

วุฒิวิยของผู้สูงอายุไทย: ระดับ แนวนอนั่ม และป้งจ้ยกำหนด



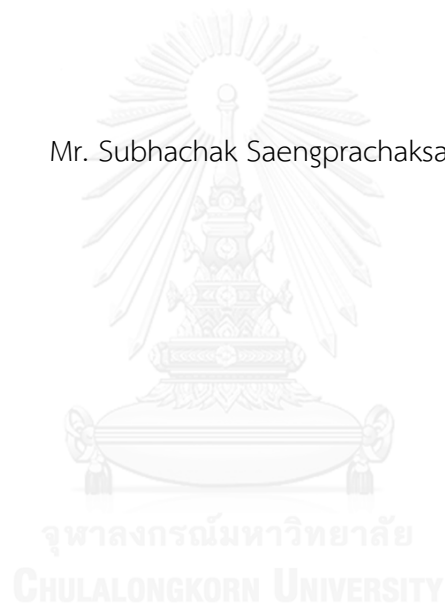
บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาประชากรศาสตร์
วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2557
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ACTIVE AGEING OF THAI ELDERLY: LEVELS, TRENDS AND DETERMINANTS

Mr. Subhachak Saengprachaksakula



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

College of Population Studies

Chulalongkorn University

Academic Year 2014

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	วุฒิวิยของผู้สูงอายุไทย: ระดับ แนวโน้ม และปัจจัยกำหนด
โดย	นายสุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล
สาขาวิชา	ประชากรศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	อาจารย์ ดร.รักชนก คชานูบาล

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทศึกษิต

.....คณบดีวิทยาลัยประชากรศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิไล วงศ์สืบชาติ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ ดร.รักชนก คชานูบาล)

.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร.ปีทพร สุคนธมาน)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัฒน์ชาติ ชูโต)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์พิทยา จารุพูนผล)

สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล : วุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทย: ระดับ แนวโน้ม และปัจจัยกำหนด (ACTIVE AGEING OF THAI ELDERLY: LEVELS, TRENDS AND DETERMINANTS) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ. ดร.รักชนก คชานุกุล, หน้า.

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับ แนวโน้ม และปัจจัยกำหนดวุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทย โดยใช้กรอบแนวคิดวุฒิวิัยขององค์การอนามัยโลก ดังนั้นการศึกษานี้ จึงกำหนดให้วุฒิวิัยของผู้สูงอายุประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคง และปัจจัยกำหนดที่ส่งผลต่อวุฒิวิัยของผู้สูงอายุประกอบด้วย 5 ปัจจัย คือ 1.ปัจจัยทางประชากร 2.ปัจจัยทางสังคม 3.ปัจจัยทางเศรษฐกิจ 4.ปัจจัยทางพฤติกรรม และ 5.ปัจจัยทางเวลา การวิจัยครั้งนี้ ใช้ข้อมูลจากการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยเป็นการรวมข้อมูลภาคตัดขวางจาก 3 ปีที่มีการสำรวจ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 45,082 คน

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยวุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทย ทั้ง 3 ปี คือ ในปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554 มีค่าเท่ากับ 0.572 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยค่าเฉลี่ยวุฒิวิัยของแต่ละปีมีค่าเท่ากับ 0.525 0.584 และ 0.591 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการเพิ่มสูงขึ้นของระดับวุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทย ผลการศึกษาระดับวุฒิวิัยในแต่ละด้าน ทั้ง 3 ปี พบว่า ค่าเฉลี่ยวุฒิวิัยด้านสุขภาพมีค่าสูงสุด คือ 0.819 รองลงมาคือ วุฒิวิัยด้านความมั่นคงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.728 และวุฒิวิัยที่มีค่าต่ำสุด คือ วุฒิวิัยด้านการมีส่วนร่วมซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.169

ผลการวิเคราะห์การจำแนกพหุ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ พบว่า ปัจจัยกำหนดที่มีอิทธิพลต่อวุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย ปัจจัยทางประชากร (เพศ และอายุ) ปัจจัยทางสังคม (เขตที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ (รายได้ และสถานภาพการทำงาน) ปัจจัยทางพฤติกรรม (การตรวจสุขภาพ การดูแลปรนนิบัติ และการออกกำลังกาย) และปัจจัยทางเวลา (ปีที่สำรวจ) นอกจากนี้ ปัจจัยทางสังคมสามารถอธิบายการแปรผันของวุฒิวิัยผู้สูงอายุไทยได้ดีที่สุด คือ ร้อยละ 13.7 รองลงมาคือ ปัจจัยทางพฤติกรรม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางประชากร และปัจจัยทางเวลา โดยอธิบายได้ร้อยละ 9.2 ร้อยละ 8.2 ร้อยละ 6.5 และร้อยละ 6.2 ตามลำดับ ทั้งนี้ ปัจจัยกำหนดทั้ง 5 ปัจจัย สามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของวุฒิวิัยผู้สูงอายุไทยได้ร้อยละ 26.4

สาขาวิชา ประชากรศาสตร์
ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5286952251 : MAJOR DEMOGRAPHY

KEYWORDS: ACTIVE AGEING / HEALTH / PARTICIPATION / SECURITY / MULTIPLE CLASSIFICATION ANALYSIS

SUBHACHAK SAENGPRACHAKSAKULA: ACTIVE AGEING OF THAI ELDERLY: LEVELS, TRENDS AND DETERMINANTS. ADVISOR: RUKCHANOK KARCHARNUBARN, Ph.D.}, pp.

This study aims to study the levels, trends, and determinants of active ageing for elderly Thais by applying a policy framework on active ageing from the World Health Organization. According to this framework, active ageing in this study consisted of 3 aspects, including health, participation and security, with key determinants defined as 1) demographic determinants, 2) social determinants, 3) economic determinants, 4) behavioural determinants, and 5) timing determinants. The data used in this study was obtained from the Survey of Older Persons in Thailand, conducted in 2002, 2007, and 2011 by the National Statistics Office. This study applied pooled cross-sectional data from the 3 surveys. Hence, the sample size consisted of 45,082 older persons aged 60 years and over.

The results showed that the grand-mean of active aging was 0.572, which represented the medium level of active ageing. The means of active ageing in 2002, 2007, and 2011 were 0.525, 0.584, and 0.591, respectively. As such, the levels of active ageing tended to increase from 2002 to 2011. The mean for health aspect was highest at 0.819 when compared with the security and participation aspects of active ageing, which were 0.728, and 0.169, respectively.

Based on Multiple Classification Analysis (MCA), the multivariate analysis showed that the key determinants of active ageing for elderly Thais in 2002, 2007, and 2011 were demographic determinants (sex, and age), social determinants (residential area, education level, and marital status), economic determinants (annual income, and working status) behavioural determinants (health examination, care and treatment, and exercise) and timing determinants (year of survey), were also significant level at 0.05 when other factors were controlled. In addition, social determinants were the most explanatory regarding variations in the level of active ageing (13.7 percent), followed by behavioral determinants (9.2 percent), economic determinants (8.2 percent), demographic determinants (6.5 percent), and timing determinants (6.2 percent), respectively. Finally, these five determinants can explain variation in the level of active ageing by 26.4 percent.

Field of Study: Demography

Academic Year: 2014

Student's Signature

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยความกรุณา และความช่วยเหลือจากบุคคลหลายท่าน ในโอกาสที่ผู้เขียนขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.รักษนก คชานูบาล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่างๆ ตลอดจนแก้ไขปรับปรุงจนกระทั่งวิทยานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์ นอกจากนี้ ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วิไล วงศ์สีบชาติ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัฒนาดี ชูโต และอาจารย์ ดร.ปัทพร สุคนธมาน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ตลอดจน รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์พิทยา จารุพูนผล กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยท่านเหล่านี้ได้ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ด้วย

ขอขอบคุณ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่เอื้อเฟื้อข้อมูลต่างๆ สำหรับใช้ในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้

ท้ายสุดนี้ ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่ธัญญอร และ คุณพ่อประภาส แสงประจักษ์สกุล ที่มีอบความรัก ความเอาใจใส่ และดูแลอย่างดีมาโดยตลอด รวมทั้งให้การสนับสนุนด้านการศึกษาตั้งแต่เยาว์วัย และขอขอบคุณ คุณภักครดา เจนรดา ที่เป็นกำลังสนับสนุนการศึกษาในหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ ของผู้เขียนด้วยดีเสมอมา

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
1.3 แนวคิดเชิงทฤษฎีของการวิจัย.....	3
1.4 กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	15
1.5 เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	17
1.6 สมมติฐานของการวิจัย.....	28
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	29
บทที่ 2 ระเบียบวิธีวิจัย.....	30
2.1 แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย.....	30
2.2 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยและการเลือกตัวอย่าง.....	30
2.3 ขอบเขตและข้อจำกัดของการวิจัย.....	33
2.4 การนิยามตัวแปร.....	34
2.5 การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล.....	40
บทที่ 3 ผลการวิจัย.....	41
3.1 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554.....	41

3.2 ระดับและแนวโน้มอุบัติเหตุของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554.....	47
3.3 ปัจจัยกำหนดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554.....	49
บทที่ 4 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	68
4.1 สรุปผลการวิจัย	68
4.2 ข้อเสนอแนะ	71
.....	75
รายการอ้างอิง	75
ภาคผนวก ก.....	84
ภาคผนวก ข.....	114
ภาคผนวก ค.....	123
ภาคผนวก ง	129
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	132



สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	การกระจายของจำนวนชมรมอาคาร/หมู่บ้าน จำแนกตามภาคและเขตการปกครอง	31
ตารางที่ 2	การกระจายของจำนวนครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่าง จำแนกตามภาคและเขตการปกครอง	32
ตารางที่ 3	การกระจายของจำนวนกรณีตัวอย่าง จำแนกตามภาคและเขตการปกครอง	33
ตารางที่ 4	รายละเอียดของตัวชี้วัดต่างๆ ในแต่ละดัชนีองค์ประกอบวุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทย	35
ตารางที่ 5	ร้อยละของผู้สูงอายุไทย จำแนกตามลักษณะทั่วไป	41
ตารางที่ 6	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของดัชนีวุฒิวิัยและดัชนีองค์ประกอบของวุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทย	47
ตารางที่ 7	วุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทย จำแนกตามปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยทางเวลา โดยการวิเคราะห์การจำแนกพหุ	51
ตารางที่ 8	สรุปผลการวิเคราะห์การจำแนกพหุของผู้สูงอายุไทย กับปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยทางเวลา ทั้งก่อนและหลังควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ	70

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่ 1 แนวคิดของวุฒิวิัย	10
แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	16
แผนภาพที่ 3 องค์ประกอบของดัชนีวุฒิวิัยของผู้สูงอายุ.....	35



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากร จนได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 โดยมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 6,161,172 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 10.18 ของประชากรทั้งหมด ในปัจจุบันปี พ.ศ. 2557 ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 9,110,754 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 14.25 ของประชากรทั้งหมด (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2557) และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22.08 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2568 หรือจะมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 15,126,000 คน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556)

ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ควบคู่กันไป ประกอบกับมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ตลอดจนเทคโนโลยี สิ่งเหล่านี้ล้วนมีความสัมพันธ์ต่อกัน และส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุหลายประการ ทั้งทางด้านสุขภาพอนามัย การศึกษา การทำกิจกรรม ความมั่นคงของรายได้ และการทำงาน โดยที่ปัญหาของผู้สูงอายุในลำดับต้นๆ ได้แก่ ปัญหาสุขภาพ อันเนื่องมาจาก กล้ามเนื้อ กระดูก ตลอดจนเซลล์ในร่างกายเสื่อมสภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพทรุดโทรมและเจ็บป่วยได้ง่าย ลักษณะดังกล่าวนี้ ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น และยังมีผู้สูงอายุร้อยละ 37 จากผู้สูงอายุประมาณ 7 ล้านคน ที่มีแนวโน้มต้องยังชีพด้วยการทำงานเพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัว โดยให้เหตุผลว่าสุขภาพยังดี การทำงานช่วยให้สุขภาพแข็งแรงมีพลัง และช่วยให้ตนเองได้เข้าสังคม (กุศล สุนทรธาดา, 2553) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงหลักประกันความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ เพื่อการดำรงชีวิตที่ผู้สูงอายุยังต้องพึ่งพาตนเอง และในอนาคตจะเกิดวิกฤต 1 : 2 : 4 กล่าวคือ เป็นสังคมที่คนรุ่นหลาน 1 คน ดูแลรุ่นพ่อแม่ 2 คน และดูแลรุ่นปู่ย่าตายาย 4 คน (เกื้อ วงศ์บุญสิน, 2549, p. 15) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผู้สูงอายุในอนาคตจะมีผู้ดูแลน้อยลง เนื่องจากภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดต่ำลง ดังนั้น หากผู้ที่อยู่ในวัยกลางคนในปัจจุบัน ไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการเตรียมพร้อมสำหรับชีวิตบั้นปลายไว้ ก็จะเป็นภาระที่หนักมากสำหรับคนรุ่นลูกรุ่นหลาน และสังคม

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) เป็นแผนระยะยาวที่มีนโยบายให้ความสำคัญตลอดวงจรชีวิต และเห็นความสำคัญของทุกคนในสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง ซึ่งจะต้องเข้าสู่วัยสูงอายุตามวงจรชีวิตที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ โดยกำหนดยุทธศาสตร์ไว้ 5 ด้าน ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมของประชาชนเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ 2) การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ 3) ระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ 4) การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนา

งานด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ และ 5) การประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2545) ซึ่งจะเห็นว่ามีการให้ความสำคัญการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ นอกจากนี้ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ที่ระบุว่าผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมการสนับสนุนในด้านต่างๆ โดยเฉพาะการส่งเสริมด้านการศึกษา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต เพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตและเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุไทยให้เป็น “ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ” ซึ่งทั้งแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ต่างมีเป้าหมายและเนื้อหาสาระที่สอดคล้องกับแนวคิดเชิงนโยบาย (Policy Framework) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002, p. 12) ที่มุ่งสร้างผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดี มีส่วนร่วมทางสังคม และมีความมั่นคงในชีวิต โดยผู้สูงอายุที่มีลักษณะดังกล่าวจะเป็นผู้สูงอายุที่มีวุฒิภาวะ (Active ageing)

การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว อาจจะไม่ส่งผลกระทบมากนัก หากประชากรกลุ่มนี้มีการวางแผนชีวิตที่ดี มีการเตรียมพร้อมในด้านเศรษฐกิจ ด้านที่อยู่อาศัย ด้านสังคม ด้านร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ หรือเป็นผู้สูงอายุที่มีวุฒิภาวะ กล่าวคือ เป็นผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตได้เหมาะสมกับวัย มีส่วนร่วมในสังคม ทำกิจกรรมต่างๆ เริ่มตั้งแต่การทำกิจกรรมที่ตนชอบในยามว่าง การทำกิจกรรมในองค์กรที่ตนเป็นสมาชิก มีความมั่นคงด้านรายได้ ที่จะใช้จ่ายสนองความต้องการในชีวิตของตนเอง การมีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับตนเอง โดยจะส่งผลดีทั้งในระดับจุลภาค คือ ไม่เป็นภาระพึ่งพิงของครอบครัว และระดับมหภาค คือ ทำให้ลดงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลจากภาครัฐ อีกทั้งยังเป็นการสนับสนุนให้ได้ประโยชน์จากการปันผลทางประชากรระยะที่สอง (ศุภเจตน์ จันทร์สาส์น, 2552) ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวุฒิภาวะของผู้สูงอายุไทย ซึ่งจะนำไปสู่ความเข้าใจถึงลักษณะวุฒิภาวะในบริบทของสังคมไทย ที่มีวัฒนธรรมที่แตกต่างไปจากสังคมในภูมิภาคอื่น อีกทั้งยังเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ว่า ผู้สูงอายุไทยในภาพรวมมีระดับและแนวโน้มวุฒิภาวะเป็นอย่างไร มีปัจจัยกำหนดใดที่ส่งผลให้เกิดความแตกต่างในวุฒิภาวะของผู้สูงอายุไทย เพื่อสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษา มาช่วยกำหนดแนวทางสำหรับวางแผน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยได้อย่างเหมาะสม และเกิดประโยชน์สูงสุด

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1 เพื่อศึกษาระดับและแนวโน้มวุฒิภาวะของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554
- 2 เพื่อค้นหาปัจจัยกำหนดที่มีอิทธิพลต่อวุฒิภาวะของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554

1.3 แนวคิดเชิงทฤษฎีของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดเชิงทฤษฎี เพื่อใช้เป็นพื้นฐานและแนวทางในการวิจัย คือ แนวคิดวุฒิวิยของผู้สูงอายุ และแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับการมีหลักประกันที่มั่นคงของผู้สูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับตัวชี้วัดวุฒิวิยของผู้สูงอายุ และแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดวุฒิวิยของผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) แนวคิดวุฒิวิยของผู้สูงอายุ

แนวคิดเชิงทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยแนวคิดเหล่านั้นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถ คุณค่า คุณประโยชน์ และศักยภาพของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิต จนกระทั่งปี ค.ศ. 2002 องค์การอนามัยโลก ได้เสนอแนวคิด Active Ageing ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพ ความสามารถ คุณค่า คุณประโยชน์ และศักยภาพของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิต โดยได้ให้ความหมายไว้ว่า “Active ageing is the process of optimizing opportunities for health, participation, and security in order to enhance quality of life as people age” (WHO, 2002, p. 12) กล่าวคือ เป็นกระบวนการที่เหมาะสมซึ่งนำไปสู่สุขภาพที่ดี มีส่วนร่วมในสังคม และมีหลักประกันที่มั่นคง ในอันที่จะเสริมสร้างคุณภาพชีวิตตามอายุของประชากร

สำหรับในประเทศไทย ยังไม่มีการบัญญัติคำแปลของคำว่า “Active Ageing” โดยราชบัณฑิตยสถาน แต่ก็มีผู้แปลคำว่า “Active Ageing” หรือมีการใช้คำในภาษาไทยที่แตกต่างกันออกไป เช่น “สูงวัยอย่างมีคุณภาพ” “พลฒิมพลัง” “พลฒพลลัง” หรือ “ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ” เป็นต้น (เล็ก สมบัติ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และ ธนิกันต์ ศักดาพร, 2554, p. 8) อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้คำว่า “วุฒิวิย” แทนคำว่า “Active Ageing”

การเสนอแนวคิดวุฒิวิยขององค์การอนามัยโลก ที่ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคง เป็นการเสนอแนวคิดในภาพรวม เพื่อเป็นแนวทางแก่ประเทศต่างๆ นำไปใช้ในการวางนโยบาย แผนงาน ตลอดจนโครงการที่จะพัฒนาให้เกิดภาวะวุฒิวิยในแต่ละประเทศ ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบทั้ง 3 ด้านดังกล่าวของวุฒิวิย โดยมีรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ

สุขภาพร่างกายเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องดูแลเอาใจใส่ ผู้สูงอายุควรได้มีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพร่างกายให้พร้อมเพื่อรับกับวัยสูงอายุ ซึ่งร่างกายจะเกิดความเสื่อมที่สามารถสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน

ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของระบบการได้ยิน การมองเห็น เซลล์ผิวหนัง ระบบกระดูก ระบบย่อยอาหาร ระบบหัวใจ เป็นต้น โดยที่ความเสื่อมลงของสุขภาพร่างกาย จะส่งผลกระทบต่อถึงสภาวะด้านจิตใจด้วย

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาต่างชี้ให้เห็นว่า การที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ไม่ได้หมายความว่าภาวะสุขภาพจะดีขึ้น ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และ ไพบุลย์ สุริยวงศ์ไพศาลม, 2542) จากรายงานโครงการศึกษาวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทยปี พ.ศ. 2549 แสดงให้เห็นว่า โรคเรื้อรังหรือกลุ่มอาการที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ กลุ่มโรคข้อและกระดูก กลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มโรคทางเดินหายใจ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549)

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ที่เกษียณอายุการทำงาน มักจะประสบปัญหาความเครียดและการปรับตัว โดยเฉพาะผู้ที่เคยมีอำนาจ ซึ่งคุ้นเคยกับการมีผู้ใต้บังคับบัญชาติดตาม เมื่อเกษียณแล้วจะมีความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างทันที บางคนทนสภาวะของการเกษียณไม่ได้ จึงก่อให้เกิดปัญหาโรคทางจิต การเกษียณถือเป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งในชีวิตที่จะทำให้เกิดความเครียดทางจิตใจมาก เพราะเป็นความสูญเสียมากที่สุดอย่างหนึ่งในชีวิต ผู้ที่ปรับตัวเข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงนี้ไม่ได้ จะมียารมณณ์รุนแรง หงุดหงิด ว่าเหว่ รู้สึกสงสารตนเอง เศร้า เบื่อหน่าย ซึ่งสภาพจิตดังกล่าวนี้จะส่งผลกระทบต่อมาถึงความเจ็บป่วยด้านร่างกายด้วย สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย สัมพันธภาพในครัวเรือน สภาวะทางสุขภาพ การมีส่วนร่วมในสังคม งานอดิเรก สถานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพสมรส

ดังนั้นการมีสุขภาพจิตที่ดีในวัยผู้สูงอายุ จึงขึ้นอยู่กับเตรียมตัวด้านจิตใจ และเตรียมปัจจัยที่ส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดี ผู้ที่มีการเตรียมตัวให้พร้อมทางด้านจิตใจก่อนที่จะเป็นผู้สูงอายุ และมีการดูแลสุขภาพจิตเป็นประจำจะสามารถยอมรับเหตุการณ์ การเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งจะช่วยให้การดำรงชีวิตเมื่อเป็นผู้สูงอายุต่อไปได้อย่างมีความสุข และผู้ที่ได้ชื่อว่ามีสุขภาพที่ดีจะต้องเป็นผู้ที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การมีสุขภาพจิตที่ดีเป็นความสามารถในการปรับตัว เตรียมพร้อมและยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแก่ตนเอง ทั้งทางตรงหรือทางอ้อมได้โดยไม่มีความตึงเครียดทางจิตใจ มีอารมณ์แจ่มใส ควบคุมอารมณ์ได้และมีสติอยู่เสมอ

ภาวะสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะพัฒนาการ โดยผู้สูงอายุมักประสบกับปัญหาสุขภาพ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม นิยามสุขภาพจึงอาจเปลี่ยนไปตามปัญหาที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต เช่น ภาวะสุขภาพดีของผู้สูงอายุ คือ การมีอิสระในการปฏิบัติกิจกรรม ตามความต้องการโดยไม่พึ่งพาผู้อื่น และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมีกำลังทำในสิ่งที่ต้องการ และยอมรับในสิ่งที่ไม่สามารถกำจัดหรือแก้ไขได้ (ประคอง อินทรสมบัติ, 2539, pp. 2-3; วิไลวรรณทองเจริญ, 2539, pp. 119-122)

ดังที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นภาวะที่ผู้สูงอายุมีความสมบูรณ์แข็งแรงด้านโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งมีความสำคัญ ตลอดจนถึงเกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการของบุคคลอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงความสมบูรณ์ด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ

การปฏิบัติตัวด้านการมีส่วนร่วมในสังคมมีความสำคัญและจำเป็นอย่างมากสำหรับผู้สูงอายุ เพราะภายหลังจากเกษียณไปแล้วจะมีเวลาว่างมาก ถ้าผู้สูงอายุไม่วางแผนล่วงหน้าว่าจะใช้ชีวิตที่เหลืออย่างไร เวลาว่างนั้นก็ทำลายชีวิตของตนเองได้ การใช้เวลาว่างนอกจากงานอดิเรกแล้วยังมีกิจกรรมอื่นๆ ในสังคมอีกมากมายที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ การที่ได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์กับบุคคลต่างวัยหรือในวัยเดียวกันก็ตาม จะช่วยในการปรับตัวด้านอารมณ์และด้านสังคมของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

กิจกรรมถือว่าเป็นรูปแบบของการกระทำใดๆ หรืองานต่างๆ ที่สนใจ นอกเหนือจากการทำงานเพื่อการดำรงชีวิต ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท คือ ประเภทแรก เป็นกิจกรรมที่ไม่เป็นทางการ (Informal Activity) ได้แก่ การพบปะสังสรรค์กับเพื่อนหรือญาติ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ กับสมาชิกในครอบครัว การช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัว ประเภทที่สอง เป็นกิจกรรมที่เป็นทางการ (Formal Activity) ได้แก่ การเข้าร่วมในชมรมต่างๆ การเป็นอาสาสมัครเพื่อสังคม การเข้ากลุ่มทางศาสนา การเข้ากลุ่มทางการเมือง ซึ่งเป็นกิจกรรมภายนอกครอบครัว ประเภทสุดท้าย เป็นกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนและงานอดิเรก (Leisure Activity and Hobby) ได้แก่ การทำงานในยามว่าง กิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ นันทนาการ การทำสวน การปรับปรุงตกแต่งบ้าน

กิจกรรมทางสังคมจำเป็นสำหรับทุกวัย ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในสังคมจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูง และมีความคิดในทางบวกต่อตนเอง และยังเป็นการทดแทนบทบาทที่เสียไปจากการเกษียณอีกด้วย โดยกิจกรรมทางสังคมต่างๆ นั้น บางคนเข้าร่วมตั้งแต่ยังไม่เป็นผู้สูงอายุและเข้าร่วมอย่างต่อเนื่องจนถึงวัยสูงอายุ สำหรับกิจกรรมในสังคม สามารถแบ่งเป็นหลายลักษณะ กล่าวคือ กิจกรรมทางการเมือง เช่น การรับสมัครเลือกตั้ง การเป็นสมาชิกพรรคการเมือง กิจกรรมทางศาสนา เช่น การไปวัด การศึกษาธรรมะ หรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมหาความรู้เพิ่มเติม เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมการศึกษาจากระบบโรงเรียน หรือกิจกรรมการเรียนรู้ต่างๆ ที่มีการจัดขึ้น รวมไปถึงการฝึกอาชีพ กิจกรรมทางสังคม เช่น การไปร่วมงานเลี้ยง งานสังสรรค์ การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมด้านศิลปะ การฝีมือต่างๆ เช่น การจัดดอกไม้ เย็บปักถักร้อย วาดภาพ การประดิษฐ์ดนตรี ศึกษาศิลปวัฒนธรรม กิจกรรมทัศนศึกษา ท่องเที่ยว พักผ่อนหย่อนใจตามสถานที่ต่างๆ กิจกรรมทางกีฬาที่เหมาะสมกับสุขภาพร่างกายของตน กิจกรรมอาสาสมัคร เช่น การเป็นสมาชิกลูกเสือชาวบ้าน

การที่ผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรมนั้นเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อให้คงสภาวะสุขภาพไว้ได้ (Gochman, 1988) และเมื่อกระทำงานเกิดความเคยชินก็จะเป็นการยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ของบุคคลให้มีสภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น และเป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคลเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพดี (Laffrey, 1985; Pender, 1987 อ้างถึงใน Marie, 1991) ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย เข้าร่วมกิจกรรมทัศนศึกษา เข้าร่วมกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ต่อส่วนรวม หรือการได้พบปะ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนฝูงอย่างสม่ำเสมอ นั้น จะเป็นการช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพทางร่างกายและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ให้มีร่างกายที่แข็งแรงและจิตใจที่สุขสบาย สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ด้วยเหตุนี้จึงอาจสรุปได้ว่า กิจกรรมมีความสำคัญและจำเป็นสำหรับทุกคน การมีส่วนร่วมในสังคมเป็นการใช้พลังงานต่างๆ ในร่างกายเพื่อพัฒนาสภาพแวดล้อมต่อตนเองและต่อผู้อื่น โดยการที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมต่างๆ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า เป็นที่ต้องการ และเป็นที่ยอมรับของสังคม ซึ่งจะช่วยให้ชีวิตมีความสุขทำให้เกิดความพึงพอใจ ดังนั้นผู้สูงอายุควรจะได้มีการวางแผน ที่มีกิจกรรมต่างๆ ทั้งในบ้านและนอกบ้าน ทั้งนี้เพื่อรักษาให้คงไว้ซึ่งความรู้สึกเป็นสุข และสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ และการที่จะเลือกกิจกรรมทางสังคมใดนั้นขึ้นอยู่กับความพร้อม และความสนใจของแต่ละบุคคล

