) ไม่ชัดเจน (1) ไม่เห็นเลย (0)	ชัดเจนแต่ต้องใส่แว่น (2)
การได้ยิน	ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง (3) ชัดเจนแต่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง (2) ไม่ชัดเจน (1) ไม่ได้ยินเลย (0)	ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง (3)
ข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน	ทำได้ด้วยตนเอง (1) ทำเองไม่ได้ (0)	ทำได้ด้วยตนเอง (1)
ข้อจำกัดด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	ทำได้ด้วยตนเอง (1) ทำเองไม่ได้ (0)	ทำได้ด้วยตนเอง (1)
การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม	เป็นสมาชิก 1 กลุ่มหรือมากกว่า (1) ไม่เป็นสมาชิก (0)	เป็นสมาชิก 1 กลุ่มหรือมากกว่า (1)
การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม	เข้าร่วมกิจกรรม 1 กลุ่มหรือมากกว่า (1) ไม่เข้าร่วมกิจกรรม (0)	ไม่เข้าร่วมกิจกรรม (0)
ความเพียงพอของรายได้	เกินเพียงพอ (2) เพียงพอ (1) ไม่เพียงพอ (0)	เพียงพอ (1)
ความเป็นเจ้าของบ้าน	เป็นเจ้าของบ้าน (1) ไม่เป็นเจ้าของ (0)	เป็นเจ้าของบ้าน (1)

การคำนวณดัชนีด้านสุขภาพ (Health Index) ของนางสาวสุดสวย
เป็นดังนี้

$$\text{Health Index} = \frac{3}{(4 \times 6)} + \frac{2}{(2 \times 6)} + \frac{2}{(3 \times 6)} + \frac{3}{(3 \times 6)} + \frac{1}{(1 \times 6)} + \frac{1}{(1 \times 6)}$$

$$\text{Health Index} = \frac{65}{72} = 0.90278$$

การคำนวณดัชนีด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม (Participation Index) ของนางสาวสุดสวย เป็นดังนี้

$$\text{Participation Index} = \frac{1}{(1 \times 2)} + \frac{0}{(1 \times 2)}$$

$$\text{Participation Index} = \frac{1}{2} = 0.5$$

การคำนวณดัชนีด้านการมีหลักประกันที่มั่นคง (Security Index) ของนางสาวสุดสวย เป็นดังนี้

$$\text{Security Index} = \frac{1}{(2 \times 3)} + \frac{1}{(1 \times 3)} + \frac{0}{(1 \times 3)}$$

$$\text{Security Index} = \frac{1}{2} = 0.5$$

การคำนวณดัชนีผู้วัย (Active Ageing Index) ของนางสาวสุดสวย
เป็นดังนี้

$$\text{AAI} = \frac{1}{3}(\text{Health Index}) + \frac{1}{3}(\text{Participation Index}) + \frac{1}{3}(\text{Security Index})$$

$$\text{AAI} = \frac{1}{3}\left(\frac{65}{72}\right) + \frac{1}{3}\left(\frac{1}{2}\right) + \frac{1}{3}\left(\frac{1}{2}\right) = \frac{137}{216} = \frac{137}{216} = 0.63426$$

ดังนั้น นางสาวสุดสวยมีดัชนีผู้วัยเท่ากับ 0.63426 (ผู้วัยระดับปานกลาง)

เอกสารอ้างอิง

กุลล สุนทรธาดา และ กมลชก ขำสุวรรณ. (2553). ระดับและแนวโน้มความ
มีพฤฒิพลังของผู้สูงอายุไทย. การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์
แห่งชาติ 2553 ณ โรงแรมเดอะทวินทาวเวอร์ กรุงเทพมหานคร (25-26
พฤศจิกายน): 26-38.

Soonthorndhada, K., & Khumsuwan, K. (2010). **Levels and Trend of
Thai Active Ageing**. The 2010 Thai National Population Symposium,
Twin Tower Hotel, Bangkok, Thailand. (25-26 November 2010):
26-38. (in Thai).

กุลล สุนทรธาดา. (2553). “คุณค่าด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุไทย” ใน
สุธาดา ทวีสิทธิ์ และสวริย บุญยมานนท์ (บรรณาธิการ)
ประชากรและสังคม 2553: คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย.
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

Soonthorndhada, K. (2010). “**The Economic Value of Elderly Thai**”. In
Thaveesit, S., and Boonyamanonda, S. (Editors) **Population
and Social 2010: Valuable of Elderly in Thai Society**. Institute
for Population and Social Research, Mahidol University. (in Thai).

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ
มนุษย์. (2553). แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564)
ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ.2552. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสย์.