แนวคิดเกี่ยวกับการมีหลักประกันที่มั่นคงของผู้สูงอายุ

การเตรียมตัวด้านรายได้และการวางแผนการใช้จ่ายมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากเมื่อบุคคลเกษียณแล้วรายได้ที่เคยได้รับประจำจะลดลงหรือหายไป ถ้าไม่มีแผนการใช้จ่ายอย่างรัดกุม จำนวนเงินที่ได้รับ ไม่ว่าจะอยู่ในรูปของบำเหน็จหรือบำนาญก็อาจจะไม่เพียงพอ ดังนั้นจึงควรมีการเตรียมตัวเรื่องทรัพย์สินเงินทองไว้ตั้งแต่วัยกลางคน ตามความเหมาะสมและลักษณะอาชีพของแต่ละบุคคล เพราะเมื่อเกษียณและเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วโอกาสที่จะทำงานที่มีรายได้สูงส่วนใหญ่จะมีน้อย ซึ่งในสภาพเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบันการที่หวังพึ่งพารายได้จากลูกหลาน เป็นเรื่องที่คาดหวังได้น้อย การเตรียมตัวด้านการเงินไว้ล่วงหน้า จึงเป็นเรื่องสำคัญมากอย่างหนึ่ง

สภาพเศรษฐกิจที่ดีและเพียงพอต่อการดำเนินชีวิตก่อให้เกิดความพึงพอใจ และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ก่อให้เกิดความสุขในวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงหรือมีเศรษฐกิจดี มีแนวโน้มที่จะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ การวางแผนด้านรายได้ก่อนและหลังเกษียณเป็นสิ่งจำเป็นมากและต้องมีการวางแผนในระยะยาว บุคคลที่ต้องการใช้ชีวิตในระดับสังคมชั้นสูง ภายหลังเกษียณ ยิ่งจำเป็นต้องมีการวางแผนระยะยาวก่อนการเกษียณมาก และความมั่นคงทางเศรษฐกิจนี้ จะมีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพที่ดี และการมีบุคลิกภาพที่เหมาะสม ผู้สูงอายุส่วน

ใหญ่จึงมักมีความกังวลในด้านรายได้ที่จะเพียงพอกับรายจ่าย รวมทั้งความกังวลด้านสุขภาพของร่างกาย การมีฐานะเศรษฐกิจที่มั่นคงจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุข

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า บุคคลควรจะมีการเตรียมตัวสะสมทรัพย์สินในรูปแบบต่างๆ ให้มีฐานะทางเศรษฐกิจที่มั่นคงพอสมควรก่อนการเกษียณ ตั้งแต่ในวัยกลางคนหรือตั้งแต่เริ่มประกอบอาชีพ การมีฐานะเศรษฐกิจที่มั่นคง และการมีความสมดุลของรายรับและรายจ่าย จะทำให้ผู้เกษียณมีความสุขสบายใจ มีความพึงพอใจในชีวิต และยังเป็นหลักประกันในการมีเงิน เพื่อใช้จ่ายในสิ่งที่ต้องการหรือเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองด้วย

ที่อยู่อาศัยเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสำคัญต่อมนุษย์ทุกคน นอกจากอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค ที่แสดงถึงความมั่นคงในชีวิต สำหรับที่อยู่อาศัยควรจะมีที่อยู่เป็นของตนเองพอสมควรแก่สภาพของตน การเตรียมเรื่องที่อยู่อาศัยในยามสูงอายุจึงเป็นความจำเป็น และควรมีการจัดเตรียมตั้งแต่เมื่ออยู่ในวัยกลางคน เพราะถ้าหากจัดการเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว ในหลายรายอาจมีปัญหาบางอย่าง ซึ่งผู้สูงอายุแก้ไขไม่ทัน เช่น สภาวะทางเศรษฐกิจที่เปลี่ยนไป หรือมีเหตุการณ์ผันแปรในชีวิตบางสิ่งบางอย่างที่ทำให้ไม่สามารถจัดเตรียมเรื่องที่อยู่อาศัยได้ นอกจากนี้การเตรียมเรื่องที่อยู่อาศัยต้องคำนึงถึงสุขภาพของตนเอง เช่น ถ้าเป็นโรคหัวใจ โรคข้ออักเสบ ควรอยู่บ้านชั้นเดียวหรืออยู่ชั้นล่างดีกว่าต้องขึ้นบันไดวันละหลายครั้ง และยังคงคำนึงถึงสัมพันธภาพภายในครอบครัวอีกประการหนึ่งด้วย ถ้าเป็นไปได้ควรเตรียมที่อยู่อาศัยที่เป็นสัดส่วนของตนเอง เพื่อจะได้มีความเป็นอิสระ ใช้เวลาในชีวิตที่เหลือได้ตามประสงค์

สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย ก็เป็นตัวแปรหนึ่งที่สำคัญที่จะทำให้การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเป็นปกติสุขหรือไม่ เพราะผู้สูงอายุจะใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ที่บ้าน หากผู้สูงอายุอยู่ในสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยดี ก็จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นไปด้วย ดังนั้น การจัดสิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ จะต้องมีความปลอดภัย สะอาด สะดวก และสบาย (Hegner, 1994, pp. 250-268; Scheidt, 1998)

การที่ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น นอกจากจะมีใครสักคนในครอบครัวเป็นผู้ดูแลในยามที่ต้องการแล้ว ยังต้องการผู้ดูแลที่มีความรู้และมีทักษะด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากต้องเจ็บป่วยเป็นเวลานาน หรือมีภาวะทุพพลภาพ การที่สมาชิกในครอบครัวเป็นหลักในการดูแล อาจจะมีข้อจำกัดด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือมีความพิการที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ซึ่งในหลายกรณีต้องการผู้ที่มีความรู้ ความสามารถทางด้านการพยาบาล หรือได้รับการอบรมมาโดยเฉพาะ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีทางเลือกอื่นๆ ที่จะเข้ามารองรับหรือมาเสริม ในส่วนที่ครอบครัวไม่สามารถทำได้ ไม่ว่าจะเป็นการดำเนินการโดยชุมชน ภาครัฐ และภาคเอกชน

กล่าวโดยสรุป การมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นของผู้สูงอายุจึงมิใช่เป้าหมายของการก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ แต่เป้าหมายที่สำคัญไม่ว่าในระดับบุคคลหรือสังคม คือ การพัฒนาสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามวัย ผู้สูงอายุจะสามารถมีชีวิตที่ยืนยาวได้อย่างมีคุณภาพนั้น จำเป็นต้องมีองค์ประกอบต่างๆ ที่ทำให้เกิด วุฒิวิัย หรือเสาหลักของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี 3 ประการ ได้แก่ 1) สุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยหลักของการ ดำรงความเป็นอิสระโดยไม่ต้องพึ่งพา 2) การดำรงศักยภาพที่จะมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างต่อเนื่อง และ 3) ความมั่นคงด้านรายได้ ที่อยู่อาศัย หรือหลักประกันทางสังคม

2) แนวคิดเกี่ยวกับตัวชี้วัดวุฒิวิัยของผู้สูงอายุ

นับตั้งแต่องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวคิดวุฒิวิัยของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2545 (ค.ศ.2002) ทำให้มีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องขึ้นในหลายประเทศ มีทั้งการศึกษาที่ให้ความหมายของวุฒิวิัย เช่นเดียวกับองค์การอนามัยโลก คือ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และ ด้านความมั่นคง แต่ไม่ได้รับระบุว่า ควรให้ความสำคัญแต่ละด้านเท่ากันหรือแตกต่างกัน อีกทั้งการศึกษา ที่ให้ความหมายแตกต่างจากองค์การอนามัยโลก ทั้งนี้ มีลักษณะการใช้มาตรวัดวุฒิวิัยของผู้สูงอายุ แตกต่างกันไป ซึ่งมีรายละเอียดพอที่จะประมวลและรวบรวมได้ดังนี้

ในกลุ่มที่ให้ความหมายของวุฒิวิัย เหมือนกับองค์การอนามัยโลก เช่น ปาริชาต ญาตินิยม (2547) ได้ศึกษาอัตชีวประวัติของผู้สูงอายุไทยที่มีชื่อเสียงในขณะนั้น ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดย เก็บข้อมูลจากเอกสาร การสัมภาษณ์ การสังเกต และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อนำมาเป็นข้อสรุปถึงลักษณะวุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทยที่มีชื่อเสียง กล่าวคือ ผู้สูงอายุไทยที่มีชื่อเสียงจะมีลักษณะวุฒิวิัยอยู่ 3 ประการ ได้แก่ 1) การที่ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่ตนเอง ชอบในยามว่าง และทำกิจกรรมในองค์กรที่ตนเองเป็นสมาชิก 2) การที่ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองให้ มีสุขภาพกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณได้เหมาะสมกับวัย และ 3) การที่ผู้สูงอายุมั่นใจปลอดภัย มีความรู้สึกแน่นอนถึงปัจจัยต่างๆ ในการดำรงชีวิต เช่น รายได้ ที่อยู่อาศัย และผู้ดูแล

นอกจากนี้ สุปราณี แดงวงษ์ (2552) และ วิไลพร วงศ์คินี (2556) ได้นำแบบสอบถามวุฒิวิัย ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคง ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดเชิง นโยบายขององค์การอนามัยโลก มาสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแบบสอบถามวุฒิวิัยดังกล่าว นั้น จะ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) แล้วนำคะแนนทั้ง 3 ด้านที่ได้มาคำนวณเสนอเป็นร้อยละ

ยังมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดวุฒิวิัยของผู้สูงอายุ ที่ใช้การคำนวณเป็นดัชนีองค์ประกอบ (composite index) โดยใช้หลักการคำนวณพื้นฐานเดียวกันกับการสร้างดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index: HDI) ของโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP, 2005) เช่น งานวิจัยของ Thanakwang K. and Soonthorndhada K. (2006); Ismail Tareque (2009); Supachet Chansarn (2012); Liudmila Zasimova and Maria Sheluntcova (2014) รวมทั้ง

งานวิจัยของ กุศล สุนทรธาดา และ กมลชนก ขำสุวรรณ (2553) ก็ได้นำหลักการคำนวณดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ กล่าวคือ เป็นการคำนวณคะแนนเฉลี่ยวุฒิวัยของผู้สูงอายุ ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 1 โดยคำนวณเป็นดัชนีองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคง อีกทั้ง ในแต่ละองค์ประกอบก็จะมีหลายตัวชี้วัด และมีการถ่วงน้ำหนักให้เท่ากันตลอด ตั้งแต่การสร้างคะแนนของแต่ละด้านจากตัวชี้วัดต่างๆ ไปจนถึงการคำนวณเป็นดัชนีวุฒิวัย

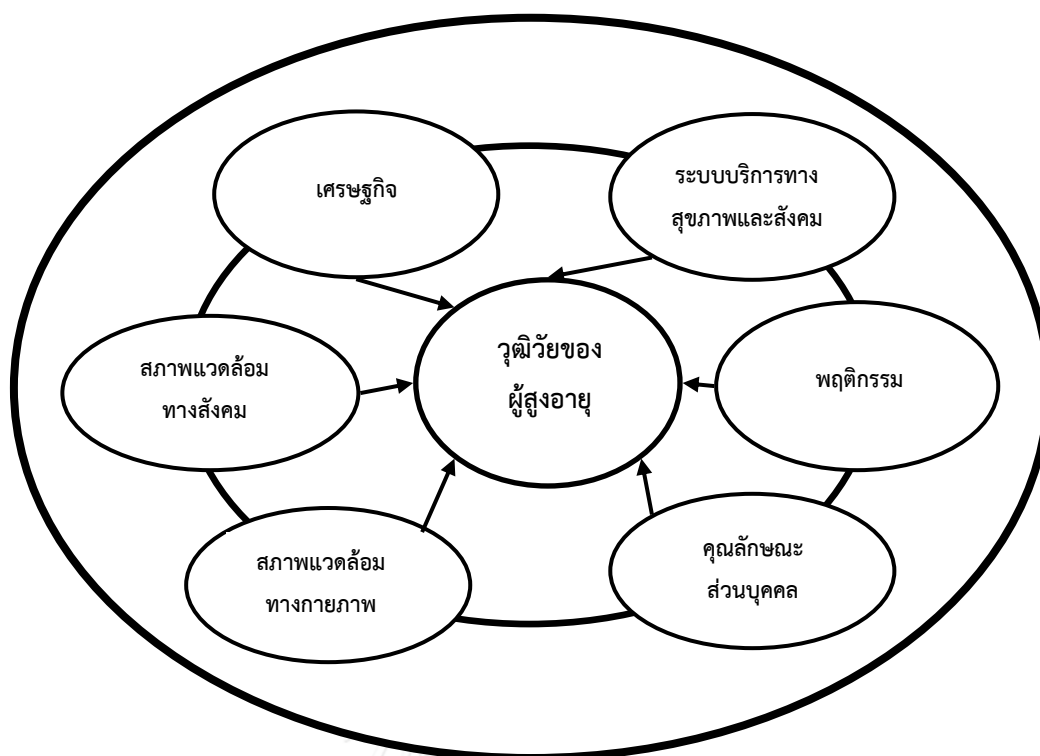
อย่างไรก็ตาม มีกลุ่มที่ให้ความหมายของวุฒิวัยแตกต่างจากองค์การอนามัยโลก เช่น ในปี ค.ศ. 2012 คณะกรรมการเศรษฐกิจยุโรปแห่งสหประชาชาติ (United Nation Economic Commission for Europe) ได้กำหนดการวัดวุฒิวัยของผู้สูงอายุในยุโรป โดยการคำนวณเป็นดัชนีที่มีค่าอยู่ตั้งแต่ 0 ถึง 100 ซึ่งดัชนีวุฒิวัยจะประกอบด้วย 4 กลุ่ม (domain) ในแต่ละกลุ่มจะมีการถ่วงน้ำหนักแตกต่างกัน กล่าวคือ กลุ่มที่ 1) การจ้างงาน (employment) ถ่วงน้ำหนักให้ร้อยละ 35 กลุ่มที่ 2) การมีส่วนร่วมในสังคม (participation in society) ถ่วงน้ำหนักให้ร้อยละ 35 กลุ่มที่ 3) การพึ่งตนเอง สุขภาพ และการอยู่อาศัยที่มั่นคง (independent, health and secure living) ถ่วงน้ำหนักให้ร้อยละ 10 และกลุ่มที่ 4) สมรรถนะ และการเตรียมสภาพแวดล้อมสำหรับวุฒิวัย (capacity and enabling environment for active ageing) ถ่วงน้ำหนักให้ร้อยละ 20 อีกทั้งในแต่ละกลุ่มก็จะมีหลายตัวชี้วัด (indicator) ที่ถ่วงน้ำหนักแตกต่างกัน โดยผลรวมของการถ่วงน้ำหนักของทุกตัวชี้วัดในแต่ละกลุ่ม จะต้องเท่ากับ 100 (UNECE, 2013) ทั้งนี้ มีงานวิจัยในทวีปยุโรปที่ได้นำวิธีการคำนวณดัชนีวุฒิวัยของ UNECE มาประยุกต์ใช้ เช่น งานของ Vitalija Gaucaite Wittich (2013) และ Joana Cruz Ferreira Nunes (2014)

ดังนั้น สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำวิธีการสร้างดัชนีชี้วัดวุฒิวัยของผู้สูงอายุ ที่ถ่วงน้ำหนักให้ความสำคัญเท่ากันทุกด้าน จากงานวิจัยของกุศล สุนทรธาดา และ กมลชนก ขำสุวรรณ (2553) ซึ่งมีพื้นฐานการคำนวณเดียวกันกับดัชนีการพัฒนามนุษย์ มาประยุกต์ใช้กับข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554 สร้างเป็นดัชนีวุฒิวัย (Active Ageing Index) เพื่อให้ได้ค่า (ตัวเลข) ที่สามารถวัดเป็นเชิงปริมาณได้

3) แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดวุฒิวัยของผู้สูงอายุ

ปัจจัยกำหนดวุฒิวัยของผู้สูงอายุ ที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย 6 ปัจจัย ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 โดยมีรายละเอียดดังนี้ (WHO, 2002, pp. 21-32)

แผนภาพที่ 1 แนวคิดของวุฒิวิัย



ที่มา: องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002, p. 19)

1. ปัจจัยกำหนดเกี่ยวกับระบบบริการทางสุขภาพและสังคม (Determinants Related to Health and Social Service Systems) ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (Health Promotion and Disease Prevention) ซึ่งเป็นกระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและเป็นผลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพดี สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม รวมไปถึงการปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งมุ่งเน้นให้ประชากรทุกวัยในสังคมเห็นความสำคัญของการรักษาสุขภาพ เพื่อที่จะบรรลุสุขภาพะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม อีกทั้งการเข้าถึงการบริการด้านการรักษา (Curative Services) ที่เหมาะสม จะต้องมีสถานบริการที่ให้การดูแลสุขภาพในระยะเฉียบพลัน เพียงพอกับความต้องการของประชากรวัยสูงอายุ ระบบสุขภาพต้องมีความเสมอภาคในการเข้ารับบริการ ต้องเป็นระบบที่มีความเป็นธรรมและความคุ้มค่า ซึ่งในอนาคตภาวะโรคเรื้อรังจะเป็นปัญหาใหญ่ทางสุขภาพ โดยต้องมีการดูแลในระยะยาว (Long-term care) ซึ่งเป็นระบบที่ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรืออยู่ในภาวะพึ่งพิง ดำเนินการโดยครอบครัว ชุมชน และสังคม อีกทั้งต้องคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน โดยให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการดูแลและพึ่งพาตนเอง นอกจากนี้จะต้องมีการบริการทางสุขภาพจิต (Mental Health Services) เนื่องจากการให้บริการทางสุขภาพจิตมีความสำคัญและมีความจำเป็น

ควรผนวกเข้าไปไว้ใน การดูแลระยะยาว ซึ่งต้องให้ความสนใจกับอาการเจ็บป่วยทางจิตที่มีกฏกละเลย เช่น ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ

2. ปัจจัยกำหนดทางพฤติกรรม (Behavioural Determinants) ประกอบด้วยลักษณะหรือพฤติกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ ทำกิจกรรมทางกายภาพ (Physical Activity) อย่างสม่ำเสมอ จะช่วยชะลอการเสื่อมของการทำหน้าที่ของร่างกาย ลดระยะเวลาของการเกิดโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่ยังคงความกระตือรือร้นได้นั้น ต้องมีสุขภาพจิตที่ดี มีการติดต่อกับสังคม การเป็นผู้สูงอายุที่ยังกระตือรือร้นช่วยให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งความเป็นอิสระ พึ่งพาตนเองได้ยาวนานขึ้น ลดภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการใช้ยาลง สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ร่วมกิจกรรมยังมีอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีรายได้น้อย ชนกลุ่มน้อยและผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพ ซึ่งควรมีนโยบายสนับสนุนที่เหมาะสม เช่น จัดเตรียมพื้นที่ที่ปลอดภัยสำหรับการเดิน ซึ่งช่วยส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในสังคม และการสนับสนุนให้ชุมชนได้มีกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมเพื่อกระตุ้นกิจกรรมทางกายภาพ โดยมีผู้สูงอายุเป็นผู้นำ รวมถึงโครงการที่จะฟื้นฟูสภาพร่างกายซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุพ้นหายจากปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว ที่ต้องคำนึงถึงทั้งประสิทธิภาพและต้นทุนที่ประหยัด ประชากรของประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะทำงานหนัก เป็นสาเหตุของการบาดเจ็บและทำให้สุขภาพเสื่อมโทรม การส่งเสริมสุขภาพจึงต้องมีมาตรการที่เหมาะสม เช่น เรื่องความปลอดภัยของร่างกายในการทำงานที่จะช่วยลดการบาดเจ็บ มีเวลาพักผ่อนและการนันทนาการ

สำหรับพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ (Healthy Eating) ซึ่งจะลดปัญหาทางโภชนาการ สำหรับปัญหาโภชนาการของผู้สูงอายุ มี 2 ประเภท คือ ภาวะทุพโภชนาการและภาวะโภชนาการเกิน การมีปัญหเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก (Oral Health) เช่น โรคฟันผุ โรคที่เกี่ยวกับเยื่อหุ้มฟัน สูญเสียฟัน และมะเร็งช่องปาก สร้างภาระทางเศรษฐกิจ ลดความรู้สึกรับประกันใจในตัวเองของผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการ และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรค นอกจากนี้ การสูบบุหรี่ (Tobacco Use) จะเพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น มะเร็งปอด และยังเกิดการสูญเสียสมรรถนะในการทำหน้าที่ของร่างกาย เนื่องจากการสูบบุหรี่จะเร่งให้อัตราการลดลงของมวลกระดูกเร็วขึ้น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทำหน้าที่เกี่ยวกับการหายใจลดลง เป็นสาเหตุหลักของการตายก่อนวัยอันควร รวมทั้งการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol) ของผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่มีสาเหตุมาจากแอลกอฮอล์ได้ง่าย เช่น ภาวะทุพโภชนาการ โรคตับ แผลในกระเพาะอาหารและตับอ่อน เสี่ยงต่อการหกล้มและการได้รับบาดเจ็บ การดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มที่จะเกิดอันตรายเพิ่มขึ้นหากใช้ร่วมกับยา และการได้รับยาอย่างเพียงพอในการดูแลรักษาโรคเรื้อรังแก่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ตลอดจนการได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญพร้อมด้วยระบบที่เหมาะสม ก็จะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3. ปัจจัยกำหนดเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล (Determinants Related to Personal Factors) ประกอบด้วย ชีววิทยาและพันธุกรรม (Biology and Genetics) โดยที่การสูงอายุเกิดขึ้น โดยกระบวนการทางชีววิทยาซึ่งมีพันธุกรรมเป็นตัวกำหนด ความยืนยาวของชีวิต ภาวะสุขภาพ และการเกิดโรคเป็นผลมาจากพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ชีวิต อาหาร โอกาสของบุคคล และอิทธิพลจากพันธุกรรมเป็นปัจจัยชักนำให้เกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคอัลไซเมอร์ และโรคมะเร็ง ซึ่งได้รับการถ่ายทอดมาทางพันธุกรรม การมีโรคหรือภาวะทุพพลภาพยังเกี่ยวข้องกับชีวิตของบุคคล เช่น การสูบบุหรี่ ทักษะการเผชิญปัญหา และเครือข่ายของญาติและเพื่อนฝูง

ปัจจัยทางจิตวิทยา (Psychological Factors) เป็นปัจจัยทำนายการเข้าสู่ผู้วัยและการมีอายุที่ยืนยาว ได้แก่ ความฉลาด ความสามารถทางการคิด ความสามารถในการแก้ปัญหา ความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสีย ตลอดจนความเร็วในการเรียนรู้และความจำ ซึ่งจะเสื่อมถอยเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น แต่การเสื่อมถอยเหล่านี้จะได้รับการทดแทนด้วย ความฉลาด ความรอบคอบ และการมีประสบการณ์

การเสื่อมถอยของความสามารถทางการคิดมักเกิดจากขาดการฝึกฝน การเจ็บป่วย (ภาวะซึมเศร้า) นอกจากนี้การขาดแรงกระตุ้น มีความคาดหวังต่ำ ขาดความมั่นใจในตัวเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ก็เป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคลในการเลือกที่จะกระทำ ซึ่งเป็นตัวกำหนดเกี่ยวกับลักษณะการเผชิญปัญหาว่า บุคคลมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ดีอย่างไร เช่น การเกษียณอายุ และภาวะวิกฤตเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ เช่น ความเศร้าโศก และระยะเริ่มเจ็บป่วย

4. ปัจจัยกำหนดเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Determinants Related to the Physical Environment) โดยที่สิ่งแวดล้อมทางกายภาพส่งผลต่อภาวะพึ่งพิงและไม่พึ่งพิงในผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุซึ่งอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ทำให้รู้สึกอึดอัด มีแนวโน้มที่จะแยกตัว ซึมเศร้า และมีปัญหาในเรื่องการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น ปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่จำเป็นต้องคำนึงถึง ประกอบด้วย ที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย (Safe Housing) กล่าวคือ ที่พักอาศัยที่พอเพียงและปลอดภัย เป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อความผาสุกของผู้สูงอายุ สถานที่ตั้ง รวมถึงการที่ได้อยู่ใกล้กับสมาชิกในครอบครัว สถานบริการ และการขนส่ง สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมที่ดี ปัจจุบันสัดส่วนของผู้สูงอายุเทศหญิงมีแนวโน้มมากขึ้น ส่วนใหญ่มีฐานะยากจนและอาศัยอยู่คนเดียวในที่ที่ไม่ปลอดภัย ในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุเทศหญิงที่อยู่ในสลัมกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากการย้ายถิ่นของคนในวัยแรงงานที่ได้นำผู้สูงอายุมาด้วย ผู้สูงอายุเหล่านี้มีปัจจัยเสี่ยงสูงที่จะแยกตัวออกจากสังคมและมีสุขภาพที่ทรุดโทรม อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การมีแสงสว่างไม่เพียงพอ พื้นที่ดินหรือพื้นดินที่ไม่สม่ำเสมอในเวลาเดิน และขาดราว

สำหรับจับ นำมาซึ่งความเจ็บป่วยและสุขภาพที่อ่อนแอ เช่น การได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม ไฟไหม้ อุบัติเหตุจากการจราจร และผลต่อเนื่องจากการบาดเจ็บดังกล่าวนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพ อยู่ในโรงพยาบาลนาน ใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจยาวนาน มีความเสี่ยงสูงที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและนำไปสู่สาเหตุการตาย นอกจากนี้ การได้รับน้ำสะอาด อากาศบริสุทธิ์ และอาหารที่ปลอดภัย (Clean Water, Clean Air and Safe Foods) เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับเด็ก ผู้สูงอายุ บุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง

5. ปัจจัยกำหนดเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทางสังคม (Determinants Related to the Social Environment) เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุก้าวเข้าสู่วุฒิภาวะ เช่น ความโดดเดี่ยว การแยกตัวออกจากสังคม การอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ขาดการศึกษา การถูกทำร้าย และอยู่ในสถานการณ์ที่ขัดแย้ง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพและการตายก่อนกำหนด ซึ่งตัวกำหนดที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมทางสังคมประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ถ้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอ ก็จะมีความสัมพันธ์กับอัตราการป่วย อัตราการตาย การเก็บกดทางจิตใจ ทำให้ภาวะสุขภาพและความผาสุกลดลง ความโดดเดี่ยวและความขัดแย้งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความเครียด ส่วนการสนับสนุนให้มีการติดต่อกับสังคมทำให้เกิดความเข้มแข็งทางอารมณ์ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการสูญเสียสมาชิกครอบครัวและเพื่อนมากกว่าวัยอื่น ทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว แยกตัวออกจากสังคมได้ง่ายและรวมกลุ่มทางสังคมได้น้อยลง องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐบาลและภาคเอกชน ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญทางบริการสุขภาพและบริการทางสังคม สามารถช่วยส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนค่านิยมในสังคมและสนับสนุนให้เกิดกลุ่มต่างๆ โดยผู้สูงอายุ การมีอาสาสมัคร การช่วยเหลือของเพื่อนบ้าน การเป็นที่ปรึกษาและการเยี่ยมเยียนครอบครัวผู้ดูแล เป็นโครงการที่ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างรุ่นและบริการอื่นๆ ที่นอกเหนือออกไป

การศึกษาและการอ่านออกเขียนได้ (Education and Literacy) มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพ การตาย และอัตราการไม่จ้างงาน สำหรับการศึกษาที่เป็นการเรียนรู้ตลอดชีวิต จะช่วยให้ผู้สูงอายุพัฒนาทักษะและความมั่นใจในการปรับตัวในการทำงาน เพื่อที่จะคงไว้ซึ่งภาวะที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การไม่จ้างงานในผู้สูงอายุนั้น ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีทักษะการอ่านการเขียนต่ำ มิใช่มาจากความเสื่อมของการสูงอายุเพียงอย่างเดียว การจะก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุที่ยังประโยชน์ได้นั้นจะต้องได้รับการฝึกฝนในการทำงานอย่างต่อเนื่อง และมีโอกาสในการเรียนรู้ตลอดชีวิต

6. ปัจจัยกำหนดทางเศรษฐกิจ (Economic Determinants) ประกอบด้วย รายได้ (Income) โดยผู้สูงอายุที่ยากจนก็มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นที่จะเจ็บป่วยและเกิดภาวะทุพพลภาพ ผู้สูงอายุที่ไม่มีทรัพย์สิน ไม่มีการเก็บออมหรือมีน้อย ไม่ได้รับเบี้ยบำนาญหรือเงินประกันสังคม อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำหรือไม่แน่นอน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่มีลูกหลานหรือไม่มีสมาชิกในครอบครัวที่จะพึ่งพาในอนาคต มีความเสี่ยงสูงที่จะไม่มีที่พักอาศัยและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ขาดแคลน ส่วนการปกป้องทางสังคม (Social Protection) ของผู้สูงอายุนั้นทุกประเทศทั่วโลกจัดให้ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของผู้สูงอายุ แต่ในปัจจุบันค่านิยมการอยู่อาศัยรวมกันของคนหลายรุ่นหลายวัยเริ่มเสื่อมคลายลง จึงต้องมีการจัดเตรียมนโยบายการจัดการระบบการปกป้องทางสังคม โดยการส่งเสริมให้ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่สามารถหาเลี้ยงชีพได้ อยู่คนเดียว กลุ่มที่อ่อนแอ ในประเทศที่พัฒนาแล้วจะวัดหลักประกันทางสังคม ด้วยเบี้ยบำนาญชราภาพ โครงการเบี้ยบำนาญการทำงาน การออมด้วยความสมัครใจหรือการออมด้วยการบังคับ โครงการประกันภาวะทุพพลภาพ การเจ็บป่วย การว่างงาน

สำหรับการทำงาน (Work) หากประชาชนได้รับสวัสดิการที่ดีในการทำงาน เช่น ได้รับการปกป้องอันตรายจากการทำงาน ก็จะสามารถเข้าสู่วัยสูงอายุที่ยังมีส่วนร่วมเป็นกำลังแรงงานของประเทศมากขึ้น ดังนั้นควรสนับสนุนให้ทุกประเทศตระหนักถึงการนำแนวคิดผู้สูงอายุที่มีผลิตภาพมาใช้ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำงานยาวนานในประเทศที่พัฒนาแล้วยังมีปัญหาในการปฏิบัติ เพราะเมื่อมีการว่างงานมากขึ้นก็จะมีนโยบายลดแรงงานผู้สูงอายุ ด้วยการเกษียณอายุการทำงานก่อนกำหนด เพื่อเป็นการหางานให้กับประชากรวัยหนุ่มสาว ส่วนในประเทศกำลังพัฒนาผู้สูงอายุยังคงทำงานในเชิงเศรษฐกิจอยู่มาก เช่น การทำงานในภาคเกษตรกรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในประเทศที่พัฒนาแล้วและในประเทศที่กำลังพัฒนา ถูกกำหนดให้มีบทบาทรับผิดชอบงานบ้านและดูแลเด็ก เพื่อให้คนวัยหนุ่มสาวออกไปทำงานนอกบ้านได้ นอกจากนี้ยังมีบทบาทในรูปของการเป็นอาสาสมัคร ในโรงเรียน ชุมชน สถาบันทางศาสนา สถาบันทางธุรกิจ องค์กรทางสุขภาพ องค์กรทางการเมือง บทบาทเหล่านี้ทำให้มีโอกาสติดต่อกับสังคม ซึ่งส่งผลดีต่อความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุ อีกทั้งยังเป็นการช่วยเหลือชุมชนและประเทศชาติด้วย

จากที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า วุฒิวัยเป็นกรอบแนวคิดเชิงนโยบาย (Policy Framework) ที่ถูกกำหนดขึ้นโดยองค์การอนามัยโลกเมื่อปี ค.ศ.2002 ซึ่งเป็นแนวคิดที่มุ่งส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพแข็งแรง อายุยืนยาว รู้วิถีจัดการกับชีวิตให้มีความสุข โดยการทำตนเองให้มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี สมบูรณ์ มีอิสระพึ่งพาตนเองได้ รวมทั้งสามารถเป็นที่พึ่งพาช่วยเหลือผู้อื่นได้ เป็นผู้ที่มีมองโลกในแง่บวก สามารถปรับสมดุลของชีวิตตนเองให้ดำเนินชีวิตเข้ากับสภาพแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมองเห็นคุณค่าของตนเอง และเป็นที่ยอมรับของสังคม

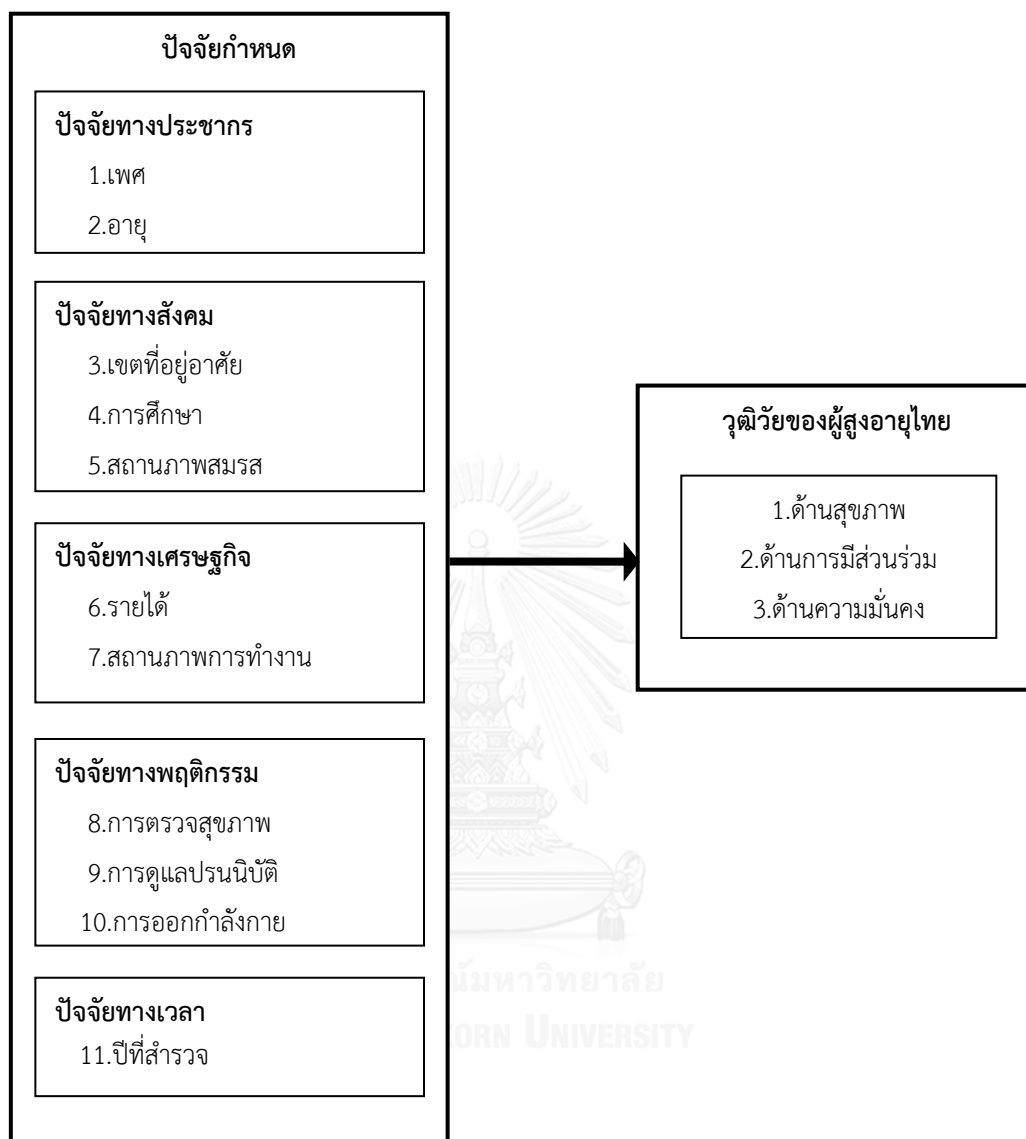
นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังต้องมีหลักประกัน โดยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มั่นคง ปลอดภัย トラบจนวาระสุดท้ายของชีวิต

1.4 กรอบแนวคิดของการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิดเชิงทฤษฎีข้างต้น ได้แนวคิดหลักที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แนวคิดวุฒิวิัยของผู้สูงอายุ ซึ่งอธิบายว่าวุฒิวิัยของผู้สูงอายุประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ (Health) ด้านการมีส่วนร่วม (Participation) และด้านความมั่นคง (Security)

นอกจากนี้ ได้นำแนวคิดที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ แนวคิดที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ แนวคิดที่เกี่ยวกับการมีหลักประกันที่มั่นคงของผู้สูงอายุ แนวคิดที่เกี่ยวกับตัวชี้วัดวุฒิวิัยของผู้สูงอายุ และแนวคิดที่เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดวุฒิวิัยของผู้สูงอายุ มาใช้ในการสร้างกรอบแนวคิดของการวิจัย เพื่ออธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทย และเพื่อเป็นการศึกษาแนวโน้มวุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทยระหว่างปี พ.ศ. 2545 ถึง 2554 ในมิติของเวลา จึงได้กำหนดชื่อปัจจัยและจัดตัวแปรภายใต้ปัจจัยให้สอดคล้องและเหมาะสม ซึ่งแบ่งเป็น 5 ปัจจัย (11 ตัวแปร) ดังแสดงในแผนภาพที่ 2

แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดของการวิจัย



ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย

1.5 เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นอกจากการทบทวนแนวคิดเชิงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องแล้ว ผู้วิจัยยังได้ทบทวนเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม แต่เนื่องจากเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับบุคลิกภาพของผู้สูงอายุไทย ในภาพรวมนั้นยังมีน้อย ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนเอกสารและผลงานวิจัย ที่มีความสอดคล้องหรือเชื่อมโยงถึงด้านต่างๆ ของบุคลิกภาพตามแนวคิดเชิงทฤษฎีข้างต้น เพื่อใช้ประกอบการกำหนดสมมติฐานว่า ตัวแปรอิสระแต่ละตัวในปัจจุบันกำหนด มีอิทธิพลอย่างไรต่อบุคลิกภาพของผู้สูงอายุไทย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

เพศ

เพศเป็นตัวแปรทางประชากรที่มีความสำคัญที่ทำให้เกิดความแตกต่างของพฤติกรรมหรือการกระทำ เนื่องจากว่าในสังคมไทยในอดีตได้กำหนดบทบาทของชายและหญิงไว้แตกต่างกัน โดยที่เพศชายควรทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว และเป็นพี่เลี้ยงทางเศรษฐกิจของสมาชิกในครอบครัว ส่วนเพศหญิงทำหน้าที่ดูแลเรื่องอื่นๆ ภายในครอบครัว ต่อมาในปัจจุบันนี้ทั้งสองฝ่ายจะต้องออกมาช่วยกันทำงานหารายได้จุนเจือครอบครัว ดังจะเห็นได้ว่าผู้หญิงได้ออกมาทำงานนอกบ้านมากขึ้น จึงทำให้ตัวแปรเพศน่าจะมีความสัมพันธ์กับระดับบุคลิกภาพ อย่างไรก็ตาม จากงานวิจัยของ สุกฤษณ์ มีชูทรัพย์ วิไลวรรณ ทองเจริญ และ จันทนา รัตนฤทธิชัย (2535, pp. 42-43) พบว่า เพศหญิงและเพศชายมีการเตรียมตัวก่อนการเกษียณอายุแตกต่างกันในแต่ละด้าน กล่าวคือ เพศชายมีการเตรียมตัวด้านร่างกาย โดยเฉพาะในเรื่องของการออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้เพราะผู้ชายชอบออกกำลังกายและเข้าร่วมกิจกรรมทางกีฬามากกว่าผู้หญิง ส่วนเพศหญิงมีการเตรียมตัวด้านจิตใจมากกว่าเพศชาย เนื่องจากผู้หญิงมักเป็นคนที่มีจิตใจอ่อนไหว ละเอียดอ่อน ประณีประนอม และหยิ่งถึงจิตใจของคนได้ดีกว่าเพศชาย ทำให้เมื่อได้รับการโน้มน้าวหรือขอร้อง โดยเฉพาะเรื่องการทำบุญทำกุศล ช่วยเหลือผู้อื่น ก็จะเกิดความเมตตา บริจาค เพื่อช่วยเหลือผู้อื่นไปด้วย สำหรับการเตรียมตัวด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า เพศชายเตรียมตัวมากกว่าเพศหญิงในเรื่องของงานอดิเรก การเข้ากิจกรรม และการหารายได้เพิ่ม

การศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ (2535, pp. 168-170) พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายเห็นความสำคัญของการเตรียมการ และได้เตรียมการเมื่อยามสูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง เช่นเดียวกับคนวัยหนุ่มสาวเพศชาย ได้เคยคิดถึงการดำรงชีวิต และคิดจะเตรียมการเมื่อสูงอายุมากกว่าคนวัยหนุ่มสาวเพศหญิง ในการศึกษาคราวเดียวกันยังพบว่า เพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างในประเภทของการเตรียมการเกือบทุกประเภท กล่าวคือ ผู้สูงอายุเพศชายเตรียมการด้านร่างกายมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง โดยพิจารณาจากการออกกำลังกายเป็นประจำยามว่างที่ชายมีสูง

กว่าหญิง ส่วนคนหนุ่มสาวเพศชายตอบว่าได้เตรียมบ้าน เตรียมงานมั่นคง และย้ายไปอยู่กับบุตรหลานสูงกว่า แต่มีบางส่วนได้เตรียมเรื่องสุขภาพ การออมเงิน น้อยกว่าคนหนุ่มสาวเพศหญิง

ประภาพร จินันทุยา (2536) ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุดินแดง พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เขมิกา ยามะรัต (2527) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีความพึงพอใจในชีวิตที่สูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง และการศึกษาของ ดวงใจ เปลี่ยนบารุง (2540) พบว่า ผู้สูงอายุที่เพศแตกต่างกัน แม้ว่าจะอยู่ในวัยเดียวกันก็ตาม จะมีการดูแลตนเองที่ต่างกัน และส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ต่างกัน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ จารุวรรณ เหมะธาร และ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2530, pp. 66-67) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความสามารถทางหน้าที่ร่างกาย โดยผู้สูงอายุเพศชายมีความสามารถทางหน้าที่ร่างกายดีกว่าเพศหญิง สำหรับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ของ ฉันทนา กาญจนพจน์ (2530, p. 74) พบว่า เพศหญิงมีการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ น้อยกว่าเพศชาย นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยของ Supachet Chansarn (2012) และงานวิจัยของ Thanakwang K. and Soonthorndhada K. (2006) ก็พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายจะมีวุฒิไยสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จากผลการศึกษาที่ผ่านมาดังกล่าว จึงพอสรุปได้ว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุเพศชายมีวุฒิไยดีกว่าเพศหญิง สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าเพศน่าจะมื่ออิทธิพลต่อวุฒิไยของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุเพศชายน่าจะมื่อวุฒิไยสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง เนื่องจาก เพศชายมีการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายมากกว่า ประกอบกับในสังคมไทย เพศชายส่วนใหญ่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว ดังนั้น เพศชายและเพศหญิงน่าจะมีความแตกต่างกันในเรื่องของวุฒิไย ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า “ผู้สูงอายุชายน่าจะมื่อวุฒิไยโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง”

อายุ

อายุเป็นตัวแปรทางประชากรที่มีความสำคัญ และสามารถสะท้อนให้เห็นภูมิหลังทางประสบการณ์ที่ผ่านมาของชีวิต อายุที่มากขึ้นย่อมเป็นเครื่องบ่งชี้ว่า ได้เพิ่มความอาวุโสในทางสังคมมากขึ้นไปด้วย เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น การทำงานของเซลล์ประสาทภายในสมองจะมีประสิทธิภาพลดลง แต่ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับ การดูแลรักษาสุขภาพ และสภาพแวดล้อมของการอยู่อาศัย ประกอบกันด้วย (WHO, 2001, p. 43) จึงอาจกล่าวได้ว่า ประชากรที่มีอายุต่างกันจะมื่อความคิดและความต้องการในเรื่องต่างๆ แตกต่างกันไป ดังนั้นจึงมื่อผลต่อพฤติกรรมและความคิดที่แตกต่างกัน โดยผู้ที่มีอายุมากกว่าย่อมมื่อความสามารถในการยอมรับการเปลี่ยนแปลงกับสิ่งต่างๆ รอบตัวได้ดีกว่า หรือมื่อความมั่นคงทางอารมณ์มากกว่า ด้วยเหตุนี้อายุจึงน่าจะมื่ออิทธิพลต่อวุฒิไย ดังที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้าร่วมกิจกรรมหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์, 2535, p. 89) ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535, p. 114) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตโดยรวมและทุกด้าน และเมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะมีการดูแลตัวเองได้น้อยลง

มีหลายการศึกษาที่พบว่า เมื่ออายุมากขึ้นระดับการพึ่งพาสูงขึ้น โดยผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตเป็นภาระ ทำให้ตนเองรู้สึกว่ามีคุณค่าลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่ดี (ประภาพร จินนทญา, 2536; สะอึ้ง ชวรางกูร, 2538; อุมาพร อุดมทรัพย์ากุล, 2536) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535) ที่พบว่า ในขณะที่ผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง โดยเฉพาะการทำกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ การศึกษาของทั้ง สดใส ศรีสะอาด (2540) และ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) ยังพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอายุยังเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้วย (วันทนี ขำเพ็ง, 2540)

ผลการศึกษาของ กิตติมา รั้วแดง (2545, p. 84) เรื่อง อิทธิพลของปัจจัยด้านความเชื่อและความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในอำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ประชาชนอายุ 41 - 60 ปี จะมีภาวะสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าประชาชนอายุ 20 - 40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชื่นจิตร คุปต์กาญจนากุล (2543, p. 103) เรื่อง สุขภาพจิตของนักสังคมสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ พบว่า ภาวะสุขภาพจิตของนักสังคมสงเคราะห์ที่มีอายุมากกว่า จะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่านักสังคมสงเคราะห์ที่อายุน้อยกว่า ในทางตรงกันข้ามการศึกษาของ อภิชัย มงคล และคณะ (2551, p. 38) ทำการศึกษาเรื่อง การสำรวจความสุขคนไทย ปี พ.ศ. 2548 พบว่า ประชาชนอายุ 45 - 60 ปี มีความสุขน้อย ในสัดส่วนที่มากกว่าประชาชนอายุระหว่าง 15 - 24 ปี และอายุระหว่าง 25 - 44 ปี (ร้อยละ 36.14 เปรียบเทียบกับร้อยละ 31.77 และ 30.41 ตามลำดับ)

ศิริวรรณ ศิริบุญ และ มาลินี วงษ์สิทธิ์ (2541, p. 96) ได้ศึกษาพบว่า ศักยภาพของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรมได้มากหรือน้อยเพียงใดนั้นแปรผกผันตามอายุ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าช่วยงานในบ้านได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก เพราะยิ่งอายุมากร่างกายจะมีความเสื่อมถอย ความสามารถในการช่วยงานภายในบ้านก็ลดลง และในด้านของการเข้าร่วมเป็นสมาชิกของชมรมหรือกลุ่มที่ตั้งขึ้น เพื่อปรับปรุงสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นนั้นก็แปรผกผันไปตามอายุ นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยของ Supachet Chansarn (2012) และงานวิจัยของ Thanakwang K. and Soonthornhdada K. (2006) ก็พบว่า ผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่าจะมีวุฒิวิสัยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องปรากฏผลการศึกษาที่แตกต่างกัน แต่ส่วนใหญ่พบว่า ผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า เนื่องจาก เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น จะมีระดับการพึ่งพิงในด้านต่างๆ สูงขึ้น ทำให้การดำเนินกิจกรรมและความสามารถต่างๆ ลดลง ดังนั้น ในการ

วิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า “ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่าน่าจะมีวุฒิภาวะโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า”

เขตที่อยู่อาศัย

เขตที่อยู่อาศัยเป็นสิ่งที่แสดงถึงลักษณะสถานที่อยู่อาศัยของคนในสังคม ตามเขตการปกครอง ในปัจจุบัน ซึ่งมีการแบ่งออกเป็นในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ความแตกต่างของเขตที่อยู่อาศัยนอกจากจะแสดงถึง ลักษณะภูมิประเทศ ภูมิอากาศ ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม ยังแสดงถึงความแตกต่างของสภาพเศรษฐกิจ และโครงสร้างทางสังคมในด้านต่างๆ รวมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวก ดังนั้น ผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลหรือเขตเมืองจึงมีโอกาสเข้าถึงสาธารณูปโภค หรือโอกาสในการแสวงหารายได้มากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลหรือเขตชนบท นอกจากนี้ กัญญา รัตน์ อุบลวรรณ (2540) ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพผู้สูงอายุในภาคกลางของประเทศไทย พบว่า เขตที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งสิ่งเหล่านี้น่าจะมีผลกระทบต่อวุฒิภาวะของผู้สูงอายุได้ และผลจากการทบทวนงานวิจัย มีดังนี้

กุศล สุนทรธาดา และ กมลชนก ขำสุวรรณ (2553, p. 35) พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาล มีระดับวุฒิภาวะมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ประมาณ 2 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับการศึกษาของ สงคราม เขาวนศิลป์ (2542, p. 33) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยด้านบุคลิกภาพบางประการที่พยากรณ์ปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตเมือง เขตชานเมือง และเขตชนบท พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่พักอาศัยในเขตเมืองมีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด ซึ่งผลการศึกษายืนยันกับงานวิจัยข้างต้น

ส่วนการศึกษาของ คณิต ดวงหัตถ์ (2537, p. 83) เรื่องสุขภาพจิตกับความพึงพอใจในงานของข้าราชการตำรวจชั้นประทวนในเขตเมืองและเขตชนบท ของจังหวัดขอนแก่น พบว่า ข้าราชการตำรวจชั้นประทวนที่ปฏิบัติงานในเขตเมืองมีระดับสุขภาพจิตดีกว่าเขตชนบท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่ งานวิจัยของ Supachet Chansarn (2012) และงานวิจัยของ Thanakwang K. and Soonthorndhada K. (2006) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบทจะมีวุฒิภาวะสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมือง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จากการประมวลผลการวิจัยข้างต้นพบเป็น 2 แนวทางที่ตรงข้ามกัน แต่สำหรับการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่า เขตเทศบาลหรือเขตเมือง จะมีลักษณะของความเป็นเมืองค่อนข้างสูง และมีโอกาสที่ผู้สูงอายุจะเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวก สาธารณูปโภค หรือแม้กระทั่งโอกาสในการแสวงหารายได้ที่มากกว่า นอกเขตเทศบาลหรือเขตชนบท ดังนั้นอาจตั้งสมมติฐานในการศึกษาได้ว่า “ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลน่าจะมีวุฒิภาวะโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล”

การศึกษา

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุ บุคคลที่มีการศึกษาสูง มีโอกาสในการเลือกดำเนินชีวิตมากกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำกว่า เพราะการศึกษาจะช่วยทำให้บุคคลเป็นผู้ที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้มาก มักเป็นผู้สนใจตัวเอง สนใจสถานการณ์รอบตัว สามารถประเมินและแสดงบทบาทของตนเองได้เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ พฤติกรรมนี้จะสืบเนื่องไปจนเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษานั้นจะสามารถนำความรู้และประสบการณ์ของตน มาปรับใช้กับตัวเองรวมทั้งบุคคลรอบตัว และเป็นผู้ที่มีโลกทัศน์กว้างต่างจากผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาต่ำ (วนิดา นิรมย์, 2538, p. 24)

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเอง (ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535, p. 117) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร จินันทุยา (2536, p. 81) และ พนิษฐา พานิชาชิวะกุล (2537, p. 109) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษามีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา นอกจากนี้ การศึกษาของ สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534) ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่า มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่า ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ (2535, pp. 168-175) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่า ประถมศึกษาเห็นการเตรียมการเมื่อยามสูงอายุเป็นเรื่องสำคัญต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า

จากการศึกษาของ ปวีตร วณิชชานนท์ (2550, p. 158) เรื่อง สุขภาพจิตประชากรที่อายุ 15 - 59 ปี อำเภอละงู จังหวัดสตูล พบว่า ประชากรที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาสัดส่วนเกินครึ่งหนึ่ง มีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าประชากรที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ปริญญาตรีหรือมากกว่า และไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 54.00 เปรียบเทียบกับร้อยละ 24.00 14.00 และ 8.00 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ละออ อนุจันทร์ (2547, p. 49) เรื่อง สุขภาพจิตและการดูแลตนเองด้านจิตใจ ของเกษตรกรชาวสวนยางพาราในจังหวัดพัทลุง พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา สัดส่วนเกินครึ่งหนึ่งจะมีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับที่สูงกว่า (ร้อยละ 58.60) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชื่นจิตร คุปต์กาญจนกุล (2543, p. 103) เรื่อง สุขภาพจิตของนักสังคมสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ พบว่า นักสังคมสงเคราะห์ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยนักสังคมสงเคราะห์ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี (ค่าเฉลี่ย 2.08) มีระดับสุขภาพจิตดีกว่านักสังคมสงเคราะห์ที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี (ค่าเฉลี่ย 3.64) และสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิชัย มงคล และคณะ (2551, p. 39) เรื่อง การสำรวจความสุขคนไทย ปี พ.ศ. 2548 พบว่า ประชาชนที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไปในสัดส่วนที่มากกว่าประชาชนที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และสูงกว่ามัธยมศึกษา (ร้อยละ 39.94 เปรียบเทียบกับร้อยละ 33.23 และ 30.31

นอกจากนี้ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545) ยังได้กล่าวถึงการปรับตัวต่อความเหงาของผู้สูงอายุว่า ผู้ที่เป็นโรคจนล่วงเข้าวัยสูงอายุจะค่อนข้างเหงาน้อยกว่าผู้ที่มีครอบครัวแล้ว เนื่องจากว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคจะเคยชินกับความเหงาและเรียนรู้ที่จะปรับตัวกับผู้อื่นนอกครอบครัวตนเองได้ดีกว่า ในขณะที่เดียวกัน จรุง ทองถาวร (2530, p. 14) ศึกษาพบว่า คนโรคมักจะมองการเตรียมตัวด้านจิตใจมากกว่าคนสมรสแล้ว ส่วนคนสมรสแล้วมักจะให้ความสำคัญต่อการเตรียมตัวด้านวัตถุ และสถานภาพความเป็นอยู่มากกว่าคนโรค