The National Commission on the Elderly, The Ministry of Social Development
and Human Security Thailand. (2010). **The 2nd National Plan
on The Elderly (2002-2021) 1st Revised of 2009**. Bangkok:
Debpenwanis Press. (in Thai).

นภาพร ชัยวรรณ. (2551). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. การอบรมเชิงปฏิบัติการ
การพัฒนาโครงการเพื่อผู้สูงอายุในท้องถิ่น ตามแผนผู้สูงอายุแห่ง
ชาติ ณ โรงแรมกรุงศรีริเวอร์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (20-22

พฤศจิกายน).

Chayovan, N. (2008). **Thai Elderly Situation**. Workshops and Development Projects for Local Elderly. Base on National Plan for The Elderly, Krungsi River Hotel, Pra Nakhon Si Ayutthaya, Thailand. (20-22 November 2008). (in Thai).

ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. (2553). “นิยามผู้สูงอายุด้วยช่วงชีวิตข้างหน้า”. ใน สุชาดา ทวีสิทธิ์ และสวริย์ บุญยमानนท์ (บรรณาธิการ) ประชากรและสังคม 2553: คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

Prasartkul, P., & Vapattanawong, P. (2010). “Redefine Aging by Remaining Life Expectancy”. In Thaveesit, S., and Boonyamanonda, S. (Editors) **Population and Social 2010: Valuable of Elderly in Thai Society**. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (in Thai).

ภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และวิศน์ จันทรโพธิ์ศรี. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น, 19(2), 55-64.

Ketklai, P., & Jantaraposri, W. (2012). Factors Associated with Quality of Life of the Elderly who Receive Subsistence Allowance in Panna nikhom District, Sakon nakhon Province. **Journal of the Office of DPC 6 Khon Kaen**, 19(2), 55-64. (in Thai).

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2551). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2550. กรุงเทพฯ: ที คิว พี.

Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2008). **Situation of The Thai Elderly 2007**. Bangkok: TQP Press. (in Thai).

เล็ก สมบัติ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และ ธนิกานต์ ตักดาพร. (2554). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพประโยชน์กับการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจในประเทศไทย. สำนักงานมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

Sombat, L., Yodpetch, S., and Sakdaporn, T. (2011). **Productive Ageing and Socio-Economic Development in Thailand**. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Social Development and Human Security. (in Thai).

สงคราม เชาวน์ศิลป์. (2542). ปัจจัยด้านบุคลิกภาพบางประการที่พยากรณ์ปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตเมือง เขตชานเมือง และเขตชนบท. คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Chawasilp, S. (1999). **Some Personality Factors that Predict Mental Health Problems of the People in Urban, Suburban, and Rural Areas**. Faculty of Humanity, Chiang Mai University. (in Thai).

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.

National Statistical Office. (2008). **Report on the 2008 Survey of Elderly in Thailand**. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology. (in Thai).

อมรา พงศาพิชญ์. (2553). สังคมและวัฒนธรรมไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Pongsapich, A. (2010). **Thai Society and Culture**. Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in Thai).

อวย เกตุสิงห์. (2523). ผลร้ายของการกีฬาเพื่อสุขภาพและการป้องกัน. วารสารสุขศึกษา พลศึกษา และสันทนาการ, 6 (มีนาคม), 12.

- Ketusigh, O. (1980). Adverse Effects of Sports for Health and Protection. **Journal of Health, Physical Education and Recreation**, 6(March), 12. (in Thai).
- Chansarn, S. (2011). “The Role of Family in Enhancing the Active Ageing of Elderly People: An Empirical Evidence from Thailand”. In the ISA Research Committee on Family Research International Seminar on Reconstruction of Intimate and Public Spheres in a Global Perspective, Kyoto, Japan, September 12 – 15, 2011.
- Green, L.W. (1980). **Health Education Planning: A Diagnosis Approach**. New York: Mayfield.
- Hogstel, MO. (1981). **Nursing Care of the Older Adult**. Texas: Delmar Publishers.
- United Nations Development Programme: UNDP. (2005). **Human Development Report 2005**. New York: United Nations Development Programme.
- United Nations. (1996). **Population aging in Asia and the Pacific**. New York: United Nations.
- Wooldridge, J.M. (2002). **Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data**. The MIT Press Cambridge, Massachusetts London, England.
- World Health Organization: WHO. (2001). **The World Health Report 2001-Mental Health: New Understanding, New Hope**. France: World Health Organization.
- World Health Organization: WHO. (2002). **Active Ageing: A Policy Framework**. Geneva: World Health Organization.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Concept and Measurement Issues. **Journal of Advanced Nursing**. 17(May), 795-800.