การศึกษาของ มารศรี นุชแสงพลี (2532) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโรค หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล พนาวิฒนากุล (2534) และ เขมิกา ยามะรัต (2527) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพคู่ ยังได้รับความรัก ความเห็นใจ การเอาใจใส่ดูแลจากคู่สมรส อันเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นและรู้สึกว่าคุณค่า รวมทั้งยังเป็นคนสำคัญของครอบครัวอีกด้วย ส่งผลให้มีการดำเนินชีวิตในทางที่ดี นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยของ Supachet Chansarn (2012) และงานวิจัยของ Thanakwang K. and Soonthornhdada K. (2006) ก็พบว่า ผู้สูงอายุที่สมรสจะมีคุณภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จากการประมวลผลการวิจัยข้างต้น ส่วนใหญ่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ ผู้สูงอายุที่สมรสหรืออยู่ด้วยกัน จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ เนื่องจาก ผู้ที่อาศัยอยู่ด้วยกันหรือมีคู่สมรส ถือได้ว่ามีเพื่อนคู่ทุกข์คู่ยาก คอยช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นหลักประกันความมั่นคงอย่างหนึ่งว่า จะไม่อยู่อย่างโดดเดี่ยว อีกทั้งช่วยส่งเสริมซึ่งกันและกันให้มีกิจกรรมต่างๆ ดังนั้น ผู้วิจัยก็ตั้งสมมติฐานว่า “ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสน่าจะมีคุณภาพโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสกลุ่มอื่นๆ”

รายได้

รายได้นับว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบัน เพราะรายได้เป็นสิ่งที่เอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับการตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม เนื่องจากรายได้ทำให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม มีอาหารที่มีคุณค่า ได้รับการบริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพ และสามารถจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก (Hogstel, 2001) มีผลทำให้ผู้สูงอายุพึงพอใจในชีวิต ดังนั้น ผู้ที่มีรายได้สูงจึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Zhan, 1992; ปราโมทย์ วังสะอาด, 2530; สุวิมล พนาวิฒนากุล, 2534) ด้วยเหตุนี้ ระดับบวฒนวัยของผู้สูงอายุน่าจะมีความสัมพันธ์กับตัวแปรรายได้

การศึกษาของ กนกพร สุคำวัง (2540) พบว่า ผู้สูงอายุถึงแม้มีโรคข้อเข่าเสื่อม แต่ถ้าผู้สูงอายุมีรายได้สูงก็จะสามารถดูแลตัวเองได้ดี มีโอกาสที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่า ผู้สูงอายุที่มีโรค

ข้อเข้าเสื่อมและรายได้ต่ำ สอดคล้องกับ จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีกิจกรรมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ และรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล, 2539) ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีการปฏิบัติกิจกรรมดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ รายได้จึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ (Supachet Chansarn, 2012, p. 13; จิรนุช สมโชค, 2540, p. 74; ฉัตรทอง อินทร์นอก, 2540, p. 88; วรณา กุมารจันทร์, 2543, p. 62; สมสุข สิงห์ปัญจนี, 2540, p. 80)

เนื่องจากว่าผู้สูงอายุมักเป็นกลุ่มประชากรที่มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจต่ำกว่าประชากรกลุ่มอื่น ผู้สูงอายุจึงมีโอกาที่จะได้รับผลกระทบมากกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ จากการมีรายได้ไม่เพียงพอเพื่อการดำรงชีวิตที่ดี (ปราโมทย์ ประสาทกุล ศุทธิดา ขววัน และ กาญจนา เทียนลาย, 2555) และจากการทบทวนเอกสารกับผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีทิศทางเป็นไปในทางเดียวกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งเป็นสมมติฐานได้ว่า “ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่าน่าจะมีความวิตกกังวลโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า”

สถานภาพการทำงาน

สถานภาพการทำงานเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ทำให้บุคคลมีความพึงพอใจในชีวิต เพราะเป็นการรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเองที่จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมด้านต่างๆ ได้ด้วยตนเอง และส่งผลถึงคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุควรหาสิ่งทดแทนบทบาทและกิจกรรมที่สูญเสียไป เพื่อการดำรงไว้ซึ่งความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุบางคนยังคงทำงานต่อ เพื่อเหตุผลต่างๆ ได้แก่ เพื่อหารายได้ เพื่อให้มีสุขภาพดี ยังสนุกกับงาน และยังอยากมีเพื่อนอยู่ (UN, 1996, p. 27) ดังนั้น การทำงานน่าจะส่งผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ สถานภาพการทำงานยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล เนื่องจากสถานภาพการทำงานมีผลต่อโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคจากงานที่ทำอยู่ และโอกาสในการพบปะแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ซึ่งจะมีผลต่อความเชื่อ ทศนคติ รวมถึงพฤติกรรมของบุคคล สถานภาพการทำงานที่แตกต่างกัน มีผลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมแตกต่างกัน และน่าจะส่งผลต่อการเกิดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุแตกต่างกันด้วย

การศึกษาของประภาพร จินันทุยา (2536) พบว่า ผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานอยู่ มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ เกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์ สุรีย์ บุญญานพวงศ์ และ สมศักดิ์ ฉันทะ (2533) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ยังทำงานเชิงเศรษฐกิจได้ จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ เป็นที่ยอมรับของบุคคลในครอบครัว และยังถือว่าเป็นหัวหน้าครอบครัว อีกทั้งการที่ผู้สูงอายุมีงานทำได้อย่างต่อเนื่อง สามารถแก้ปัญหาเรื่องบทบาท เพราะการทำงานจะช่วยให้ผู้สูงอายุ

รู้สึกว่าคุณค่า และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ จิระพร อภิชิตบุตร (2540, p. 96) พบว่า ผู้สูงอายุที่ยังคงบทบาทการทำงานเพื่อเลี้ยงชีพ มีแนวโน้มที่มีคุณภาพชีวิตดีกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้คงบทบาทการทำงานเพื่อเลี้ยงชีพ อีกทั้งการศึกษาเรื่อง ดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดเชียงใหม่ ของ เพ็ญศรี มานิตยศิริกุล (2537, p. 55) พบว่า ดัชนีที่เป็นตัวชี้วัดความมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ การทำงาน

พจนา ศรีเจริญ (2544, p. 80) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน สหประชาชาติการนอกระจำการ จังหวัดเลย พบว่า ตำแหน่งหน้าที่กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ การศึกษาของ วาสนี ชันแก้วหล้า (2553) พบว่า คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับสถานภาพการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยของ Thanakwang K. and Soonthornhdada K. (2006) ก็พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพระดับสูง เช่น ข้าราชการ ช่างฝีมือ วิชาชีพต่างๆ จะมีวุฒิสองกว่าผู้สูงอายุที่มี สถานภาพการทำงานอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จากการทบทวนเอกสารและผลงานวิจัยที่พอจะเชื่อมโยงกับการศึกษาถึงอิทธิพลของ สถานภาพการทำงาน ซึ่งอาจส่งผลต่อวุฒิสองของผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงคาดหวังและตั้งสมมติฐานว่า “ผู้สูงอายุที่ทำงานโดยไม่เป็นลูกจ้างน่าจะมีวุฒิสองโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุทำงานเป็นลูกจ้างและไม่ได้ ทำงาน”

การตรวจสอบสุขภาพ

การที่บุคคลจะมีสุขภาพที่ดีนั้น ส่วนหนึ่งมาจากการเข้าไปตรวจสุขภาพในสถานบริการ สาธารณสุข ที่มีหน่วยบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุเข้าไปใช้สถานบริการ สาธารณสุข เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน จะทำให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ด้วยเหตุนี้ การตรวจสุขภาพของผู้สูงอายุจึงน่าจะส่งผลต่อการเกิดระดับวุฒิสองที่แตกต่างกัน

ศิรินุช ฉายแสง (2553, p. 120) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับการมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 อีกทั้งการศึกษาของ เกษียร นพรัตน์ (2539) พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของข้าราชการ กรมสวัสดิการทหารบก มีความสัมพันธ์กับการได้รับบริการด้านสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วันทนี ขำเพ็ง (2540) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ และการศึกษาของ ศุภวรี นทร์ หันกิตติกุล (2539) พบว่า การมีแหล่งบริการด้านสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการทบทวนเอกสารและผลงานวิจัยข้างต้น พอที่ตั้งสมมติฐานได้ว่า “ผู้สูงอายุที่ตรวจสุขภาพน่าจะมีภูมิต้านทานโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ตรวจสุขภาพ”

การดูแลปรนนิบัติ

ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการเสื่อมของร่างกายและมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ผู้สูงอายุจึงต้องการการดูแลปรนนิบัติจากบุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัว ดังนั้น จึงทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่ยังคงมีสุขภาพแข็งแรง ตระหนักและเห็นคุณค่าของตนเอง ก็จะใช้ชีวิตได้อย่างอิสระ ดูแลตนเองได้ โดยไม่ต้องพึ่งพิงสมาชิกในครอบครัวหรือสังคม ก่อให้เกิดความภูมิใจในตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการทำกิจวัตรประจำวัน ด้วยเหตุนี้ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือต้องมีบุคคลอื่นเป็นผู้ดูแลปรนนิบัติ จึงน่าจะทำให้ผู้สูงอายุมีภูมิต้านทานอยู่ในระดับต่ำ

การศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรหมณานิคม จังหวัดสกลนคร ของ ภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และ วิทศน์ จันทระโพธิ์ศรี (2555, p. 7) กลับพบว่า ผู้สูงอายุที่ดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.004) ซึ่งสอดคล้องกับ จิราภรณ์ ใจสบาย พรสุข หุ่นรินทร์ และทรงพล ต่อณี (ม.ป.ป.) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนการศึกษาของพงษ์สวัสดิ์ รัตนแสง (2553, p. 10) พบว่า การดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดยโสธร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.004) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อารดา ธีระเกียรติกำจร (2554, p. 14) ที่พบว่า ถ้าผู้สูงอายุมีบุตรหลานให้การดูแลเลี้ยงดู มีโอกาสทำให้ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสูงขึ้นร้อยละ 16.2 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 รวมทั้งการศึกษาของ ประทีป ไอยศุรย์ และ ทิวากร แก้วมณี (ม.ป.ป) พบว่า ผู้ดูแลหลักเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับมาตรฐานคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในด้านความมั่นคงของชีวิต

จากการประมวลผลการวิจัยข้างต้นพบเป็น 2 แนวทางที่ตรงข้ามกัน แต่สำหรับการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่า ผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้ น่าจะมีระดับภูมิต้านทานสูงกว่าผู้สูงอายุที่ต้องการคนดูแล ดังนั้น จึงตั้งสมมติฐานว่า “ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองน่าจะมีภูมิต้านทานโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้อื่นดูแล”

การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อร่างกายอย่างมาก ทั้งทางด้านโครงสร้างสรีระ บุคลิกภาพ ช่วยทำให้อวัยวะต่างๆ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ช่วยป้องกันการเกิดโรค สร้างความกระปรี้กระเปร่า และช่วยลดความตึงเครียดทางสมองและจิตใจ (การกีฬาแห่งประเทศไทย, 2534,

pp. 10-13; อวย เกตุสิงห์, 2523, p. 19) ดังนั้น การออกกำลังกายที่เป็นประจำที่แตกต่างกัน ก็น่าจะมีผลทำให้เกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุแตกต่างกัน

การศึกษาของ สมหวัง มณีวงศ์ (2546, p. 57) พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสังคม ด้านนันทนาการของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005

นอกจากนี้ เอกพล วิรัตน์ (2549) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้าน Physical Functioning ด้าน Bodily Pain ด้าน General Health ด้าน Social Functioning ด้าน Vitality ด้าน Role Emotional และด้าน Mental Health โดยสามารถอธิบายได้ร้อยละ 23.4 23.4 25.7 42.6 31.6 12.4 และ 8.8 ตามลำดับ

จากการประมวลผลการวิจัยข้างต้น ทำให้ทราบว่า การออกกำลังกายมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะด้านสุขภาพ กล่าวคือ ผู้ที่ออกกำลังกายน่าจะมีสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย ดังนั้น ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่า “ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายน่าจะมีอุบัติเหตุโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกาย”

ปีที่สำรวจ

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเวลาเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ พบว่า ประเทศไทยมีแผนการดำเนินงานและนโยบายด้านผู้สูงอายุจากหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เช่น แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ.2525-2544) และปัจจุบันอยู่ในช่วงของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ซึ่งทั้ง 2 ฉบับเป็นแผนระยะยาวที่มีนโยบายให้ความสำคัญตลอดช่วงชีวิตของประชากร ซึ่งทุกคนจะต้องเข้าสู่วัยสูงอายุตามวงจรชีวิตที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ประกอบกับมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ซึ่งกำหนดให้ ผู้สูงอายุมีสิทธิ์ได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม การสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่รัฐจัดไว้ โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ การจ่ายเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม เป็นต้น เพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิต และเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุไทยให้เป็น “ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ” นั้นแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีความตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุและสังคมผู้สูงอายุในระดับหนึ่ง มาเป็นระยะเวลาานพอสมควร อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการส่งเสริมและรณรงค์โครงการเกี่ยวกับผู้สูงอายุต่างๆ ต้องอาศัยระยะเวลาานเพื่อที่จะทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ได้ ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมการทำกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม การสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจ ส่งเสริมการออมและ

ระบบบำนาญแห่งชาติ ตลอดจนการส่งเสริมให้ประชากรเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพกาย และด้านจิตใจเพื่อวัยสูงอายุ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2552, p. 377)

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงอาจตั้งสมมติฐานว่า “ผู้สูงอายุ น่าจะมีวุฒิภาวะโดยเฉลี่ยสูงขึ้นตามลำดับการเพิ่มขึ้นของปีที่สำรวจ”

1.6 สมมติฐานของการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิดเชิงทฤษฎี เอกสาร และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปเป็น สมมติฐานของการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานหลัก

ปัจจัยกำหนดมีอิทธิพลต่อวุฒิภาวะของผู้สูงอายุไทยแตกต่างกัน

สมมติฐานรอง

1. ผู้สูงอายุชาย น่าจะมีวุฒิภาวะโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง
2. ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า น่าจะมีวุฒิภาวะโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า
3. ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล น่าจะมีวุฒิภาวะโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยนอกเขตเทศบาล
4. ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่า น่าจะมีวุฒิภาวะโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่า
5. ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรส น่าจะมีวุฒิภาวะโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสกลุ่มอื่นๆ
6. ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า น่าจะมีวุฒิภาวะโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า
7. ผู้สูงอายุที่ทำงานโดยไม่เป็นลูกจ้าง น่าจะมีวุฒิภาวะโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นลูกจ้างและไม่ได้ทำงาน
8. ผู้สูงอายุที่ตรวจสุขภาพ น่าจะมีวุฒิภาวะโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ตรวจสุขภาพ
9. ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเอง น่าจะมีวุฒิภาวะโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้อื่นดูแล
10. ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกาย น่าจะมีวุฒิภาวะโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกาย
11. ผู้สูงอายุ น่าจะมีวุฒิภาวะโดยเฉลี่ยสูงขึ้นตามลำดับการเพิ่มขึ้นของปีที่สำรวจ

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ประโยชน์จากงานวิจัยนี้ นอกจากจะทำให้ทราบถึงระดับและแนวโน้มมฤตมัยของผู้สูงอายุไทย ในภาพรวม และทราบถึงปัจจัยกำหนดที่มีอิทธิพลต่อมฤตมัยของผู้สูงอายุไทยแล้ว ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังสามารถนำไปเป็นแนวทาง ในการวางแผนนโยบาย ด้านการส่งเสริมมฤตมัย และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ตลอดจนเป็นแนวทาง ในการให้ความรู้ และการอบรมที่ถูกต้อง ในการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีมฤตมัย สำหรับกลุ่มประชากร ก่อนวัยสูงอายุ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนั้นงานวิจัยนี้ น่าจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้สนใจศึกษาค้นคว้าในเรื่องที่เกี่ยวข้องใน โอกาสต่อไป



บทที่ 2 ระเบียบวิธีวิจัย

2.1 แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2545 2550 และ 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม การก่อก้อนที่ได้รับ ภาวะสุขภาพ ความมั่นคงในการดำเนินชีวิต การมีส่วนร่วมในชุมชน การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการรับรู้สิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ

2.2 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยและการเลือกตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ มาจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545 2550 และ 2554 ซึ่งการสำรวจทั้ง 3 ครั้ง ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนส่วนบุคคลทั่วประเทศ

การเลือกตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 ครั้งนี้ เป็นการสำรวจระดับประเทศของสำนักงานสถิติแห่งชาติ มีขั้นตอนในการเลือกตัวอย่างที่ครอบคลุมทั่วทุกภาคของประเทศ แผนการสุ่มตัวอย่างเป็นแบบสองขั้นตอน (Stratified Two-Stage Sampling) โดยมีจังหวัดเป็นสตราตัม ในแต่ละสตราตัมแบ่งออกเป็น 2 สตราตัมย่อย ตามลักษณะการปกครองของกรมการปกครอง คือ ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล ซึ่งมีชุมชนอาคาร (ในเขตเทศบาล) และหมู่บ้าน (นอกเขตเทศบาล) เป็นหน่วยตัวอย่าง ขั้นที่หนึ่ง ส่วนครัวเรือนส่วนบุคคลเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง มีรายละเอียดดังนี้

1) การเลือกตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง

จากแต่ละสตราตัมย่อยหรือแต่ละเขตการปกครอง ได้ทำการเลือกชุมชนอาคาร / หมู่บ้าน ตัวอย่าง อย่างอิสระต่อกัน โดยให้ความน่าจะเป็นในการเลือก เป็นปฏิภาคกับจำนวนครัวเรือนของชุมชนอาคาร / หมู่บ้านนั้นๆ ได้จำนวนตัวอย่าง ดังต่อไปนี้ (ตารางที่ 1)

- การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2545 ได้ 5,796 ชุมชนอาคาร / หมู่บ้าน จากทั้งสิ้นจำนวน 109,966 ชุมชนอาคาร / หมู่บ้าน

- การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550 ได้ 5,792 ชุมชนอาคาร / หมู่บ้าน จากทั้งสิ้นจำนวน 109,966 ชุมชนอาคาร / หมู่บ้าน

- การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2554 ได้ 5,796 ชุมรุมอาคาร / หมู่บ้าน จากทั้งสิ้นจำนวน 109,966 ชุมรุมอาคาร / หมู่บ้าน

ตารางที่ 1 การกระจายของจำนวนชุมรุมอาคาร/หมู่บ้าน จำแนกตามภาคและเขตการปกครอง

ภาค	รวม			ในเขตเทศบาล			นอกเขตเทศบาล		
	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2554	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2554	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2554
กรุงเทพมหานคร	312	312	312	312	312	312	-	-	-
กลาง (ยกเว้น กรุงเทพฯ)	1,968	1,966	1,968	1,080	1,080	1,080	888	886	888
เหนือ	1,236	1,236	1,236	696	696	696	540	540	540
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,296	1,296	1,296	720	720	720	576	576	576
ใต้	984	982	984	528	528	528	456	454	456
รวมทั้งราชอาณาจักร	5,796	5,792	5,796	3,336	3,336	3,336	2,460	2,456	2,460

ที่มา: รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2545 2550 และ 2554 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2) การเลือกตัวอย่างขั้นที่สอง

ในขั้นนี้เป็นการเลือกครัวเรือนตัวอย่าง จากครัวเรือนส่วนบุคคลทั้งสิ้นในบัญชีรายชื่อครัวเรือน ซึ่งได้จากการนับจุดในแต่ละชุมรุมอาคาร / หมู่บ้านตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ โดยกำหนดขนาดตัวอย่างเท่ากันทั้งในปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554 เป็นดังนี้ คือ

ในเขตเทศบาล : กำหนด 15 ครัวเรือนตัวอย่าง ต่อชุมรุมอาคาร

นอกเขตเทศบาล : กำหนด 15 ครัวเรือนตัวอย่าง ต่อหมู่บ้าน

ก่อนที่จะทำการเลือกครัวเรือนตัวอย่าง ได้มีการจัดเรียงรายชื่อครัวเรือนส่วนบุคคลใหม่ตามขนาดครัวเรือน ซึ่งวัดด้วยจำนวนสมาชิกในครัวเรือน และประเภทครัวเรือนเชิงเศรษฐกิจ

จำนวนครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่างทั้งสิ้นที่ต้องทำการเจนนับ จำแนกตามภาคและเขตการปกครอง เป็นดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การกระจายของจำนวนครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่าง จำแนกตามภาคและเขตการปกครอง

ภาค	รวม			ในเขตเทศบาล			นอกเขตเทศบาล		
	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2554	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2554	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2554
กรุงเทพมหานคร	4,680	4,680	4,680	4,680	4,680	4,680	-	-	-
กลาง (ยกเว้น กรุงเทพฯ)	28,856	26,844	28,856	16,200	16,200	16,200	10,656	10,644	10,656
เหนือ	16,920	16,920	16,920	10,440	10,440	10,440	6,480	6,480	6,480
ตะวันออกเฉียงเหนือ	17,712	17,712	17,712	10,800	10,800	10,800	6,912	6,912	6,912
ใต้	13,362	13,368	13,362	7,920	7,920	7,920	5,472	5,448	5,472
รวมทั้งราชอาณาจักร	79,560	79,524	79,560	50,040	50,040	50,040	29,520	29,484	29,520

ที่มา: รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2545 2550 และ 2554 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เมื่อได้กรณีตัวอย่างจากการสำรวจทั้ง 3 ครั้งนี้แล้ว ผู้วิจัยได้นำกรณีตัวอย่างทั้งสิ้นมาถ่วงน้ำหนักใหม่ ให้มีการกระจายเป็นแบบแผนเดียวกับประชากรทั้ง 3 ปีที่สำรวจ โดยวิธีการ Normalizing Weights เนื่องจากการเลือกตัวอย่างของสำนักงานสถิติแห่งชาติไม่ได้กำหนดจำนวนตัวอย่างไว้ก่อน แต่เป็นการเลือกตัวอย่างจากครัวเรือนส่วนบุคคลทั้งประเทศตามวิธีการเลือกตัวอย่างแบบสองขั้นตอนที่กำหนดไว้ แล้วดำเนินการนับจุดบุคคลที่เข้าข่ายการเป็นตัวอย่าง จากนั้นจึงแจกจ่ายบุคคลที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนตัวอย่าง และนำไปคำนวณเพื่อประมาณค่าตัวอย่างให้มีขนาดเท่ากับประชากรที่แท้จริงของประเทศ

สำหรับค่าถ่วงน้ำหนักใหม่ของแต่ละตัวอย่าง หาได้โดย นำจำนวนตัวอย่างทั้งหมดที่สำนักงานสถิติแห่งชาติเก็บได้ คูณกับค่าถ่วงน้ำหนักเดิมของแต่ละตัวอย่าง แล้วหารด้วยจำนวนประชากรทั้งหมด ซึ่งสูตรที่ใช้ในการคำนวณหาค่าถ่วงน้ำหนักใหม่ของแต่ละปีที่มีการสำรวจ คือ

$$\text{ค่าถ่วงน้ำหนักใหม่ของแต่ละตัวอย่าง} = \frac{\text{จำนวนตัวอย่างทั้งหมด} \times \text{ค่าถ่วงน้ำหนักเดิมของแต่ละตัวอย่าง}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}$$

เมื่อได้ค่าถ่วงน้ำหนักใหม่ของแต่ละตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่างที่มีอายุ (เต็ม) ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และตอบครบทุกข้อคำถามซึ่งนำมาสร้างเป็นตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยได้ถ่วงน้ำหนักใหม่กับกรณีตัวอย่างที่ศึกษา ให้มีการกระจายเป็นแบบแผนเดียวกับประชากร จึงได้จำนวนกรณีตัวอย่างทั้ง 3 ปี รวม 45,082 ราย ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การกระจายของจำนวนกรณีตัวอย่าง จำแนกตามภาคและเขตการปกครอง

ภาค	รวม			ในเขตเทศบาล			นอกเขตเทศบาล		
	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2554	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2554	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2554
กรุงเทพมหานคร	857	1,292	1,432	857	1,292	1,432	-	-	-
กลาง (ยกเว้น กรุงเทพฯ)	3,032	4,264	3,818	895	1,294	1,326	2,137	2,970	2,492
เหนือ	2,592	3,663	3,645	535	744	971	2,057	2,919	2,674
ตะวันออกเฉียงเหนือ	3,597	5,656	5,480	575	868	1,049	3,022	4,788	4,431
ใต้	1,346	2,226	2,182	299	510	561	1,047	1,716	1,621
รวมทั้งราชอาณาจักร	11,424	17,101	16,557	3,161	4,708	5,339	8,263	12,393	11,218
รวมทั้ง 3 ปี พ.ศ.	45,082			13,209			31,873		

ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย

2.3 ขอบเขตและข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึง ระดับ แนวโน้ม และปัจจัยกำหนด ของวุฒิวิัยในผู้สูงอายุไทย ที่มีอายุ (เต็ม) ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ของปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554 โดยใช้ข้อมูลitudinalจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2545 2550 และ 2554 ซึ่งสำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้จะคัดเลือกเฉพาะผู้ที่ตอบคำถามครบทุกข้อคำถามด้วยตนเอง ซึ่งนำมาสร้างเป็นตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ดังนั้นข้อมูลที่ได้ จะเป็นการรวมข้อมูลภาคตัดขวาง (Pooled Cross-sectional Data) ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การรับรู้ ความรู้สึก และสภาพที่เกิดขึ้นใน 3 ช่วงเวลาดังกล่าว ซึ่งอาจไม่ใช่ตัวอย่างเดียวกันทั้งหมดใน 3 ช่วงเวลา

ตัวแปรตามและตัวแปรอิสระที่ใช้ในการวิจัย จะถูกจำกัดตามข้อคำถามที่มีในการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยของปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554 อีกทั้ง จะต้องเป็นตัวแปรที่มีนิยามเหมือนกันทั้ง 3 ช่วงเวลา (หรือการได้มาซึ่งคำตอบต้องเหมือนกันทั้ง 3 ช่วงเวลา ของข้อคำถามที่นำมาสร้างเป็นตัวแปร) ซึ่งได้คัดเลือกจากข้อมูลที่มีอยู่แล้ว จึงไม่สามารถนำตัวแปรอื่นๆ ที่มีนิยามแตกต่างกันออกไปในแต่ละช่วงเวลา มาวิเคราะห์เพิ่มเติมได้ (ดูรายละเอียดข้อคำถามในภาคผนวก ก)

2.4 การนิยามตัวแปร

สำหรับการให้นิยามเชิงปฏิบัติการและเกณฑ์การวัดของตัวแปรตาม และตัวแปรอิสระที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

2.4.1 ตัวแปรตาม

ตัวแปรตามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ “**วุฒิวยของผู้สูงอายุ**” (Active Ageing) หมายถึง ค่าหรือตัวเลขที่คำนวณได้จากดัชนีองค์ประกอบ (Composite Index) จัดเป็นตัวแปรระดับอัตราส่วน (ratio scale) โดยมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 1 ทั้งนี้ จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2545-2550 และ 2554 มีข้อคำถามเกี่ยวกับด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคง ของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญตามแนวคิดวุฒิวยข้างต้น การวิจัยครั้งนี้ จึงกำหนดองค์ประกอบของการคำนวณเป็นดัชนีวุฒิวยของผู้สูงอายุไทยไว้ 3 ดัชนี 11 ตัวชี้วัด ดังต่อไปนี้ (แผนภาพที่ 3)

1. ดัชนีด้านสุขภาพ มี 6 ตัวชี้วัด คือ

- 1.1 สุขภาพกาย
- 1.2 สุขภาพจิต
- 1.3 การมองเห็น
- 1.4 การได้ยิน
- 1.5 ข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน
- 1.6 ข้อจำกัดด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย

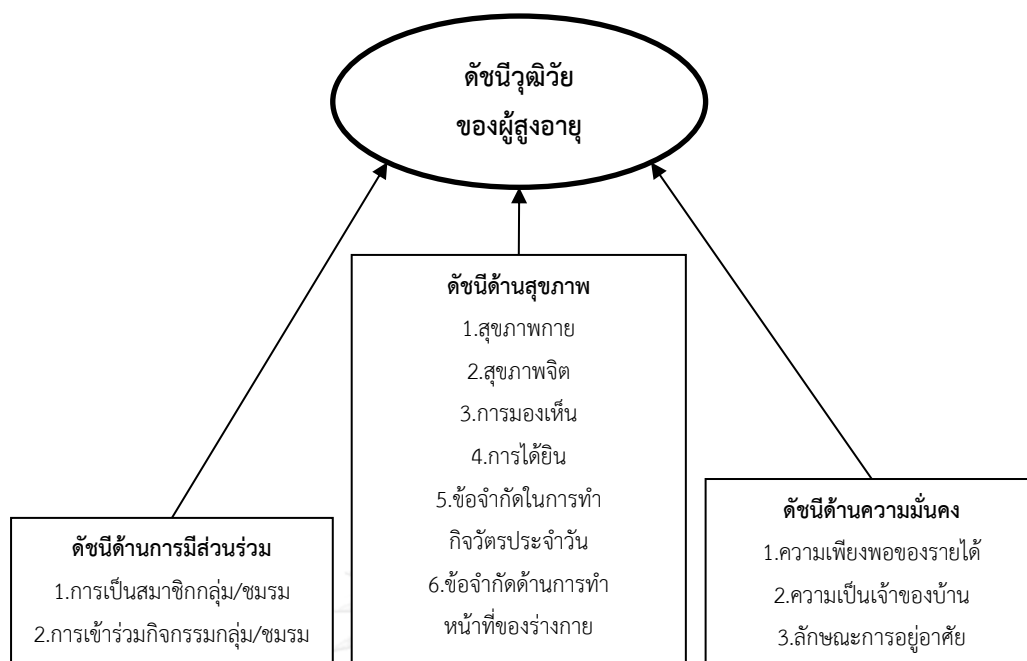
2. ดัชนีด้านการมีส่วนร่วม มี 2 ตัวชี้วัด คือ

- 2.1 การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม
- 2.2 การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม

3. ดัชนีด้านความมั่นคง มี 3 ตัวชี้วัด คือ

- 3.1 ความเพียงพอของรายได้
- 3.2 ความเป็นเจ้าของบ้าน
- 3.3 ลักษณะการอยู่อาศัย

แผนภาพที่ 3 องค์ประกอบของดัชนีวุฒิวัยของผู้สูงอายุ



ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย

ผู้วิจัยจึงสร้างดัชนีองค์ประกอบที่มาจากตัวชี้วัดดังกล่าว โดยการคำนวณ เพื่อสร้างดัชนีวุฒิวัยของผู้สูงอายุไทย ซึ่งประยุกต์จากการศึกษาของ กุศล สุนทรธาดา และ กมลชนก ขำสุวรรณ (2553) โดยมีรายละเอียดตามลำดับดังนี้ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 รายละเอียดของตัวชี้วัดต่างๆ ในแต่ละดัชนีองค์ประกอบวุฒิวัยของผู้สูงอายุไทย

(ดูการกระจายของข้อมูลแต่ละปี ในภาคผนวก ข)

ดัชนีองค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด
ด้านสุขภาพ	สุขภาพกาย	ประเมินสุขภาพกายด้วยตนเอง
	สุขภาพจิต	ประเมินความรู้สึกเชิงลบด้วยตนเอง
	การมองเห็น	ความสามารถทางการมองเห็น
	การได้ยิน	ความสามารถทางการได้ยิน
	ข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน (Limitation in Activities in Daily Living: ADL)	การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ประกอบด้วย กินอาหาร ใส่เสื้อผ้า อาบน้ำ/ล้างหน้า/แปรงฟัน/เข้าห้องสุขา
	ข้อจำกัดด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional Limitation)	การทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายด้วยตนเอง ประกอบด้วย นั่งยองๆ ยกของหนัก (ประมาณ 5 กก.) เดินขึ้นบันได 2-3 ชั้น เดินทางโดยขึ้นรถ/ลงเรือคนเดียว

(ยังมีต่อ)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ดัชนีองค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด
ด้านการมีส่วนร่วม	การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม	การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม ประกอบด้วย กลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มฌาปนกิจ กลุ่มอาชีพ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มสหกรณ์/กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มลูกเสือชาวบ้าน
	การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม	การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม ประกอบด้วย กลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มฌาปนกิจ กลุ่มอาชีพ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มสหกรณ์/กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มลูกเสือชาวบ้าน
ด้านความมั่นคง	ความเพียงพอของรายได้	ความเพียงพอของรายได้จากทุกแหล่งในการดำรงชีพ
	ความเป็นเจ้าของบ้าน	ความเป็นเจ้าของบ้านที่อยู่ในปัจจุบัน
	ลักษณะการอยู่อาศัย	จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกันในครอบครัว

ที่มา: ประยุกต์จากการศึกษาของ กุศล สุนทรธาดา และ กมลชนก ขำสุวรรณ (2553)

วิธีการสร้างดัชนีองค์ประกอบ (ดูตัวอย่างการคำนวณในภาคผนวก ค)

1) สร้างคะแนนของแต่ละส่วนประกอบ (Component Score)

โดยการนำค่าคำตอบของแต่ละตัวชี้วัด มาหารด้วยค่าคำตอบสูงสุดที่เป็นไปได้ของตัวชี้วัดนั้น ซึ่งมีสูตรในการคำนวณ คือ

$$\text{คะแนนส่วนประกอบ} = \frac{\text{ค่าคำตอบที่ได้ของตัวชี้วัด}}{\text{ค่าคำตอบสูงสุดที่เป็นไปได้ของตัวชี้วัด}}$$

2) สร้างคะแนนของแต่ละด้าน (Dimension Score)

โดยการนำคะแนนของแต่ละตัวชี้วัดที่ได้มารวมกัน และหารด้วยจำนวนของตัวชี้วัดในด้านนั้น ซึ่งมีสูตรการคำนวณ คือ

$$\text{คะแนนของด้าน} = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนส่วนประกอบทั้งหมด}}{\text{จำนวนของตัวชี้วัดทั้งหมด}}$$

3) สร้างดัชนีของแต่ละด้าน (Dimension Index)

โดยการนำคะแนนของด้านที่ได้มาลบด้วยคะแนนต่ำสุดที่กลุ่มตัวอย่างได้จริงของด้านนั้น และหารด้วยผลลบบระหว่างคะแนนสูงสุดและคะแนนต่ำสุดที่กลุ่มตัวอย่างได้จริงของด้านนั้น ซึ่งมีสูตรการคำนวณ คือ

$$\text{ดัชนีของด้าน} = \frac{\text{คะแนนของด้าน} - \text{คะแนนต่ำสุดที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง}}{\text{คะแนนสูงสุดที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง} - \text{คะแนนต่ำสุดที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง}}$$

ดังนั้น ดัชนีองค์ประกอบแต่ละด้าน (ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคง) จะมีค่าแปรผันตั้งแต่ 0.000 ถึง 1.000

4) สร้างดัชนีวุฒิวิัย (Active Ageing Index)

โดยการนำดัชนีของแต่ละด้านมารวมกันและหาค่าเฉลี่ย ซึ่งมีสูตรการคำนวณ คือ

$$\text{ดัชนีวุฒิวิัย} = \frac{(\text{ดัชนีด้านสุขภาพ} + \text{ดัชนีด้านการมีส่วนร่วม} + \text{ดัชนีด้านความมั่นคง})}{3}$$

ดังนั้น ดัชนีวุฒิวิัยจะมีค่าแปรผันตั้งแต่ 0.000 ถึง 1.000

จากนั้นนำค่าดัชนีวุฒิวิัยและดัชนีองค์ประกอบของวุฒิวิัย มาเทียบกับเกณฑ์การแบ่งระดับดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index: HDI) ของโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP, 2014, p. 156) ที่สร้างเพื่อวัดคุณภาพชีวิต ดังนี้

0.000 – 0.549	หมายถึง ระดับต่ำ
0.550 – 0.699	หมายถึง ระดับปานกลาง
0.700 – 0.799	หมายถึง ระดับสูง
0.800 – 1.000	หมายถึง ระดับสูงมาก

2.4.2 ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรอิสระของการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปตามแนวคิดที่เกี่ยวกับสุขภาพ การมีส่วนร่วมทางสังคม และการมีหลักประกันที่มั่นคงของผู้สูงอายุ ตลอดจนแนวคิดวุฒิวิัยของผู้สูงอายุ (Active Ageing) ที่กำหนดขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ทั้งนี้ ได้กำหนดชื่อปัจจัยและจัดตัวแปรภายใต้ปัจจัยใหม่ ให้สอดคล้องกับการพัฒนาประชากรด้วย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยทางประชากร

ประกอบด้วย 2 ตัวแปร ได้แก่ เพศ และ อายุ

1.1 เพศ หมายถึง เพศโดยกำเนิดของผู้สูงอายุที่ให้สัมภาษณ์ จัดเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่ม (nominal scale) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

-หญิง

-ชาย

1.2 อายุ หมายถึง อายุเต็มปีบริบูรณ์ของผู้ให้สัมภาษณ์ นับถึงวันคล้ายวันเกิดครั้งสุดท้ายก่อนวันสัมภาษณ์ จัดเป็นตัวแปรระดับอัตราส่วน

2. ปัจจัยทางสังคม

ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส

2.1 เขตที่อยู่อาศัย หมายถึง เขตทางการปกครองที่ผู้ให้สัมภาษณ์อยู่อาศัย จัดเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- นอกเขตเทศบาล (ชนบท)
- ในเขตเทศบาล (เมือง)

2.2 การศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดที่ผู้ให้สัมภาษณ์เรียนจบ ไม่รวมวิชาชีพระยะสั้นที่ไม่มีวิชาสามัญสอน เช่น ตัดผม ตัดเสื้อ ซ่อมวิทยุ เป็นต้น จัดเป็นตัวแปรระดับจัดอันดับ (ordinal Scale) โดยแบ่งเป็น 6 อันดับ ได้แก่

- ไม่เคยเรียน
- ประถมศึกษา
- มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า
- มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
- อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
- ปริญญาตรีขึ้นไป

2.3 สถานภาพสมรส หมายถึง ความผูกพันระหว่างชายกับหญิงในการเป็นสามีภรรยา ของผู้ให้สัมภาษณ์ จัดเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

- โสด
- สมรสและคู่สมรสอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน
- สมรสและคู่สมรสไม่อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน
- หม้าย/หย่า/แยก

3. ปัจจัยทางเศรษฐกิจ
ประกอบด้วย 2 ตัวแปร ได้แก่ รายได้ และสถานภาพการทำงาน

3.1 รายได้ หมายถึง เงินที่ได้รับจากการทำงาน รวมทั้งได้รับจากบุคคลอื่น หรือได้รับจากดอกเบี้ยเงินออมโดยเฉลี่ยต่อปีของผู้ให้สัมภาษณ์ จัดเป็นตัวแปรระดับจัดอันดับ ซึ่งแบ่งเป็น 4 อันดับ ได้แก่

- ต่ำกว่า 10,000 บาท
- 10,000-19,999 บาท
- 20,000-49,999 บาท
- 50,000 บาทขึ้นไป

3.2 สถานภาพการทำงาน หมายถึง สถานะของผู้ให้สัมภาษณ์ที่ทำงานในสถานที่ที่ทำงานหรือธุรกิจ จัดเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่

- ประกอบธุรกิจของตนเองโดยไม่มีลูกจ้าง
- ช่วยธุรกิจของครัวเรือนโดยไม่ได้รับค่าจ้าง
- นายจ้าง
- ลูกจ้าง (รัฐบาล รัฐวิสาหกิจ เอกชน)
- สมาชิกของการรวมกลุ่มการผลิต
- ไม่ได้ทำงาน

4. ปัจจัยทางพฤติกรรม

ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่ การตรวจสอบสุขภาพ การดูแลปรนนิบัติ และการออกกำลังกาย

4.1 การตรวจสอบสุขภาพ หมายถึง การตรวจสอบสุขภาพของผู้ให้สัมภาษณ์ (ที่ไม่ใช่เป็นการตรวจเพราะเจ็บป่วย) ทั้งจากสถานบริการของรัฐและเอกชน จัดเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- ไม่ตรวจ
- ตรวจ

4.2 การดูแลปรนนิบัติ หมายถึง การมีผู้ดูแลปรนนิบัติในการทำวัตรประจำวันของผู้ให้สัมภาษณ์ จัดเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่

- ดูแลตนเอง
- คู่สมรสเป็นผู้ดูแล
- บุตร/คู่สมรสของบุตร/บุตรของบุตร เป็นผู้ดูแล
- พ่อ/แม่/พี่/น้อง/ญาติ เป็นผู้ดูแล
- คนอื่นเป็นผู้ดูแล

4.3 การออกกำลังกาย หมายถึง ผู้ให้สัมภาษณ์มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย (รวมการทำงานที่ใช้แรงกาย) หรือไม่ จัดเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่ม โดยมี 2 กลุ่ม ดังนี้

- ไม่ออกกำลังกาย
- ออกกำลังกาย

5. ปัจจัยทางเวลา มีเพียงตัวแปรเดียว ได้แก่ **ปีที่สำรวจ**. หมายถึง ปีที่มีการสำรวจประชากรสูงอายุของประเทศไทย จัดเป็นตัวแปรระดับจัดอันดับ โดยแบ่งเป็น 3 อันดับ ได้แก่

- ปี พ.ศ. 2545
- ปี พ.ศ. 2550
- ปี พ.ศ. 2554

2.5 การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล

การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน โดยกำหนดสถิติเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับแต่ละส่วน ดังนี้

1) การวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554

นำเสนอการอธิบายโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ในกรณีที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม (Categorical Variable) จะนำเสนอด้วย อัตราร้อยละ (Percentage) และในกรณีที่เป็นข้อมูลเชิงตัวเลข (Numerical Variable) จะนำเสนอด้วย อัตราร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

2) การวิเคราะห์ระดับและแนวโน้มวุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554

วุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทย เป็นข้อมูลเชิงตัวเลข จึงนำเสนอการอธิบายโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

3) การวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดที่มีอิทธิพลต่อวุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554

เป็นการวิเคราะห์แบบรวมข้อมูลภาคตัดขวาง (Pooled Cross-sectional Data) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 นำเสนอการอธิบายโดยใช้การวิเคราะห์การจำแนกหมู่ (Multiple Classification Analysis, MCA) ด้วยวิธี Experimental ซึ่งเป็นการตรวจสอบกลุ่มย่อยของตัวแปรอิสระแต่ละตัวว่ามีผลอย่างไรต่อตัวแปรตาม และตรวจสอบลักษณะผสมของตัวแปรอิสระหลายๆ ตัวว่ามีผลอย่างไรต่อตัวแปรตาม โดยจะเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มย่อยกับค่าเฉลี่ยรวม ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับตัวแปรตาม ทั้งก่อนและหลังการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ทั้งนี้ มีค่าสถิติ Eta และ Beta (ค่าความสัมพันธ์หลังจากที่มีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ) เป็นค่าสถิติที่แสดงถึงขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม มีค่าอยู่ระหว่าง 0 กับ 1 ดังนั้น Eta และ Beta จึงเหมาะสำหรับเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม ทั้งก่อนและหลังการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ตามลำดับ

บทที่ 3 ผลการวิจัย

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล จะแบ่งการนำเสนอออกเป็นสามส่วน ส่วนแรกเป็นลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุไทย ส่วนที่สองเป็นผลการวิเคราะห์ระดับและแนวโน้มวุฒิภาวะของผู้สูงอายุไทย และส่วนสุดท้ายเป็นผลการวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดที่มีอิทธิพลต่อวุฒิภาวะของผู้สูงอายุไทย จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554 โดยมีรายละเอียดเป็นลำดับดังต่อไปนี้

3.1 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2545 2550 2554 และแบบรวมข้อมูลทั้ง 3 ปี ปรากฏในตารางที่ 5 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 5 ร้อยละของผู้สูงอายุไทย จำแนกตามลักษณะทั่วไป

ลักษณะทั่วไป	ร้อยละ			
	พ.ศ.2545	พ.ศ.2550	พ.ศ.2554	รวม 3 ปี
จำนวนตัวอย่าง	11,424	17,101	16,557	45,082
ลักษณะทางประชากร				
1.เพศ				
หญิง	54.6	57.3	58.8	57.2
ชาย	45.4	42.7	41.2	42.8
2.อายุ (ปี)				
60-69 (วัยต้น)	64.8	60.4	59.1	61.1
70-79 (วัยกลาง)	28.5	32.2	33.4	31.7
80 ขึ้นไป (วัยปลาย)	6.7	7.4	7.5	7.2
อายุเฉลี่ย (ปี)	68.08	68.63	68.76	68.54
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	6.59	6.79	6.79	6.74
ค่าต่ำสุด	60	60	60	60
ค่าสูงสุด	98	102	102	102

(ยังมีต่อ)

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	ร้อยละ			รวม 3 ปี
	พ.ศ.2545	พ.ศ.2550	พ.ศ.2554	
ลักษณะทางสังคม				
3.เขตที่อยู่อาศัย				
นอกเขตเทศบาล (ชนบท)	72.3	72.5	67.7	70.7
ในเขตเทศบาล (เมือง)	27.7	27.5	32.3	29.3
4.การศึกษา				
ไม่มีการศึกษา	19.3	16.4	11.0	15.1
ประถมศึกษา	74.2	73.8	78.6	75.7
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	2.9	2.9	3.1	3.0
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	1.5	3.2	2.7	2.6
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	0.8	1.0	1.0	0.9
ปริญญาตรีขึ้นไป	1.3	2.7	3.6	2.7
5.สถานภาพสมรส				
โสด	1.9	2.6	3.6	2.8
สมรสและคู่สมรสอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน	66.6	60.0	58.1	61.0
สมรสและคู่สมรสไม่อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน	2.1	2.4	5.0	3.3
หม้าย/หย่า/แยก	29.4	35.0	33.3	32.9
ลักษณะทางเศรษฐกิจ				
6.รายได้ต่อปี (บาท)				
ต่ำกว่า 10,000	22.7	16.2	17.4	18.3
10,000-19,999	23.4	17.5	14.6	18.0
20,000-49,999	32.2	36.5	33.3	34.2
50,000 ขึ้นไป	21.7	29.8	34.7	29.5
7.สถานภาพการทำงาน				
ประกอบธุรกิจของตนเองโดยไม่มีลูกจ้าง	21.0	23.9	24.4	23.3
ช่วยธุรกิจของครัวเรือนโดยไม่ได้รับค่าจ้าง	6.0	6.4	8.5	7.1
นายจ้าง	1.5	1.6	1.4	1.5
ลูกจ้าง (รัฐบาล รัฐวิสาหกิจ เอกชน)	3.7	4.7	5.1	4.6
สมาชิกของการรวมกลุ่มการผลิต	0.1	0.1	0.1	0.1
ไม่ได้ทำงาน	67.7	63.3	60.5	63.4

(ยังมีต่อ)

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	ร้อยละ			รวม 3 ปี
	พ.ศ.2545	พ.ศ.2550	พ.ศ.2554	
ลักษณะทางพฤติกรรม				
8.การตรวจสุขภาพ				
ไม่ตรวจ	66.2	51.2	43.0	52.0
ตรวจ	33.8	48.8	57.0	48.0
9.การดูแลปรนนิบัติ				
ดูแลตนเอง	80.6	94.3	87.0	87.9
คู่สมรสเป็นผู้ดูแล	4.3	2.0	2.5	2.9
บุตร/คู่สมรสของบุตร/บุตรของบุตร เป็นผู้ดูแล	11.6	3.4	9.4	7.8
พ่อ/แม่/พี่/น้อง/ญาติ เป็นผู้ดูแล	3.1	0.2	0.8	1.2
คนอื่นเป็นผู้ดูแล	0.4	0.1	0.3	0.2
10.การออกกำลังกาย				
ไม่ออกกำลังกาย	18.4	20.5	22.2	20.4
ออกกำลังกาย	81.6	79.5	77.8	79.6

ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย

ลักษณะทางประชากร**เพศ**

กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุทั้ง 3 ปีที่สำรวจ พบว่า มีสัดส่วนของเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับโครงสร้างทางประชากรของประเทศไทย ที่มีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2553; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) ทั้งนี้ เนื่องจากเพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยสูงกว่าเพศชาย กล่าวคือ อัตราการตายของเพศหญิงต่ำกว่าเพศชาย ทำให้จำนวนการรอดชีวิตถึงวัยสูงอายุของเพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ ยังมีอายุเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีอัตราการตายต่ำกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ทำให้ในกลุ่มประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จะมีเพศหญิงมากกว่าเพศชายตามอายุที่เพิ่มขึ้น (จอห์น โนเดล และ นภาพร ชโยวรรณ, 2552, p. 8)

อายุ

เมื่อแบ่งอายุของผู้สูงอายุที่มีการสำรวจทั้ง 3 ปี ออกเป็น 3 กลุ่มอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) พบว่า ทั้ง 3 ปีที่สำรวจ ผู้สูงอายุวัยต้นเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนมากที่สุด โดยที่ผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย มีสัดส่วนรองลงมาตามลำดับ ทั้งนี้ ผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ยทั้ง 3 ปี ไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ ปี พ.ศ. 2545 มี

อายุเฉลี่ย 68.08 ปี ในขณะที่ปี พ.ศ. 2550 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.63 ปี และปี พ.ศ. 2554 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.76 ปี

อย่างไรก็ตาม สัดส่วนของผู้สูงอายุวัยต้นมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่สัดส่วนของผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจาก ประชากรไทยมีอายุคาดเฉลี่ยที่สูงขึ้น กล่าวคือ ประชากรไทยมีอัตราการตายที่ลดลงจากอดีต ประกอบกับประเทศไทยก็มีอัตราการเกิดที่ลดลง เมื่อเวลาผ่านไป ก็เกิดการเคลื่อนของจำนวนประชากรจากกลุ่มอายุน้อยซึ่งมีจำนวนมากกว่า ไปเป็นประชากรในกลุ่มอายุที่สูงขึ้น คาดว่าในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged society) นั่นคือ ประเทศไทยจะมีสัดส่วนของประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และก็คาดว่าในปี พ.ศ. 2574 สัดส่วนของประชากรที่อายุ 65 ปีขึ้นไป จะมีมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยก็จะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super-aged society) (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

ลักษณะทางสังคม

เขตที่อยู่อาศัย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยนอกเขตเทศบาลหรือเขตชนบท ทั้งในปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554 (ร้อยละ 72.3 ร้อยละ 72.5 และร้อยละ 67.7 ตามลำดับ) นอกนั้นเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลหรือเขตเมือง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จอห์น โนเดล และ นภาพร ชโยวรรณ (2552, p. 14) ที่พบว่า ประเทศไทยเป็นประเทศที่ส่วนใหญ่เป็นเขตชนบท กล่าวคือ ประชากรส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล และประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ก็อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลด้วย นอกจากนี้ การสูงอายุทางประชากรในเขตชนบทก็จะสูงกว่าในเขตเมือง ทั้งในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Mujahid, 2006)

การศึกษา

ผลการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2545 มีอยู่ร้อยละ 74.2 ในปี พ.ศ. 2550 มีอยู่ร้อยละ 73.8 และในปี พ.ศ. 2554 มีอยู่ร้อยละ 78.6 อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่มีการศึกษา พบว่า มีแนวโน้มลดลงจากปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554 (ร้อยละ 19.3 ร้อยละ 16.4 และร้อยละ 11.0 ตามลำดับ) ในขณะที่ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 1.3 ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 2.7 และร้อยละ 3.6 ในปี พ.ศ. 2550 และ 2554 ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงผลของการขยายระบบการศึกษาจากสถาบันการศึกษาต่างๆ และแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของการศึกษาภาคบังคับในช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุอยู่ในวัยเรียน (Knodel, 1997) ทำให้ผู้สูงอายุในอนาคตมีแนวโน้มที่จะมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น

สถานภาพสมรส

แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่สมรสและคู่สมรสอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน ทั้งในปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554 แต่เมื่อพิจารณาแนวโน้ม พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสดังกล่าว มีแนวโน้มลดลง (ร้อยละ 66.6 ร้อยละ 60.0 และร้อยละ 58.1 ตามลำดับ) ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด กลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 1.9 ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 3.6 ในปี พ.ศ. 2554 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า สัดส่วนของประชากรที่อยู่เป็นโสดชั่วชีวิตในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (Jones, 2008) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วย จากร้อยละ 29.4 ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 33.3 ในปี พ.ศ. 2554 ซึ่งเป็นผลกระทบจากการตายของคู่สมรส การแยกสลายของการสมรส และโอกาสที่ลดลงของการสมรสใหม่ที่เพิ่มขึ้นตามอายุ (จอห์น โนเดล และ นภาพร ชัยวรรณ, 2552, p. 16)

ลักษณะทางเศรษฐกิจ

รายได้

ผลการสำรวจทั้ง 3 ปี เกี่ยวกับรายได้ต่อปีของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีรายได้ 20,000-49,999 บาทต่อปี เป็นสัดส่วนมากที่สุด อาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ มีรายได้ต่อปีอยู่ในระดับที่สูงกว่าเส้นความยากจน ซึ่งเส้นความยากจนของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554 อยู่ที่ 19,272 24,072 และ 28,980 บาทต่อปี ตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2557) อย่างไรก็ตาม กลุ่มของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อปีต่ำกว่าเส้นความยากจน ยังคงมีสัดส่วนที่มากพอสมควรซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อปีสูงกว่าเส้นความยากจน ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินความยากจน พ.ศ. 2550 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2551) ว่าผู้สูงอายุไทยยังมีความยากจนอยู่

สถานภาพการทำงาน

ผลการสำรวจสถานภาพการทำงานของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน อย่างไรก็ตาม สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานมีแนวโน้มลดลง กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2545 มีอยู่ร้อยละ 67.7 ในปี พ.ศ. 2550 มีอยู่ร้อยละ 63.3 และในปี พ.ศ. 2554 ลดลงเหลือร้อยละ 60.5 ในทางกลับกัน สัดส่วนผู้สูงอายุที่ทำงาน พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556, p. 29) และเมื่อพิจารณาผู้สูงอายุที่ทำงาน จะประกอบธุรกิจของตนเองโดยไม่มีลูกจ้าง เป็นสัดส่วนมากที่สุด นอกจากนี้ เป็นที่น่าสังเกตว่า การเป็นสมาชิกของการรวมกลุ่มการผลิตของผู้สูงอายุนั้น ยังคงมีสัดส่วนที่ต่ำมาทุกๆ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุยังต้องพึ่งพาคนวัยอื่น ในการรวมกลุ่มประกอบอาชีพ เช่น การหาตลาด การทำบัญชี การเป็นแรงงานในการผลิต (กุศล สุนทรธาดา, 2553)

ลักษณะทางพฤติกรรม

การตรวจสุขภาพ

ผู้สูงอายุที่ตรวจสุขภาพ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ตรวจสุขภาพ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.8 ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 48.8 ในปี พ.ศ. 2550 และร้อยละ 57.0 ในปี พ.ศ. 2554 ทั้งนี้ สะท้อนให้เห็นถึงการตระหนักที่มีเพิ่มมากขึ้น ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อีกทั้งยังแสดงให้เห็นถึง การรณรงค์ ส่งเสริม จากภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยการขยายระบบบริการทางสุขภาพอย่างทั่วถึง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงสถานบริการทางสุขภาพได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการส่งเสริมบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุ ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2552, pp. 180-181)

การดูแลปรณินิบัติ

กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุทั้ง 3 ปี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ดูแลตนเอง และยังพบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ดูแลตนเอง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในขณะที่กลุ่มของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลปรณินิบัติ พบว่า บุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุนั้น จะเป็นบุตร/คู่สมรสของบุตร/บุตรของบุตร ในสัดส่วนมากที่สุด รองลงมาคือ คู่สมรสเป็นผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลปรณินิบัติจากกลุ่มบุคคลดังกล่าวนี้ มีแนวโน้มลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์อย่างรวดเร็วในอดีต มีผลกระทบต่อขนาดครอบครัวของผู้สูงอายุ ทำให้การเกื้อหนุนของบุตรที่มีต่อผู้สูงอายุด้านต่างๆ ลดลง ซึ่งส่งผลต่อสวัสดิภาพของผู้สูงอายุในอนาคต (จอห์น โนเดล และ นภาพร ชัยวรรณ, 2552, pp. 18-19)

การออกกำลังกาย

ผลการสำรวจเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ พบว่า ในปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ออกกำลังกาย แต่เมื่อพิจารณาแนวโน้ม กลับพบว่า มีแนวโน้มลดลง โดยลดลงจากร้อยละ 81.6 เหลือร้อยละ 79.5 และร้อยละ 77.8 ตามลำดับ ซึ่งให้ผลสอดคล้องกับรายงานการศึกษาโครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกายต่ำกว่าเป้าหมาย (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2552, pp. 46-47)

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้มีการแสดงข้อมูลสัดส่วนการกระจายของช่วงวัยผู้สูงอายุ (วัยต้น วัยกลาง วัยปลาย) จำแนกตามคุณลักษณะต่างๆ แบบรวมข้อมูลทั้ง 3 ปี (พ.ศ. 2545 2550 และ 2554) โดยสามารถดูรายละเอียดได้ในภาคผนวก ง

3.2 ระดับและแนวโน้มวุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ต้องการทราบระดับและแนวโน้มวุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทย ผู้วิจัยจึงนำค่าคำตอบจากคำถามมาแปลงเป็นคะแนนจากตัวชี้วัดต่างๆ ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคง แล้วนำมาสร้างเป็นดัชนีองค์ประกอบทั้ง 3 ด้านของวุฒิวิัย โดยเป็นตัวชี้วัดเดียวกันตลอด 3 ปี ที่มีการสำรวจ จากนั้นนำค่าดัชนีวุฒิวิัยและดัชนีองค์ประกอบของวุฒิวิัยที่ได้ ซึ่งมีค่าแปรผันตั้งแต่ 0.000 ถึง 1.000 มาเทียบกับเกณฑ์การแบ่งระดับดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index: HDI) ของโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP, 2014, p. 156) ที่สร้างเพื่อวัดคุณภาพชีวิต ดังนี้

0.000 – 0.549	หมายถึง ระดับต่ำ
0.550 – 0.699	หมายถึง ระดับปานกลาง
0.700 – 0.799	หมายถึง ระดับสูง
0.800 – 1.000	หมายถึง ระดับสูงมาก

ผลการศึกษาระดับและแนวโน้มวุฒิวิัยทั้งในภาพรวมและแต่ละด้าน (ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคง) ของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2545 2550 2554 และแบบรวมข้อมูลทั้ง 3 ปี ปรากฏในตารางที่ 6 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของดัชนีวุฒิวิัยและดัชนีองค์ประกอบของวุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทย

ดัชนี	พ.ศ.2545	พ.ศ.2550	พ.ศ.2554	รวม 3 ปี
วุฒิวิัย				
ค่าเฉลี่ย	0.525	0.584	0.591	0.572
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	0.11	0.10	0.11	0.11
ค่าต่ำสุด	0.049	0.148	0.098	0.049
ค่าสูงสุด	0.918	0.956	0.985	0.985
ด้านสุขภาพ				
ค่าเฉลี่ย	0.791	0.826	0.831	0.819
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	0.14	0.12	0.11	0.12
ค่าต่ำสุด	0.042	0.153	0.088	0.042
ค่าสูงสุด	1.000	1.000	1.000	1.000

(ยังมีต่อ)

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ดัชนี	พ.ศ.2545	พ.ศ.2550	พ.ศ.2554	รวม 3 ปี
ด้านการมีส่วนร่วม				
ค่าเฉลี่ย	0.151	0.170	0.178	0.169
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	0.16	0.17	0.19	0.18
ค่าต่ำสุด	0.000	0.000	0.000	0.000
ค่าสูงสุด	1.000	1.000	1.000	1.000
ด้านความมั่นคง				
ค่าเฉลี่ย	0.632	0.757	0.764	0.728
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	0.23	0.18	0.19	0.21
ค่าต่ำสุด	0.000	0.000	0.000	0.000
ค่าสูงสุด	1.000	1.000	1.000	1.000

ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2545 มีค่าเฉลี่ยของวุฒิวิทย์ในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ คือ 0.525 ส่วนในปี พ.ศ. 2550 และ 2554 มีค่าเฉลี่ยของวุฒิวิทย์ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือ 0.584 และ 0.591 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยของวุฒิวิทย์ในภาพรวมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับตลอดทั้ง 3 ปี

เมื่อพิจารณาวุฒิวิทย์ในแต่ละด้าน ได้แก่ วุฒิวิทย์ด้านสุขภาพ พบว่า ในปี พ.ศ. 2545 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.791 ซึ่งอยู่ในระดับสูง ส่วนในปี พ.ศ. 2550 และ 2554 มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมาก คือ 0.826 และ 0.831 ตามลำดับ อีกทั้ง ค่าเฉลี่ยของวุฒิวิทย์ด้านสุขภาพ ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับตลอดทั้ง 3 ปี สำหรับวุฒิวิทย์ด้านการมีส่วนร่วม พบว่า ในปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554 ผู้สูงอายุไทยมีค่าเฉลี่ยของวุฒิวิทย์ด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำ คือ 0.151 0.170 และ 0.178 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาแนวโน้ม ก็พบว่า วุฒิวิทย์ด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับตลอดทั้ง 3 ปี ส่วนวุฒิวิทย์ด้านความมั่นคง พบว่า ในปี พ.ศ. 2545 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.632 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนในปี พ.ศ. 2550 และ 2554 มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง คือ 0.757 และ 0.764 ตามลำดับ อีกทั้ง ค่าเฉลี่ยของวุฒิวิทย์ด้านความมั่นคง ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับตลอดทั้ง 3 ปี

จึงสรุปได้ว่า วุฒิวิทย์ในภาพรวมของผู้สูงอายุไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554 เมื่อพิจารณาวุฒิวิทย์ในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคง ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีวุฒิวิทย์ด้านสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ดีที่สุด รองลงมาคือ วุฒิวิทย์ด้านความมั่นคง ในขณะที่ วุฒิวิทย์ด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในเกณฑ์แย่

ที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยที่ต่ำมากเมื่อเทียบกับค่าสูงสุด ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะประเทศไทย มีแผนการดำเนินงานและนโยบายด้านผู้สูงอายุ จากหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ที่เน้นการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นหลักอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งมีการส่งเสริมการสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจ การส่งเสริมการออม และมีระบบบำนาญแห่งชาติ ส่วนด้านการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคมนั้น ยังมีไม่มาก ประกอบกับผู้สูงอายุไทยอาจจะเน้นเรื่องการดูแลสุขภาพและความมั่นคงทางเศรษฐกิจ เป็นหลักในการดำรงชีวิตมากกว่าการทำกิจกรรมอื่นๆ ทางสังคม (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556)

อย่างไรก็ตาม วุฒิวัยด้านสุขภาพของการศึกษาครั้งนี้ ยังมีข้อจำกัดที่วัดจากตัวชี้วัดด้านสุขภาพเพียงบางส่วน ในขณะที่ตัวชี้วัดด้านสุขภาพที่สำคัญ เช่น การเป็นโรคเรื้อรัง ไม่ได้ถูกนำมาเป็นตัวชี้วัด อีกทั้ง ผลการประเมินสุขภาพด้วยตนเองที่นำมาเป็นตัวชี้วัด ก็ไม่ได้เป็นผลการตรวจสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ และการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ก็ไม่ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวนี้มีโอกาสที่จะมีปัญหาด้านสุขภาพ นอกจากนี้ ตัวชี้วัดด้านการมีส่วนร่วม ก็จะใช้เพียงผลของการเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม และผลของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมเท่านั้น และตัวชี้วัดด้านความมั่นคง ก็จะใช้เพียงการประเมินความเพียงพอของรายได้ด้วยตนเอง ความเป็นเจ้าของบ้าน และจำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกัน ซึ่งอาจมีผลต่อค่าดัชนีวุฒิวัยที่คำนวณได้

3.3 ปัจจัยกำหนดวุฒิวัยของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554

ในส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกำหนดต่างๆ กับวุฒิวัยของผู้สูงอายุไทยใน 3 ปี คือ พ.ศ. 2545 2550 และ 2554 โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การจำแนกหมู่ เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยกำหนดที่มีอิทธิพลต่อวุฒิวัยของผู้สูงอายุไทย ซึ่งมีตัวแปรอิสระทั้งหมด 11 ตัวแปร ภายใต้ปัจจัยกำหนดต่างๆ ดังนี้

ปัจจัยทางประชากร ได้แก่ เพศ และอายุ

ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย การศึกษา และสถานภาพสมรส

ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ และสถานภาพการทำงาน

ปัจจัยทางพฤติกรรม ได้แก่ การตรวจสุขภาพ การดูแลปรนนิบัติ และการออกกำลังกาย

ปัจจัยทางเวลา ได้แก่ ปีที่สำรวจ

สำหรับการวิเคราะห์การจำแนกหมู่ เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม ทั้งที่ควบคุมและไม่ควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระต่างๆ ซึ่งผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ออกเป็นสองส่วน คือ ส่วนแรกเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในระดับสองตัวแปร (สมการไม่ปรับ) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับตัวแปรตาม และส่วนที่สองเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในระดับหลายตัวแปร (สมการปรับ 1 - 6) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์

ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม หลังจากหาค่าควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ แล้ว โดยมีรายละเอียดในแต่ละสมการดังนี้

- สมการไม่ปรับ เป็นการวิเคราะห์ในระดับสองตัวแปร
 - สมการปรับ 1 เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากรกับบุคลิกภาพของผู้สูงอายุไทย
 - สมการปรับ 2 เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมกับบุคลิกภาพของผู้สูงอายุไทย
 - สมการปรับ 3 เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางเศรษฐกิจกับบุคลิกภาพของผู้สูงอายุไทย
 - สมการปรับ 4 เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางพฤติกรรมกับบุคลิกภาพของผู้สูงอายุไทย
 - สมการปรับ 5 เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางเวลากับบุคลิกภาพของผู้สูงอายุไทย
 - สมการปรับ 6 เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยทางเวลากับบุคลิกภาพของผู้สูงอายุไทย
- ผลการวิเคราะห์การจำแนกพหุ พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีบุคลิกภาพโดยเฉลี่ย (Grand Mean) เท่ากับ 0.572 และเมื่อวิเคราะห์การจำแนกตามกลุ่มรายการของตัวแปรอิสระในปัจจัยกำหนดต่างๆ ทั้งก่อนควบคุมและหลังควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีบุคลิกภาพแตกต่างกันออกไป ซึ่งผลปรากฏดังตารางที่ 7 และมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 7 วุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทย จำแนกตามปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยทางเวลา โดยการวิเคราะห์การจำแนกพหุ

ตัวแปร	จำนวน ตัวอย่าง	สมการ ไม่ปรับ	สมการปรับ						
			1	2	3	4	5	6	
ผู้สูงอายุไทยมีวุฒิวิัย โดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.572	45,082								
ปัจจัยทางประชากร									
1.เพศ									
หญิง	25,775	0.559	0.559						0.571
ชาย	19,307	0.589	0.589						0.573
Eta/Beta		0.134	0.132						0.009
p-value		0.000	0.000						0.050
2.อายุ									
Coefficient	45,082	-0.004	-0.004						-0.002
p-value		0.000	0.000						0.000
ปัจจัยทางสังคม									
3.เขตที่อยู่อาศัย									
นอกเขตเทศบาล (ชนบท)	31,873	0.581		0.582					0.583
ในเขตเทศบาล (เมือง)	13,209	0.559		0.548					0.546
Eta/Beta		0.122		0.139					0.153
p-value		0.000		0.000					0.000
4.การศึกษา									
ไม่มีการศึกษา	6,828	0.530		0.535					0.553
ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า	34,116	0.577		0.575					0.573
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	2,512	0.589		0.595					0.580
สูงกว่ามัธยมศึกษา	1,626	0.615		0.629					0.609
Eta/Beta		0.173		0.171					0.095
p-value		0.000		0.000					0.000

(ยังมีต่อ)

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน ตัวอย่าง	สมการ ไม่ปรับ	สมการปรับ					
			1	2	3	4	5	6
5.สถานภาพสมรส								
โสด	1,250	0.501		0.500				0.497
สมรสและอยู่ด้วยกัน	27,900	0.599		0.597				0.594
สมรสแต่ไม่อยู่ด้วยกัน	1,480	0.541		0.542				0.535
หม้าย/หย่า/แยก	14,852	0.530		0.534				0.542
Eta/Beta		0.315		0.290				0.255
p-value		0.000		0.000				0.000
ปัจจัยทางเศรษฐกิจ								
6.รายได้ต่อปี (บาท)								
ต่ำกว่า 10,000	8,234	0.530			0.537			0.550
10,000 – 19,999	8,094	0.555			0.559			0.561
20,000 – 49,999	15,425	0.581			0.580			0.577
50,000 ขึ้นไป	13,329	0.597			0.592			0.584
Eta/Beta		0.219			0.178			0.111
p-value		0.000			0.000			0.000
7.สถานภาพการทำงาน								
ไม่ได้เป็นลูกจ้าง	14,414	0.608			0.602			0.586
เป็นลูกจ้าง	2,066	0.575			0.569			0.561
ไม่ได้ทำงาน	28,602	0.554			0.557			0.566
Eta/Beta		0.227			0.187			0.085
p-value		0.000			0.000			0.000
ปัจจัยทางพฤติกรรม								
8.การตรวจสอบสุขภาพ								
ไม่ตรวจ	23,433	0.563				0.569		0.568
ตรวจ	21,649	0.581				0.575		0.576
Eta/Beta		0.081				0.028		0.034
p-value		0.000				0.000		0.000

(ยังมีต่อ)

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน ตัวอย่าง	สมการ ไม่ปรับ	สมการปรับ					
			1	2	3	4	5	6
9.การดูแลปรนนิบัติ								
ดูแลตนเอง	30,592	0.592				0.585		0.579
มีผู้อื่นดูแล	14,490	0.530				0.545		0.557
Eta/Beta		0.258				0.168		0.093
p-value		0.000				0.000		0.000
10.การออกกำลังกาย								
ไม่ออกกำลังกาย	16,508	0.534				0.546		0.557
ออกกำลังกาย	28,574	0.594				0.587		0.581
Eta/Beta		0.263				0.175		0.104
p-value		0.000				0.000		0.000
ปัจจัยทางเวลา								
11.ปีที่สำรวจ								
พ.ศ.2545	14,424	0.525					0.525	0.551
พ.ศ.2550	17,101	0.584					0.584	0.574
พ.ศ.2554	16,557	0.591					0.591	0.584
Eta/Beta		0.249					0.249	0.115
p-value		0.000					0.000	0.000
R ²			0.065	0.137	0.082	0.092	0.062	0.264
p-value			0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย

ปัจจัยทางประชากร

เพศ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับวุฒิวยของผู้สูงอายุในระดับสองตัวแปร หรือก่อนการควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ (สมการไม่ปรับ) พบว่า ความสัมพันธ์มีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้สูงอายุชายจะมีวุฒิวยโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง ดังจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุชายมีวุฒิวยโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.589 ซึ่งมากกว่าผู้สูงอายุหญิงที่มีวุฒิวยโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.559 โดยตัวแปรเพศมีความสัมพันธ์กับวุฒิวยของผู้สูงอายุเท่ากับ 0.134 (ค่า Eta เท่ากับ 0.134) และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ภายใต้ปัจจัยทางประชากร (สมการปรับ 1) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับวุฒิวยของผู้สูงอายุยังคงมีทิศทางเหมือนกันกับความสัมพันธ์เดิม ในระดับสองตัวแปร กล่าวคือ ผู้สูงอายุชายยังคงมีค่าเฉลี่ยของวุฒิวยมากกว่าผู้สูงอายุหญิง แต่มีระดับของความสัมพันธ์ที่ลดลง (ค่า Eta เท่ากับ 0.134 เปรียบเทียบกับค่า Beta เท่ากับ 0.132) และเป็นความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่าตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ภายใต้ปัจจัยทางประชากรมีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับวุฒิวยของผู้สูงอายุ และเมื่อควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ทุกตัวทั้งที่เป็นตัวแปรภายใต้ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยทางเวลา (สมการปรับ 6) พบว่า ทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับวุฒิวยของผู้สูงอายุ ยังคงไม่เปลี่ยนแปลงไปจากความสัมพันธ์เดิมในระดับสองตัวแปร แต่ค่าเฉลี่ยวุฒิวยของผู้สูงอายุชายมากกว่าค่าเฉลี่ยวุฒิวยของผู้สูงอายุหญิงเพียงเล็กน้อย (0.573 เปรียบเทียบกับ 0.571 ตามลำดับ) อีกทั้ง ค่าระดับความสัมพันธ์ก็ลดลงอย่างมาก คือ 0.009 (ค่า Beta เท่ากับ 0.009) แต่ก็ยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า ตัวแปรอิสระบางตัวภายใต้ปัจจัยกำหนดอื่นๆ ทั้ง 5 ปัจจัย เข้ามามีอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับวุฒิวยของผู้สูงอายุ ค่าระดับความสัมพันธ์จึงลดลงอย่างมาก และยิ่งน่าจะเป็นผลมาจากที่กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่ (45,082 ราย) จึงทำให้พบนัยสำคัญทางสถิติระหว่างเพศกับวุฒิวยของผู้สูงอายุ

การที่ผู้สูงอายุเพศชายมีวุฒิวยสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Thanakwang K. and Soonthornhdhada K. (2006) และ Supachet Chansarn (2012) ซึ่งสามารถอธิบายได้จาก เพศชายชอบออกกำลังกายและเข้าร่วมกิจกรรมทางกีฬามากกว่าเพศหญิง จึงเป็นผลดีต่อสุขภาพ ตลอดจนมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและเศรษฐกิจมากกว่าเพศหญิง (ฉันทนา กาญจนพันธ์, 2530) ทำให้มีโอกาสในการหารายได้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุกฤษณ์ มีชูทรัพย์ วิไลวรรณ ทองเจริญ และ จันทนา รณฤทธิ์วิชัย (2535) อีกทั้งส่วนหนึ่งน่าจะมาจากการทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวของเพศชาย ซึ่งต้องเป็นที่พึ่งทางเศรษฐกิจ โดยสร้างความมั่นคงให้กับตนเองและสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุยังคงได้รับอิทธิพลจากสังคมไทยในอดีตที่กำหนดบทบาทให้เพศชายต้องเป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงเป็นแม่บ้าน และต้องให้ความเคารพในการเป็นผู้นำครอบครัวของเพศชาย ขณะเดียวกัน เพศชายยังได้รับความเคารพนับถือและยกย่องจากสังคม ในขณะที่ผู้สูงอายุเพศหญิงอาจจะมีความรู้สึกที่ว่า ตนเองมีความสามารถทางด้านร่างกายต่ำกว่าเพศชายและมีการปรับตัวได้ยากกว่า รวมทั้งผู้สูงอายุเพศหญิงมีระดับการพึ่งพาผู้อื่น และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย สิ่งต่างๆ เหล่านี้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเพศชายมีวุฒิวยสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

อายุ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับวุฒิวยของผู้สูงอายุก่อนการควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ (สมการไม่ปรับ) พบว่า ความสัมพันธ์มีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่าจะมีวุฒิวยโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า ดังจะเห็นได้จากค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Coefficient) เท่ากับ -0.004 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ภายใต้ปัจจัยทางประชากร (สมการปรับ 1) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับวุฒิวยของผู้สูงอายุ ยังคงมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่าจะมีวุฒิวยโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า ซึ่งจะเห็นได้จากค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ -0.004 และเป็นความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ทุกตัวทั้งที่เป็นตัวแปรภายใต้ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยทางเวลา (สมการปรับ 6) พบว่า ทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับวุฒิวยของผู้สูงอายุ ยังคงไม่เปลี่ยนแปลงไปจากความสัมพันธ์เดิมในระดับสองตัวแปร กล่าวคือ เมื่ออายุเพิ่มขึ้น 1 ปี จะทำให้วุฒิวยของผู้สูงอายุลดลง 0.002 (ค่า Coefficient เท่ากับ -0.002) และยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้น อายุจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับวุฒิวยของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง เพราะเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระทุกตัวภายใต้ปัจจัยกำหนดทั้ง 5 ปัจจัยแล้ว ยังคงพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่าจะมีวุฒิวยโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า จึงสามารถสรุปได้ว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้วุฒิวยของผู้สูงอายุลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535, p. 114) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตโดยรวมและทุกด้าน และเมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะมีการดูแลตัวเองได้น้อยลง มีระดับการพึ่งพาสูงขึ้น (สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล, 2557, p. 241) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากความเสื่อมของเซลล์ต่างๆ ภายในร่างกาย ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย อีกทั้งเมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดน้อยลง โดยเฉพาะกิจกรรมในชีวิตประจำวันส่งผลให้เกิดการพึ่งพาในระดับสูง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเป็นภาระ รู้สึกมีคุณค่าลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดต่ำลง อาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุวัยต้น มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกายตามกระบวนการชราไปไม่มาก ยังพอที่จะช่วยเหลือตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง แต่เมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่วัยกลางและวัยปลาย ก็เริ่มมีการพึ่งพาคนอื่น เนื่องจากเริ่มมีปัญหาสุขภาพและโรคประจำตัวมากขึ้น และเมื่อต้องพึ่งพาผู้อื่น จะทำให้ตนเองรู้สึกว่าตนเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ย่อมส่งผลกระทบต่อวุฒิวยของผู้สูงอายุได้ กล่าวคือ เมื่อสุขภาพเริ่มไม่ดีก็จะมีการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ไม่สามารถทำงานต่างๆ ที่ก่อให้เกิดรายได้ หลักประกันความมั่นคงทางเศรษฐกิจก็จะลดลง อีกทั้งผู้สูงอายุวัยต้นจะเป็นกลุ่มที่มีส่วนร่วมทำกิจกรรมในชุมชน มากกว่าผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า เมื่ออายุมากขึ้นระดับการพึ่งพาสูงขึ้น การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ

ก็ยากลำบากมากขึ้น โดยผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าเป็นภาระ ทำให้ตนเองรู้สึกว่ามีคุณค่าลดลง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตไม่ดี (ประภาพร จินันทุยา, 2536; สะอิ่ง ชวรังกูร, 2538; อูมาพร อุดมทรัพย์ากุล, 2536) นอกจากนี้เมื่อผู้สูงอายุที่อายุมากขึ้น ก็จะทำงานน้อยลง จึงทำให้โอกาสที่จะมีรายได้เพื่อสร้างความมั่นคงในชีวิตลดลง (กุลล สุนทรธาดา, 2553, p. 75)

ปัจจัยทางสังคม

เขตที่อยู่อาศัย

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยกับวุฒิวยของผู้สูงอายุในระดับสองตัวแปร (สมการไม่ปรับ) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยนอกเขตเทศบาล (ชนบท) จะมีวุฒิวยโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล (เมือง) (0.581 เปรียบเทียบกับ 0.559 ตามลำดับ) ข้อค้นพบบ่งชี้ว่ามีทิศทางตรงกันข้ามกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีระดับความสัมพันธ์เท่ากับ 0.122 (ค่า Eta เท่ากับ 0.122) และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ภายใต้ปัจจัยทางสังคม (สมการปรับ 2) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยกับวุฒิวยของผู้สูงอายุ ยังคงมีทิศทางเหมือนกันกับความสัมพันธ์เดิมในระดับสองตัวแปร และวุฒิวยโดยเฉลี่ยจะไม่แตกต่างกันมากจากสมการไม่ปรับ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยนอกเขตเทศบาล มีวุฒิวยโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.582 และผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล มีวุฒิวยโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.548 อย่างไรก็ตาม เมื่อปรับสมการ ระดับความสัมพันธ์ก็เพิ่มขึ้น (ค่า Eta เท่ากับ 0.122 เปรียบเทียบกับ ค่า Beta เท่ากับ 0.139) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า ตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ภายใต้ปัจจัยทางสังคมไม่ได้มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยกับวุฒิวยของผู้สูงอายุ และเมื่อควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ทุกตัวทั้งที่เป็นตัวแปรภายใต้ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยทางเวลา (สมการปรับ 6) พบว่า วุฒิวยโดยเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่อาศัยนอกเขตเทศบาล ยังคงสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล (0.583 เปรียบเทียบกับ 0.546 ตามลำดับ) และระดับความสัมพันธ์ก็เพิ่มขึ้นเป็น 0.153 (ค่า Beta เท่ากับ 0.153) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จึงอาจกล่าวได้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยกับวุฒิวยของผู้สูงอายุ เป็นความสัมพันธ์กันอย่างแท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ กุลล สุนทรธาดา และ กมลชนก ขำสุวรรณ (2553, p. 35) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาล มีระดับวุฒิวยมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ประมาณ 2 เท่า ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่อาศัยในเมือง อาจประสบปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบท เนื่องจากมีโอกาสน้อยที่จะใช้พื้นที่ในการประกอบกิจกรรมทางกีฬาหรือออกกำลังกาย ประกอบกับมีความเร่งรีบในการใช้ชีวิตประจำวันของสังคมในเมือง ซึ่งมาพร้อมกับปัญหาและความวุ่นวายที่มีมากกว่าสังคมในชนบท ส่งผลให้เกิดปัญหาทางสภาพจิตใจของ

ผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุในเมืองอาจต้องใช้ชีวิตอยู่ตามลำพัง ทำให้เกิดความรู้สึกเหงา เดียวดาย ไม่มีกลุ่มเพื่อนฝูงที่เข้ามาปฏิสัมพันธ์หรือทำกิจกรรมด้วย อาจอธิบายได้ว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบทของไทย ยังคงมีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน จากสมาชิกทั้งในครอบครัวและชุมชน จึงมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอันดี ทำให้มีการทำกิจกรรมต่างๆ และเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า โดยจะส่งผลอย่างมากกับวุฒิวยด้านการมีส่วนร่วม (Sutham Nanthamongkolchai Arunsiri Makapat Phitaya Charupoonphol and Chokchai Munsawaengsub, 2007, p. 157; ชูติเดช เจียนดอน นวรัตน์ สุวรรณผ่อง ฉวีวรรณ บุญสุยา และ นพพร ไทวธีระกุล, 2554, p. 233) กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบท จะเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ สูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมือง เนื่องจากลักษณะทางพื้นที่ในเชิงวิถีชีวิต และความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ที่อาศัยในเขตชนบทนั้น เอื้อต่อการรวมกลุ่มและจัดกิจกรรม ได้มากกว่าผู้ที่อาศัยในเขตเมือง นอกจากนี้ อาจเป็นไปได้ว่าพื้นที่ที่มีความเป็นเมืองสูงกว่า บุคคลจะมีความสนใจในเรื่องสังคมและเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก หรืออาจกล่าวได้ว่า ผู้ที่อาศัยในเขตชนบท มีความพอเพียงของรายได้ในการดำรงชีวิตมากกว่าผู้ที่อาศัยในเขตเมือง ในทางตรงกันข้าม ผู้สูงอายุที่อาศัยในเมืองจะมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าในการดำรงชีวิต ทำให้มีเงินออมเพื่อสร้างความมั่นคงน้อยกว่า และผลการศึกษาเรื่อง การเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุของผู้ที่อายุ 50-59 ปี ก็พบว่า ผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีแนวโน้มในการเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุด้านที่อยู่อาศัย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวุฒิวยด้านความมั่นคง มากกว่าผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาล (สุภาพรณ์ คำเรืองฤทธิ์, 2556, p. 71)

การศึกษา

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับวุฒิวยของผู้สูงอายุ ก่อนการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ (สมการไม่ปรับ) พบว่า ความสัมพันธ์มีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า จะมีวุฒิวยโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ดังจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา มีวุฒิวยโดยเฉลี่ยสูงสุดคือ 0.615 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (0.589) ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่า (0.577) และผู้สูงอายุที่ไม่มีการศึกษา (0.530) ตามลำดับ โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ 0.173 (ค่า Eta เท่ากับ 0.173) และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ภายใต้ปัจจัยทางสังคม (สมการปรับ 2) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับวุฒิวยของผู้สูงอายุ ยังคงมีทิศทางเหมือนกันกับความสัมพันธ์เดิมในระดับสองตัวแปร กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า จะมีวุฒิวยโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่า แต่มีระดับความสัมพันธ์ลดลง (ค่า Eta เท่ากับ 0.173 เปรียบเทียบกับค่า Beta เท่ากับ 0.171) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่าตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ภายใต้ปัจจัยทางสังคม มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับวุฒิวยของผู้สูงอายุ สำหรับการควบคุมตัวแปร

อิสระตัวอื่นๆ ทุกตัวทั้งที่เป็นตัวแปรภายใต้ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยทางเวลา (สมการปรับ 6) พบว่า ทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ ก็ยังคงเป็นไปในทิศทางเดิม กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า จะมีบุคลิกภาพโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า โดยมีระดับความสัมพันธ์ที่ลดลงค่อนข้างมาก (ค่า Beta เท่ากับ 0.095) และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า ตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ภายใต้ปัจจัยกำหนดทั้ง 5 ปัจจัย มีอิทธิพลค่อนข้างมากต่อความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ แต่ก็ยังนับได้ว่าการศึกษาคือตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ

จึงสามารถสรุปได้ว่า การศึกษามีอิทธิพลต่อบุคลิกภาพของผู้สูงอายุไทย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร จินนทญา (2536, p. 81) สุวิมล พนาวัฒนากุล (2534) และ พนิษฐา พานิชชาชีวะกุล (2537, p. 109) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่า มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบุคคลที่มีการศึกษาสูงกว่า มีโอกาสในการเลือกดำเนินชีวิตมากกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำกว่า เพราะการศึกษาจะช่วยทำให้บุคคลเป็นผู้ที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้มาก มักเป็นผู้สนใจตัวเอง โดยเฉพาะสุขภาพกายและสุขภาพใจ สนใจสถานการณ์รอบตัว สามารถประเมินและแสดงบทบาทของตนเองได้เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ พฤติกรรมนี้จะสืบเนื่องไปจนเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาดี้นั้นจะสามารถนำความรู้และประสบการณ์ของตน มาปรับใช้กับตัวเองรวมทั้งบุคคลรอบตัว และเป็นผู้ที่มีโลกทัศน์กว้าง ต่างจากผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาน้อย (วนิดา นิรมย์, 2538, p. 24) อีกทั้งมีงานวิจัยที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเอง (ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535, p. 117) ผู้ที่มีการศึกษาระดับสูงมักจะมองโลกในลักษณะที่กว้าง เพราะการได้รับข้อมูลหรือข่าวสารหลากหลาย ทำให้ผู้ที่มีการศึกษาสูงยอมรับใช้เหตุผลบางอย่างมาประกอบการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ เช่น ความเชื่อ ค่านิยม เป็นต้น ระดับการศึกษายังเป็นตัวแปรทางสังคม ที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางความคิดเห็น ทักษะคติ ตลอดจนการแสดงความสามารถของบุคคล ทำให้บุคคลสามารถเลือกเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคมได้อย่างเหมาะสม และผู้สูงอายุที่มีการปฏิบัติภารกิจหรือกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ จะมีความพึงพอใจในชีวิตและปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ปฏิบัติกิจกรรมใดๆ (Havighurst 1953 อ้างถึงใน สุรกุล เจนอบรม, 2534) นอกจากนี้ ผลการศึกษาเรื่องการเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุของผู้ที่อายุ 50-59 ปี ของสุภาภรณ์ คำเรืองฤทธิ์ (2556, p. 71) พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า จะมีแนวโน้มในการเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุด้านสุขภาพและด้านการเงิน เพื่อสร้างหลักประกันความมั่นคงในชีวิต มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่า มีระดับบุคลิกภาพสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า

สถานภาพสมรส

สำหรับผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับบุคลิกของผู้สูงอายุในระดับสองตัวแปร (สมการไม่ปรับ) พบว่า ความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรส จะมีบุคลิกโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสกลุ่มอื่นๆ ดังจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่สมรสและอยู่ด้วยกันมีบุคลิกโดยเฉลี่ยสูงสุด คือ เท่ากับ 0.599 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่สมรสแต่ไม่อยู่ด้วยกัน มีบุคลิกโดยเฉลี่ย เท่ากับ 0.541 ผู้สูงอายุที่เคยสมรส (หม้าย/หย่า/แยก) มีบุคลิกโดยเฉลี่ย เท่ากับ 0.530 และผู้สูงอายุที่โสด มีบุคลิกโดยเฉลี่ย เท่ากับ 0.501 ตามลำดับ โดยสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับบุคลิกของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.315 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ภายใต้ปัจจัยทางสังคม (สมการปรับ 2) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับบุคลิกของผู้สูงอายุ ยังมีทิศทางเหมือนกันกับความสัมพันธ์ในระดับสองตัวแปร กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่สมรสและอยู่ด้วยกัน มีบุคลิกโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสกลุ่มอื่นๆ แต่ระดับความสัมพันธ์แตกต่างจากความสัมพันธ์ในระดับสองตัวแปร เล็กน้อย (ค่า Eta เท่ากับ 0.315 เปรียบเทียบกับค่า Beta เท่ากับ 0.290) และยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่าตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ภายใต้ปัจจัยทางสังคมมีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับบุคลิกของผู้สูงอายุไม่มากนัก เมื่อควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ทุกตัวทั้งที่เป็นตัวแปรภายใต้ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยทางเวลา (สมการปรับ 6) พบว่า ทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับบุคลิกของผู้สูงอายุ แตกต่างจากจากความสัมพันธ์เดิมในระดับสองตัวแปรเล็กน้อย กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่สมรสและอยู่ด้วยกัน มีบุคลิกโดยเฉลี่ยสูงสุด คือ เท่ากับ 0.594 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่เคยสมรส (หม้าย/หย่า/แยก) มีบุคลิกโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.542 ผู้สูงอายุที่สมรสแต่ไม่อยู่ด้วยกัน มีบุคลิกโดยเฉลี่ย เท่ากับ 0.535 และผู้สูงอายุที่โสด มีบุคลิกโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.497 ตามลำดับ โดยที่สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับบุคลิกของผู้สูงอายุเท่ากับ 0.255 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า ตัวแปรอิสระบางตัวภายใต้ปัจจัยกำหนดทั้ง 5 ปัจจัย มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับบุคลิกของผู้สูงอายุ จึงทำให้ความสัมพันธ์ที่แท้จริงปรากฏออกมา

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า ตัวแปรสถานภาพสมรสมีอิทธิพลต่อบุคลิกของผู้สูงอายุไทย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กุศล สุนทรธาดา และ กมลชนก ขำสุวรรณ (2553, p. 35) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ร่วมกับคู่สมรส มีโอกาสเป็นผู้ที่มีระดับบุคลิกมากกว่า 3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก สถานภาพสมรสเป็นลักษณะทางประชากรที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตความเป็นอยู่ โดยเฉพาะความรู้สึกรักใคร่ ความเชื่อ รวมถึงวิถีปฏิบัติของบุคคล การที่บุคคลกำลังดำเนินชีวิตครอบครัวอยู่กับคู่สมรสของตน คู่สมรสถือได้ว่าเป็นเพื่อน คู่ทุกข์คู่ยาก คอยช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน ทำให้มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต ไม่รู้สึกเหงาหรือ

ว่าแห้ว ซึ่งเป็นหลักประกันความมั่นคงอย่างหนึ่งว่า จะไม่อยู่อย่างโดดเดี่ยว อีกทั้งช่วยส่งเสริมซึ่งกันและกันให้มีกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การพบปะสังสรรค์กับเพื่อนหรือญาติ การเข้าร่วมกลุ่มของสมาชิกในชุมชน ส่วนผู้ที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ เช่น หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ เมื่อขาดคู่ของตนไปย่อมเกิดความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว ซึ่งเป็นความรู้สึกเชิงลบที่มีต่อสุขภาพจิตของตนเอง (วนิดา นิรมย์, 2538, p. 20) ผู้สูงอายุที่สมรสและอยู่ด้วยกัน จึงมีโอกาสเป็นผู้สูงอายุที่มีวุฒิภาวะระดับสูงมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดและสถานภาพอื่นๆ นอกจากนี้ ในการเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุของผู้ที่อายุ 50-59 ปี พบว่า ผู้ที่โสด และผู้ที่เป้นหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ มีแนวโน้มที่จะเตรียมความพร้อมด้านที่อยู่อาศัยน้อยกว่าผู้ที่ยังคงสมรส (สุภาภรณ์ คำเรืองฤทธิ์, 2556, p. 70) ดังนั้น จากความเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวุฒิภาวะด้านความมั่นคง อาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่สมรสและอยู่ด้วยกัน ต้องคำนึงถึงความมั่นคงของครอบครัว มากกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสดและเคยสมรส ทำให้มีความระมัดระวังเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต ทั้งของตนเองและครอบครัวมากกว่า โดยจะให้ความสำคัญต่อการสร้างหลักประกันความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ที่เหมาะสมกับตนเองและครอบครัว ดังนั้น ผู้สูงอายุที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือไม่มีคู่สมรส มีโอกาสที่จะมีวุฒิภาวะต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสอยู่ด้วยกัน

ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

รายได้

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับวุฒิภาวะของผู้สูงอายุในระดับสองตัวแปร (สมการไม่ปรับ) พบว่า ความสัมพันธ์มีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า จะมีวุฒิภาวะโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า ดังจะเห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อปี 50,000 บาทขึ้นไป มีวุฒิภาวะโดยเฉลี่ยสูงสุด คือ 0.597 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อปี 20,000 – 49,999 บาท (0.581) ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อปี 10,000 – 19,999 บาท (0.555) และผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อปีต่ำกว่า 10,000 บาท มีวุฒิภาวะโดยเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ 0.530 โดยที่มีค่าระดับความสัมพันธ์เท่ากับ 0.219 ($Eta = 0.219$) และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ภายใต้อันตรกิริยาทางเศรษฐกิจ (สมการปรับ 3) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับวุฒิภาวะของผู้สูงอายุ ยังมีทิศทางของความสัมพันธ์เหมือนกันกับความสัมพันธ์ในระดับสองตัวแปร กล่าวคือ รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับวุฒิภาวะของผู้สูงอายุ แต่มีค่าระดับความสัมพันธ์ลดลง (ค่า Eta เท่ากับ 0.219 เปรียบเทียบกับค่า $Beta$ เท่ากับ 0.178) และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า ตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ภายใต้อันตรกิริยาทางเศรษฐกิจมีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับวุฒิภาวะของผู้สูงอายุ และเมื่อควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ทุกตัวทั้งที่เป็นตัวแปรภายใต้อันตรกิริยาทางประชากร ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางพฤติกรรม

และปัจจัยทางเวลา (สมการปรับ 6) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับบวฒวัยของผู้สูงอายุ ยังคงมีทิศทางเหมือนกันกับความสัมพันธ์ในระดับสองตัวแปร กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อปี 50,000 บาทขึ้นไป มีบวฒวัยโดยเฉลี่ยสูงสุด คือ 0.584 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อปี 20,000 – 49,999 บาท (0.577) ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อปี 10,000 – 19,999 บาท (0.561) และผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อปีต่ำกว่า 10,000 บาท มีบวฒวัยโดยเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ 0.550 นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับความสัมพันธ์ลดลงค่อนข้างมาก (ค่า Eta เท่ากับ 0.219 เปรียบเทียบกับค่า Beta เท่ากับ 0.111) แต่ยังมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า ตัวแปรอิสระบางตัวภายใต้ปัจจัยกำหนดทั้ง 5 ปัจจัย เข้ามามีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับบวฒวัยของผู้สูงอายุ

ดังนั้น จากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า จะมีบวฒวัยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน โดยที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีการปฏิบัติและดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ รายได้จึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (จิรนุช สมโชค, 2540; ฉัตรทอง อินทร์นอก, 2540; วรรณภา กุมารจันทร์, 2543; ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล, 2539; สมสุข สิงห์ปัญจณี, 2540) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Supachet Chansarn (2012, p. 11) ที่พบว่า รายได้ของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่ทำให้ระดับบวฒวัยเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 20 เพราะรายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบัน จึงมีอิทธิพลต่อบวฒวัย โดยเฉพาะด้านความมั่นคง เพราะรายได้เป็นสิ่งที่เอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับการตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม เนื่องจากรายได้ทำให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม มีอาหารที่มีคุณค่า ได้รับการบริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพ และสามารถจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก (Hogstel, 2001) มีผลทำให้ผู้สูงอายุพึงพอใจในชีวิต ดังนั้น ผู้ที่มีรายได้สูงสามารถสร้างความมั่นคงในชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Zhan, 1992) ผู้สูงอายุมีรายได้น้อย ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ทำให้มีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อสถานะทางเศรษฐกิจ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการต่างๆ ได้เต็มที่ ตลอดจนโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม ก็ลดลงตามไปด้วย

สภาพภาพการทำงาน

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพภาพการทำงานกับบวฒวัยของผู้สูงอายุ ก่อนการควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ (สมการไม่ปรับ) พบว่า ความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ทำงานโดยไม่เป็นลูกจ้าง จะมีบวฒวัยโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพภาพการทำงานกลุ่มอื่นๆ ดังจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่ทำงานโดยไม่เป็นลูกจ้าง มีบวฒวัยโดยเฉลี่ยสูงสุด คือ 0.608 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่ทำงานเป็นลูกจ้าง (0.575) และผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน มีบวฒวัยโดยเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ 0.554 โดยมีค่าระดับความสัมพันธ์เท่ากับ 0.227 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ภายใต้ปัจจัยทางเศรษฐกิจ (สมการปรับ 3) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพการทำงานกับวุฒिवัยของผู้สูงอายุ มีทิศทางเดียวกันกับความสัมพันธ์เดิมในระดับสองตัวแปร กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ทำงานโดยไม่ได้เป็นลูกจ้าง มีวุฒिवัยโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพการทำงานกลุ่มอื่นๆ แต่ระดับความสัมพันธ์มีค่าลดลง (ค่า Eta เท่ากับ 0.227 เปรียบเทียบกับค่า Beta เท่ากับ 0.187) และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า ตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ภายใต้ปัจจัยทางเศรษฐกิจมีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพการทำงานกับวุฒिवัยของผู้สูงอายุ และเมื่อควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ทุกตัวทั้งที่เป็นตัวแปรภายใต้ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยทางเวลา (สมการปรับ 6) พบว่า ทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพการทำงานกับวุฒिवัยของผู้สูงอายุ แตกต่างไปจากทิศทางความสัมพันธ์เดิมในระดับสองตัวแปรเล็กน้อย กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ทำงานโดยไม่ได้เป็นลูกจ้าง มีวุฒिवัยโดยเฉลี่ยสูงสุด คือ 0.586 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน (0.566) และผู้สูงอายุที่ทำงานเป็นลูกจ้าง มีวุฒिवัยโดยเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ 0.561 โดยมีระดับความสัมพันธ์ลดลงค่อนข้างมาก (ค่า Eta เท่ากับ 0.227 เปรียบเทียบกับค่า Beta เท่ากับ 0.085) แต่ก็ยังมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า สถานภาพการทำงานมีความสัมพันธ์กับวุฒिवัยของผู้สูงอายุจริง แต่มีตัวแปรอิสระบางตัวภายใต้ปัจจัยกำหนดทั้ง 5 ปัจจัย เข้ามามีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ดังกล่าวค่อนข้างมาก ความสัมพันธ์ที่แท้จริงจึงปรากฏออกมา

ผลการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพจนาน ศรีเจริญ (2544) ที่พบว่า ตำแหน่งหน้าที่กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของวาสิณี ชันแก้วหล้า (2553) ก็ยังพบว่า คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับสถานภาพการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน อาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่ทำงานก็จะมีรายได้ มีโอกาสในการเข้าถึงอาหารที่มีคุณค่า และมีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม อีกทั้ง การทำงานของผู้สูงอายุทำให้มีโอกาสดำเนินกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม ได้มีเพื่อน ซึ่งมีส่วนในการส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตที่ดี โดยไม่รู้สึกรำคาญว่าเหว เมื่อผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำงานต่างๆ ได้ ก็จะทำให้เกิดรายได้ที่เพียงพอในการสร้างความมั่นคงในชีวิต สามารถมีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับตนเอง นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นลูกจ้าง มีโอกาสที่จะหารายได้มากกว่าผู้ที่เป็นลูกจ้าง และผู้ที่ไม่ได้ทำงาน จึงได้รับการตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม ทำให้มีวุฒिवัยที่สูงกว่า

ปัจจัยทางพฤติกรรม

การตรวจสอบสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจสอบสุขภาพกับบุคลิกของผู้สูงอายุในระดับสองตัวแปร หรือก่อนการควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ (สมการไม่ปรับ) พบว่า ความสัมพันธ์มีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ตรวจสอบสุขภาพ จะมีบุคลิกโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ตรวจสอบสุขภาพ ดังจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่ตรวจสอบสุขภาพมีบุคลิกโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.581 ซึ่งมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ตรวจสอบสุขภาพ ที่มีบุคลิกโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.563 โดยการตรวจสอบสุขภาพมีความสัมพันธ์กับบุคลิกของผู้สูงอายุเท่ากับ 0.081 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ภายใต้ปัจจัยทางพฤติกรรม (สมการปรับ 4) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจสอบสุขภาพกับบุคลิกของผู้สูงอายุ ยังมีทิศทางเหมือนกันกับความสัมพันธ์เดิมในระดับสองตัวแปร กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ตรวจสอบสุขภาพ ยังคงมีค่าเฉลี่ยของบุคลิกสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ตรวจสอบสุขภาพ แต่ระดับความสัมพันธ์ลดลงค่อนข้างมาก (ค่า Eta เท่ากับ 0.081 เปรียบเทียบกับค่า Beta เท่ากับ 0.028) และเป็นความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า ตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ภายใต้ปัจจัยทางพฤติกรรมมีอิทธิพลค่อนข้างมากต่อความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจสอบสุขภาพกับบุคลิกของผู้สูงอายุ และเมื่อควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ทุกตัวทั้งที่เป็นตัวแปรภายใต้ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยทางเวลา (สมการปรับ 6) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจสอบสุขภาพกับบุคลิกของผู้สูงอายุ มีทิศทางเดียวกันกับความสัมพันธ์ในระดับสองตัวแปร แต่กลับมีระดับความสัมพันธ์เพิ่มขึ้น เมื่อควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ แล้ว ภายใต้ปัจจัยทางพฤติกรรม (ค่า Beta ในสมการปรับ 4 เท่ากับ 0.028 เปรียบเทียบกับค่า Beta ในสมการปรับ 6 เท่ากับ 0.034) และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แสดงว่า เมื่อควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ภายใต้ปัจจัยกำหนดทั้ง 5 ปัจจัยแล้ว ตัวแปรการตรวจสอบสุขภาพมีอิทธิพลอย่างแท้จริงต่อบุคลิกของผู้สูงอายุ

ทั้งนี้ อาจอธิบายได้ว่า การไปตรวจสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุเข้าไปใช้สถานบริการสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาล สถานเอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ทำให้มีโอกาสในการพบบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตัวเองที่ดีขึ้น ผู้สูงอายุจึงดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ทำให้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคมได้อย่างเหมาะสม สามารถทำงานเพื่อเพิ่มความมั่นคงในชีวิตได้อีกทางหนึ่งด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Green (1980) ที่กล่าวว่า สถานบริการสาธารณสุขเป็นปัจจัยที่สามารถสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพ อีกทั้งมีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าการตรวจสอบสุขภาพมีอิทธิพลต่อระดับบุคลิก กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี (เกษียร นพรัตน์, 2539; วันทนี ขำเพ็ญ, 2540; ศิรินุช ฉายแสง, 2553; ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล, 2539) เนื่องจาก สามารถรับรู้ถึงสภาวะสุขภาพและอนามัยของตนเอง ทำให้สามารถเลือกรับประทาน

อาหารต่างๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับตนเอง ตลอดจนเลือกการปรับนิสัยหรือดูแลตนเอง ในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมเช่นกัน ทำให้มีโอกาสที่จะเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการเลือกกิจกรรมทางกีฬาหรือการออกกำลังกายที่เหมาะสม ได้พบปะกับเพื่อนฝูง จึงมีความรู้สึกว่าคุณค่า นอกจากนี้ เมื่อผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพ จะทำให้รับรู้ถึงขีดความสามารถในการทำงานของตนเองว่าจะสามารถเลือกทำงานประเภทใดได้บ้าง ที่จะก่อให้เกิดรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ถ้าผู้สูงอายุทำงานอย่างเหมาะสมกับสุขภาพของตนเองแล้ว ก็มีโอกาสที่จะยื่นระยะการทำงานได้ยาวนานขึ้น สามารถสร้างหลักประกันความมั่นคงในชีวิตได้มากขึ้น ดังนั้น การตรวจสุขภาพจึงมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การดูแลปรับนิสัย

สำหรับผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลปรับนิสัยกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนการควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ (สมการไม่ปรับ) พบว่า ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเอง จะมีคุณภาพชีวิตโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้อื่นดูแล ดังจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองมีคุณภาพชีวิตโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.592 ส่วนผู้สูงอายุที่มีผู้อื่นดูแลมีคุณภาพชีวิตโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.530 โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ 0.258 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อค้นพบดังกล่าว มีทิศทางเดียวกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ภายใต้ปัจจัยทางพฤติกรรม (สมการปรับ 4) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลปรับนิสัยกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ยังคงมีทิศทางเหมือนกันกับความสัมพันธ์เดิมในระดับสองตัวแปร กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเอง มีคุณภาพชีวิตโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้อื่นดูแล ซึ่งมีระดับความสัมพันธ์เท่ากับ 0.168 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า ตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ภายใต้ปัจจัยทางพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลปรับนิสัยกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเมื่อควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ทุกตัวทั้งที่เป็นตัวแปรภายใต้ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยทางเวลา (สมการปรับ 6) พบว่า คุณภาพชีวิตโดยเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่ดูแลตนเอง ยังคงสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้อื่นดูแล (0.579 เปรียบเทียบกับ 0.557 ตามลำดับ) โดยมีระดับความสัมพันธ์เท่ากับ 0.093 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งพบว่า แม้การดูแลปรับนิสัยจะมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจริง แต่ตัวแปรอิสระอื่นๆ ก็เข้ามามีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ดังกล่าวค่อนข้างมาก

ทั้งนี้ ผลการศึกษาที่ได้ อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดี สามารถดูแลตนเองได้ทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้มีศักยภาพ และสามารถเข้าร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดี ไม่จำเป็นต้องมีผู้อื่นดูแล ทำให้สามารถทำงานหารายได้เพื่อสร้างความมั่นคงในชีวิต ผู้สูงอายุจึงมีคุณภาพชีวิตระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ของ ภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และ วิฑ์ศน์ จันทร์โพธิ์ศรี (2555, p. 7) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-

value = 0.004) เนื่องจาก ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองนั้น เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่ดี สามารถทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม ทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถทำงานต่างๆ เพื่อให้เกิดรายได้ เป็นการสร้างหลักประกันความมั่นคง ให้กับชีวิตของตนเอง มีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม ได้พบปะกับเพื่อนฝูง ไม่รู้สึกเหงา หรือว่าเหว่ ซึ่งสอดคล้องกับ จิราภรณ์ ใจสบาย พรสุข หุ่นนิรันดร์ และทรงพล ต่อนี้ (ม.ป.ป.) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรม ผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การออกกำลังกาย

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายกับวุฒิภาวะของผู้สูงอายุในระดับสองตัวแปร (สมการไม่ปรับ) พบว่า ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกาย จะมีวุฒิภาวะโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกาย (0.594 เปรียบเทียบกับ 0.534 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีค่าระดับความสัมพันธ์เท่ากับ 0.263 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ภายใต้ปัจจัยทางพฤติกรรม (สมการปรับ 4) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายกับวุฒิภาวะของผู้สูงอายุ ยังคงมีทิศทางเหมือนกันกับความสัมพันธ์ในระดับสองตัวแปร โดยมีระดับความสัมพันธ์ที่ลดลงค่อนข้างมาก (ค่า Eta เท่ากับ 0.263 เปรียบเทียบกับค่า Beta เท่ากับ 0.175) และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า ตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ภายใต้ปัจจัยทางพฤติกรรมมีอิทธิพลค่อนข้างมากต่อความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายกับวุฒิภาวะของผู้สูงอายุ และเมื่อควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ทุกตัวทั้งที่เป็นตัวแปรภายใต้ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยทางเวลา (สมการปรับ 6) พบว่า วุฒิภาวะโดยเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกาย ยังคงสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกาย (0.581 เปรียบเทียบกับ 0.557 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ค่าระดับความสัมพันธ์ก็ลดลงค่อนข้างมาก (ค่า Beta เท่ากับ 0.104) นั่นแสดงว่า ตัวแปรอิสระบางตัวในปัจจัยกำหนดทั้ง 5 ปัจจัย มีอิทธิพลค่อนข้างมากต่อความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายกับวุฒิภาวะของผู้สูงอายุ

การออกกำลังกายมีประโยชน์อย่างมาก ทั้งทางด้านโครงสร้างสรีระ บุคลิกภาพ ช่วยทำให้อวัยวะต่างๆ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ช่วยป้องกันการเกิดโรค สร้างความกระปรี้กระเปร่า และช่วยลดความตึงเครียดทางสมองและจิตใจ (การกีฬาแห่งประเทศไทย, 2534, pp. 10-13; อวย เกตุสิงห์, 2523, p. 19) ทำให้มีศักยภาพในการทำงาน ไม่ว่าจะเป็นการรวมกลุ่มทำกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม ส่งผลให้มีรายได้ที่เพียงพอสำหรับสร้างความมั่นคงต่อการดำรงชีพ นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาประเด็นคล้ายกับระดับวุฒิภาวะ และพบว่า การออกกำลังกายเป็นประจำมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การศึกษาของ สมหวัง มณีวงศ์ (2546, p. 57) พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสังคม ด้าน

นันทนาการของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 ดังนั้น ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกาย จะมีภูมิต้านทานสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ออกกำลังกาย

ปัจจัยทางเวลา

ปีที่สำรวจ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปีที่สำรวจกับภูมิต้านทานของผู้สูงอายุในระดับสองตัวแปร (สมการไม่ปรับ) พบว่า ความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้สูงอายุจะมีภูมิต้านทานโดยเฉลี่ยสูงขึ้น ตามลำดับการเพิ่มขึ้นของปีที่สำรวจ ดังจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2554 มีภูมิต้านทานโดยเฉลี่ยสูงสุด คือ 0.591 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2550 (0.584) และผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2545 มีภูมิต้านทานโดยเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ 0.525 โดยมีค่าระดับความสัมพันธ์เท่ากับ 0.249 (ค่า Eta เท่ากับ 0.249) และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างปีที่สำรวจกับภูมิต้านทานของผู้สูงอายุภายใต้ปัจจัยทางเวลา (สมการปรับ 5) ได้ผลการศึกษาเช่นเดียวกันกับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในระดับสองตัวแปร (เนื่องจากปัจจัยทางเวลา มีเพียง 1 ตัวแปรอิสระ คือ ปีที่สำรวจ) และเมื่อควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ทุกตัวทั้งที่เป็นตัวแปรภายใต้ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยทางเวลา (สมการปรับ 6) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปีที่สำรวจกับภูมิต้านทานของผู้สูงอายุ ยังคงมีทิศทางเหมือนกันกับความสัมพันธ์ในระดับสองตัวแปร กล่าวคือ ผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2554 มีภูมิต้านทานโดยเฉลี่ยสูงสุด คือ 0.584 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2550 (0.574) และผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2545 มีภูมิต้านทานโดยเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ 0.551 และระดับความสัมพันธ์ค่อนข้างลดลงมาก (ค่า Eta เท่ากับ 0.249 เปรียบเทียบกับค่า Beta เท่ากับ 0.115) แต่ยังมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า ตัวแปรอิสระบางตัวภายใต้ปัจจัยกำหนดทั้ง 5 ปัจจัย มีอิทธิพลค่อนข้างมากต่อความสัมพันธ์ระหว่างปีที่สำรวจกับภูมิต้านทานของผู้สูงอายุ

ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะประเทศไทยมีแผนการดำเนินงานและนโยบายด้านผู้สูงอายุจากหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เช่น แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525-2544) และปัจจุบันอยู่ในช่วงของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ซึ่งทั้ง 2 ฉบับเป็นแผนระยะยาวที่มีนโยบายให้ความสำคัญต่อ “ช่วงชีวิต” และความสำคัญของคนในสังคมที่จะต้องเข้าสู่วัยสูงอายุตามวงจรชีวิตที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ประกอบกับมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ซึ่งกำหนดให้ ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม การสนับสนุนในด้านต่างๆ เพื่อช่วยพัฒนาผู้สูงอายุไทยให้เป็น “ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ” เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การ

ส่งเสริมการทำกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม การสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจ ส่งเสริมการออมและระบบบำนาญแห่งชาติ ให้การศึกษาเกี่ยวกับการสูงอายุทั้งในระบบและนอกระบบโรงเรียน การส่งเสริมให้ประชากรเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพกาย และด้านจิตใจเพื่อวัยสูงอายุ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2552, p. 377) ดังนั้น ประเทศไทยมีการให้ความสำคัญและการดูแลผู้สูงอายุอย่างยาวนาน ตลอดจนมีพัฒนาการของนโยบาย โครงการต่างๆ ที่ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุไทยได้รับการดูแลและคุ้มครอง อีกทั้ง ได้รับการส่งเสริมในด้านต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุไทยมีคุณภาพที่สูงขึ้น

ผลการวิเคราะห์การจำแนกพหุในตารางที่ 7 ยังแสดงให้เห็นว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวทั้งที่เป็นตัวแปรภายใต้ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยทางเวลา สามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของวุฒิภาวะผู้สูงอายุ ได้สูงถึงร้อยละ 26.4 (ค่า R^2 ของสมการปรับ 6 เท่ากับ 0.264) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยกำหนด พบว่า ปัจจัยทางประชากร ซึ่งประกอบด้วย เพศ และอายุ สามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของวุฒิภาวะผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 6.5 (ค่า R^2 ของสมการปรับ 1 เท่ากับ 0.065) ในขณะที่ตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย เขตที่อยู่อาศัย การศึกษา และสถานภาพสมรส สามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของวุฒิภาวะผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 13.7 (ค่า R^2 ของสมการปรับ 2 เท่ากับ 0.137) สำหรับตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ซึ่งประกอบด้วย รายได้ และสถานภาพการทำงาน สามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของวุฒิภาวะผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 8.2 (ค่า R^2 ของสมการปรับ 3 เท่ากับ 0.082) ส่วนตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยทางพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย การตรวจสุขภาพ การดูแลปรนนิบัติ และการออกกำลังกาย สามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของวุฒิภาวะผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 9.2 (ค่า R^2 ของสมการปรับ 4 เท่ากับ 0.092) และตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยทางเวลา ซึ่งมีเพียงปีที่สำรวจ สามารถอธิบายการแปรผันของวุฒิภาวะผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 6.2 (ค่า R^2 ของสมการปรับ 5 เท่ากับ 0.062)

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ปัจจัยทางสังคม สามารถอธิบายการแปรผันของวุฒิภาวะผู้สูงอายุไทยได้ดีที่สุด รองลงมาคือ ปัจจัยทางพฤติกรรม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางประชากร และปัจจัยทางเวลา ตามลำดับ

บทที่ 4

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องวุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทย: ระดับ แนวนอน และปัจจัยกำหนด มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและแนวโน้มนวุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทย และเพื่อค้นหาปัจจัยกำหนดที่มีอิทธิพลต่อวุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทย ซึ่งได้นำแนวคิดเชิงทฤษฎีต่างๆ ได้แก่ แนวคิดวุฒิวิัยของผู้สูงอายุ แนวคิดที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ แนวคิดที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ และแนวคิดที่เกี่ยวกับการมีหลักประกันที่มั่นคงของผู้สูงอายุ มาประยุกต์ร่วมกับเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างกรอบแนวคิดของการวิจัย โดยใช้ข้อมูลทฤษฎีที่มีมาจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2545 2550 และ 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำหรับตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยตัวแปรตาม คือ วุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทย ส่วนตัวแปรอิสระ 11 ตัว ซึ่งอยู่ภายใต้ปัจจัย 5 ปัจจัย คือ ปัจจัยทางประชากร ได้แก่ เพศ และอายุ ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย การศึกษา และสถานภาพสมรส ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ และสถานภาพการทำงาน ปัจจัยทางพฤติกรรม ได้แก่ การตรวจสุขภาพ การดูแลปรนนิบัติ และการออกกำลังกาย และปัจจัยทางเวลา คือ ปีที่สำรวจ

4.1 สรุปผลการวิจัย

4.1.1 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554

ผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2545 มีอายุเฉลี่ย 68.08 ปี ขณะที่ในปี พ.ศ. 2550 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 68.63 ปี และในปี พ.ศ. 2554 มีอายุเฉลี่ย 68.76 ปี โดยลักษณะทางประชากรส่วนใหญ่คล้ายกันทั้ง 3 ปีที่สำรวจ คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลหรือชนบท มีการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ มีสัดส่วนของผู้ที่สมรสและคู่สมรสอยู่ในครัวเรือนเดียวกันมากที่สุด มีรายได้ต่อปี 20,000-49,999 บาท เป็นสัดส่วนมากที่สุด ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน และไม่ได้รับตรวจสุขภาพ ยกเว้นผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2554 ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพ นอกจากนี้ผู้สูงอายุทั้ง 3 ปีที่สำรวจ ส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลตนเองและมีการออกกำลังกาย

4.1.2 ระดับและแนวโน้มนวุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554

จากผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554 พบว่า วุฒิวิัยในภาพรวมของผู้สูงอายุ โดยเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 0.525 0.584 และ 0.591 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยมีแนวโน้มนเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่วุฒิวิัยด้านสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554 มีค่าเฉลี่ยเป็น 0.791 0.826 และ 0.831 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก และมีแนวโน้มนเพิ่มสูงขึ้นในระหว่างปี

พ.ศ. 2545 ถึง 2554 ด้านการมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ยเป็น 0.151 0.170 และ 0.178 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ แม้ว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และด้านความมั่นคง มีค่าเฉลี่ยเป็น 0.632 0.757 และ 0.764 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น ในแต่ละปีที่มีการสำรวจ ผู้สูงอายุไทยมีคุณภาพอยู่ในระดับดีที่สุดในรองลงมาคือ ด้านความมั่นคง และด้านการมีส่วนร่วม แยกที่สุด

4.1.3 ปัจจัยกำหนดที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554

ผลการวิเคราะห์การจำแนกพหุของวุฒิวยผู้สูงอายุไทย กับปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยทางเวลา ได้ข้อค้นพบดังสรุปในตารางที่ 8 และมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตัวแปรอิสระทุกตัวทั้งที่เป็นปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยทางเวลา สามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของวุฒิวยผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 26.4 (ค่า R^2 เท่ากับ 0.264) โดยตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยทางสังคม สามารถอธิบายการแปรผันของวุฒิวยผู้สูงอายุ ได้มากที่สุด คือ ร้อยละ 13.7 (ค่า R^2 เท่ากับ 0.137) รองลงมาคือ ตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยทางพฤติกรรม สามารถอธิบายการแปรผันของวุฒิวยผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 9.2 (ค่า R^2 เท่ากับ 0.092) ตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สามารถอธิบายการแปรผันของวุฒิวยผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 8.2 (ค่า R^2 เท่ากับ 0.082) ตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยทางประชากร สามารถอธิบายการแปรผันของวุฒิวยผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 6.5 (ค่า R^2 เท่ากับ 0.065) และตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยทางเวลา สามารถอธิบายการแปรผันของวุฒิวยผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 6.2 (ค่า R^2 เท่ากับ 0.062) ตามลำดับ

ตารางที่ 8 สรุปผลการวิเคราะห์การจำแนกเพศของผู้สูงอายุไทย กับปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยทางเวลา ทั้งก่อนและหลังควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ

ตัวแปรอิสระ	ก่อนการควบคุมตัวแปรอิสระ		หลังการควบคุมตัวแปรอิสระ		R ²
	Eta/Coefficient	สมมติฐาน	Beta/Coefficient	สมมติฐาน	
ปัจจัยทางประชากร					0.065
เพศ	0.134	✓**	0.009	✓*	
อายุ	-0.004	✓**	-0.002	✓**	
ปัจจัยทางสังคม					0.137
เขตที่อยู่อาศัย	0.122	✗**	0.153	✗**	
การศึกษา	0.173	✓**	0.095	✓**	
สถานภาพสมรส	0.315	✓**	0.255	✓**	
ปัจจัยทางเศรษฐกิจ					0.082
รายได้	0.219	✓**	0.111	✓**	
สถานภาพการทำงาน	0.227	✓**	0.085	✓**	
ปัจจัยทางพฤติกรรม					0.092
การตรวจสุขภาพ	0.081	✓**	0.034	✓**	
การดูแลปรนนิบัติ	0.258	✓**	0.093	✓**	
การออกกำลังกาย	0.263	✓**	0.104	✓**	
ปัจจัยทางเวลา					0.062
ปีที่สำรวจ	0.249	✓**	0.115	✓**	
รวม					0.264

หมายเหตุ:

✓ หมายถึง เป็นไปตามสมมติฐาน

✗ หมายถึง ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยทางประชากรกับบุคลิกของผู้สูงอายุ ทั้งก่อนและหลังควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ภายใต้ปัจจัยทางประชากร พบว่า เพศ และอายุ มีทิศทางความสัมพันธ์กับบุคลิกของผู้สูงอายุ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สำหรับตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยทางสังคม พบว่า การศึกษา และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กับบุคลิกของผู้สูงอายุ และเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งก่อนและหลังควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ภายใต้ปัจจัยทางสังคม ยกเว้น เขตที่อยู่อาศัย ที่ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งก่อนและหลังควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ภายใต้ปัจจัยทางสังคม

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ทั้งก่อนและหลังควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ภายใต้ปัจจัยทางเศรษฐกิจ พบว่า รายได้ และสถานภาพการทำงาน มีทิศทางความสัมพันธ์กับบุคลิกของผู้สูงอายุ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สำหรับตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยทางพฤติกรรม พบว่า การตรวจสุขภาพ การดูแลปรนนิบัติ และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับบุคลิกของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งก่อนและหลังควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ภายใต้ปัจจัยทางพฤติกรรม

ส่วนตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยทางเวลา พบว่า ปีที่สำรวจ มีความสัมพันธ์กับบุคลิกของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

นอกจากนี้ เมื่อควบคุมตัวแปรอิสระทั้ง 11 ตัวแปร ภายใต้ปัจจัยกำหนดทั้ง 5 ปัจจัย พบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวมีความสัมพันธ์กับบุคลิกของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีตัวแปรอิสระ 10 ตัวแปร ที่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ สถานภาพการทำงาน การตรวจสุขภาพ การดูแลปรนนิบัติ การออกกำลังกาย และปีที่สำรวจ ส่วนอีก 1 ตัวแปรอิสระ ที่ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ คือ เขตที่อยู่อาศัย

4.2 ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะที่แบ่งออกเป็นสองส่วน คือ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.2.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุไทยมีบุคลิกในระดับที่สูงขึ้น เพราะระดับบุคลิกในภาพรวมยังอยู่ในระดับปานกลาง แนวทางในการเพิ่มระดับบุคลิกของผู้สูงอายุไทยให้สูงขึ้นนั้น ควรเป็นการส่งเสริมให้เกิดบุคลิกพร้อมกันทั้งทางด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคง เนื่องจากว่าแต่ละด้านของบุคลิกจะส่งผลซึ่งกันและกัน และจากข้อค้นพบต่างๆ สามารถนำไปเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายได้ดังนี้

1. แม้ว่าผู้สูงอายุไทย ส่วนใหญ่จะมีคุณภาพอยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก แต่การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุยังคงต้องให้ความสำคัญต่อไป เพราะวัยสูงอายุเป็นช่วงชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้น รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินนโยบาย ในการส่งเสริม การเตรียมตัวด้านสุขภาพสำหรับผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุ และส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ที่เข้าสู่วัย สูงอายุแล้ว เพื่อให้ผู้สูงอายุไทยมีคุณภาพด้านสุขภาพในระดับสูงมากอย่างยั่งยืนต่อไป

2. รัฐบาลควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในวัยสูงอายุให้มากขึ้น เนื่องจาก ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำ แสดงว่าผู้สูงอายุไม่ค่อยร่วม กิจกรรมของกลุ่มหรือชมรม จึงควรส่งเสริมด้านนี้เพิ่มมากขึ้น โดยการส่งเสริมการดำเนินงานของ ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อช่วยยกระดับคุณภาพและยังสอดคล้องตามนโยบายการเรียนรู้ตลอดชีวิตในแผน ผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2553) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุใน เขตเมือง ที่พบว่ามีการมีส่วนร่วมทางสังคมต่ำกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท จึงควรมีการส่งเสริมให้ ประชากรสูงอายุในเขตเมือง ได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับคุณภาพด้านการมี ส่วนร่วม และคุณภาพในภาพรวม

3. ควรให้ความสำคัญกับการสร้างความมั่นคงด้านรายได้ในวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญ แต่พบว่าระดับคุณภาพด้านความมั่นคงยังอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ดังนั้น ควรส่งเสริมทั้งเรื่อง การทำงานของผู้สูงอายุ การขยายอายุเกษียณออกไป เพื่อให้ผู้สูงอายุมีรายได้ที่มั่นคง และยังเป็น การรักษาบทบาทของผู้สูงอายุ ในการเป็นผู้ผลิตในครอบครัวและสังคม และยังคงระยะเวลาในการเป็นผู้ ผลิตของวัยสูงอายุอีกด้วย (วรเวศม์ สุวรรณระดา, 2556) อีกทั้งควรเร่งรัดส่งเสริมการกระจายรายได้ ให้ทั่วถึง รวมถึงหาแนวทางในการช่วยเหลือผู้ที่มีรายได้น้อยให้มีรายได้เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะแรงงาน นอกกระบบ และที่สำคัญควรส่งเสริมการออมให้กับประชากรทุกวัย เพื่อที่จะให้ประชากรมีรายได้ เพียงพอต่อการดำรงชีวิตในอนาคต และหันมาให้ความสนใจกับการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุได้ด้วย ตนเอง ซึ่งจะเป็นการเพิ่มระดับคุณภาพของผู้สูงอายุในอนาคตให้มากขึ้น

4. จากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีระดับคุณภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุเพศชาย อีกทั้ง จากลักษณะทางประชากรของประเทศไทยที่พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุเพศหญิงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และมีอายุยืนยาวกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพของผู้สูงอายุ เพศหญิงในด้านสุขภาพ เนื่องจากว่า แนวโน้มอายุคาดเฉลี่ยของผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่าผู้สูงอายุเพศ ชาย แต่มักจะมีภาวะทุพพลภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สูงกว่าผู้สูงอายุเพศชายในช่วงวัย เดียวกัน ดังนั้น การดูแลให้ผู้สูงอายุเพศหญิงมีชีวิตที่ยืนยาว โดยปราศจากโรคหรือภาวะเจ็บป่วย จึง เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ระดับคุณภาพของผู้สูงอายุไทยเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ ในสังคมไทยผู้สูงอายุเพศ หญิงยังมีบทบาททางเศรษฐกิจและสังคมน้อยกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ดังนั้น ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเพศ หญิงได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น โดยสร้างหรือส่งเสริมอาชีพที่เหมาะสม ให้ผู้สูงอายุเพศหญิง

สามารถพึ่งพารายได้จากตนเอง และส่งเสริมการออมในประชากรกลุ่มนี้ เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางรายได้ ซึ่งนำไปสู่ระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นในภาพรวม

5. จากการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีระดับความวิตกกังวลลดลงเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มที่จะเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มสูงขึ้น หรือมีส่วนหนึ่งของผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายเพิ่มขึ้น ซึ่งประชากรกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มักจะมีปัญหาสุขภาพ และต้องการการพึ่งพิงจากสมาชิกในครอบครัวหรือชุมชนตลอดจนสังคมมากขึ้น ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพของประชากรสูงอายุวัยกลางและวัยปลาย ให้อยู่อย่างมีความสุขปราศจากโรคเรื้อรังจึงเป็นนโยบายที่สำคัญ ตลอดจนการส่งเสริมการเตรียมตัวทั้งด้านสุขภาพ กิจกรรมทางสังคม และความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ก่อนเป็นผู้สูงอายุหรือเมื่อเป็นผู้สูงอายุวัยต้น ก็จะเป็นการส่งเสริมความวิตกกังวลของผู้สูงอายุไทยให้มีระดับเพิ่มขึ้นอีกทางหนึ่ง

6. จากปัจจัยทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย เขตที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุไทย ดังนั้น ควรส่งเสริมความวิตกกังวลในทุกด้านกับกลุ่มผู้สูงอายุในเขตเมืองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคงในชีวิต อีกทั้งควรส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพราะระดับการศึกษาหรือความรู้เป็นปัจจัยสำคัญ ที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในทุกด้าน นอกจากนี้ พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่เป็นโสดจะมีระดับความวิตกกังวลค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในสถานภาพสมรสอื่นๆ ดังนั้น จากสัดส่วนของประชากรสูงอายุไทยที่มีแนวโน้มอยู่เป็นโสดมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิง จึงต้องให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุกลุ่มนี้มากขึ้น ทั้งการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ การสร้างการมีส่วนร่วมและการมีกิจกรรมทางสังคม ตลอดจนการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้สร้างความมั่นคงทั้งในด้านรายได้และที่อยู่อาศัย เพื่อลดการพึ่งพิงและช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ใช้ชีวิตในช่วงวัยสูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ เช่นเดียวกับผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ

7. จากผลการศึกษาที่พบว่า รายได้และสถานภาพการทำงานมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุไทย ดังนั้น ควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการทำงานในวัยสูงอายุ อย่างเหมาะสมกับสุขภาพของผู้สูงอายุและทักษะความสามารถ การสร้างโอกาสในการทำงานของผู้สูงอายุจะช่วยให้ผู้สูงอายุ มีความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อจะได้มีโอกาสในการทำงาน อีกทั้งการทำงานยังช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาพยาบาลทางสังคมและเศรษฐกิจ ช่วยให้มีสุขภาพจิตที่ดีและมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนสามารถสร้างความมั่นคงทางด้านรายได้ เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และท้ายที่สุดก็จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลในระดับที่สูงขึ้นในผู้สูงอายุไทย

8. ปัจจัยทางพฤติกรรม ทั้งการตรวจสุขภาพ การดูแลตนเอง และการออกกำลังกาย ล้วนเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญซึ่งจะช่วยเสริมสุขภาพที่ดีแก่ผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การมีสุขภาพดีช่วยให้ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาททั้งทางสังคมและเศรษฐกิจของตนเองต่อไป ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะในการดูแลสุขภาพ จึงมีความสำคัญ

ยั้งที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ซึ่งเป็นส่วนสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกที่จะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ และ ก่อให้เกิดความมั่นคงในช่วงวัยสูงอายุ จึงส่งผลให้มีระดับ बुद्धิวิทย์ที่สูงขึ้น

9. ควรให้ความสำคัญกับงานด้านผู้สูงอายุและการดำเนินนโยบายด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ เพราะวุดุฒิวิทย์ของผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554 ดังนั้น เพื่อให้วุดุฒิวิทย์ของผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มที่ดีขึ้นในอนาคต หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรด้านผู้สูงอายุต่างๆ ควรให้ความสำคัญกับการดำเนินนโยบายด้านผู้สูงอายุ ให้ สอดคล้องตามลักษณะโครงสร้างทางประชากรของผู้สูงอายุในอนาคต ทั้งทางด้านคุณลักษณะทาง ประชากร เศรษฐกิจ และสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ตลอดจนเร่งรณนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้ได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ เพื่อให้วุดุฒิวิทย์ของผู้สูงอายุไทยมีระดับและแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน

4.2.2 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. เนื่องด้วยการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องข้อมูล ที่นำมาสร้างองค์ประกอบตัวชี้วัดดัชนีวุดุฒิ วิทย์ของผู้สูงอายุ ทั้งในเรื่องสุขภาพ การมีส่วนร่วมทางสังคม และหลักประกันความมั่นคงในชีวิต ซึ่งใน แต่ละปีที่ทำการสำรวจมีการให้ตอบคำถามแตกต่างกัน ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลบางส่วนที่สำคัญมา ใช้ได้กับงานวิจัยที่ต้องการข้อมูลต่อเนื่อง จึงเห็นว่าหากจะมีการสำรวจเกี่ยวกับประเด็นนี้ในครั้งต่อไป ของโครงการเดียวกันแต่ต่างปีที่สำรวจ ควรจะเป็นการเก็บข้อมูลที่ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบ แบบสอบถามในลักษณะเดียวกัน กล่าวคือ ข้อคำถามและการกำหนดคำตอบต้องนิยามให้เป็นแบบ เดียวกันทุกๆ การสำรวจ

2. สำหรับการวิจัยในอนาคตที่เกี่ยวข้องกับวุดุฒิวิทย์ของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยควรเพิ่มข้อมูลที่สะท้อน ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม และด้านหลักประกันที่มั่นคงของผู้สูงอายุให้มากกว่านี้ เช่น การเป็นโรคเรื้อรัง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณะ การทำกิจกรรมในครัวเรือน หลักประกันทาง สุขภาพและสวัสดิการ เป็นต้น เพื่อนำมาสร้างองค์ประกอบตัวชี้วัดดัชนีวุดุฒิวิทย์ในแต่ละด้านได้อย่าง ครบคลุมและชัดเจน

3. ข้อมูลที่นำมาใช้ในการศึกษาองค์ประกอบตัวชี้วัดดัชนีวุดุฒิวิทย์ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ ควร จะเป็นข้อมูลที่ได้จากการตรวจวิเคราะห์ทางการแพทย์ร่วมด้วย เพื่อให้ข้อมูลมีความถูกต้องตาม หลักเกณฑ์และสามารถอธิบายได้มากขึ้น

4. อาจมีการนำแนวคิดในการคำนวณดัชนีวุดุฒิวิทย์ด้วยวิธีการอื่นๆ เช่น มีการถ่วงน้ำหนักให้ ความสำคัญแต่ละด้านไม่เท่ากัน ซึ่งขึ้นอยู่กับหลักการและแนวคิดพื้นฐานที่นำมาประยุกต์ใช้ในการ วิจัย เพื่อช่วยให้สามารถระบุปัญหาหรือแนวทางในการดำเนินนโยบาย ที่จะส่งเสริมวุดุฒิวิทย์ของ ผู้สูงอายุไทยได้ชัดเจนมากขึ้น

รายการอ้างอิง

- Gochman, D. S. (1988). *Health Behavior Emerging Research Perspectives*. New York: Pelnum Publishing.
- Green, L. W. (1980). *Health Education Planning: A Diagnosis Approach*. New York: Mayfield.
- Hegner, B. R., Caldwell, E., and Needham, J. (1994). *Assisting in long-term care* (2nd ed.). New York: Delmar Publishers.
- Hogstel, M. O. (2001). *Gerontology: Nursing Care of the Older Adult* (First Ed.). New York: Delmar Cengage Learning.
- Ismail Tareque. (2009). Active Aging Index and Healthy Life Expectancy in Bangladesh. Rajshahi, Bangladesh: Department of Population Science and Human Resource Development, University of Rajshahi.
- Joana Cruz Ferreira Nunes. (2014). *Active Aging Index and Quality of Life*. (Masters in Economics), NOVA School of Business and Economics, Lisbon, Portugal.
- Jones, G. W. (2008). Fertility decline in Asia: The role of marriage change. *Asia-Pacific Population Journal*, 22(2), 13-32.
- Knodel, J. (1997). The Closing of the Gender Gap in Schooling: The Case of Thailand. *Comparative Education*, 33(1), 61-86.
- Liudmila Zaslomova and Maria Sheluntcova. (2014). Measuring Active Aging for Government Policy Planning: A Case of Russia. Moscow, Russia: National Research University Higher School of Economics.
- Marie, S. A. (1991). Nursing's role in health promotion an overview. *The Nursing Clinics of North America*, 26(4), 805-814.
- Mujahid, G. (2006). *Population Ageing in East & South East Asia: Current Situation & Emerging Challenges*. Paper presented at the Papers in Population Ageing No.1, Bangkok: UNFPA.
- Scheidt, R. J., and Windley, P.G. (1998). *Environment and aging theory: A focus on housing*. London: Greenwood Press.

- Supachet Chansarn. (2012). Active Ageing of Elderly People and Its Determinants: Empirical Evidence from Thailand. *Asia-Pacific Social Science Review*, 12(1), 1-18.
- Sutham Nanthamongkolchai Arunsiri Makapat Phitaya Charupoonphol and Chokchai Munsawaengsub. (2007). Self-Esteem of the Elderly in Rural Areas of Nakhon Sawan Province. *J Med Assoc Thai*, 90(1), 155-159.
- Thanakwang K. and Soonthorndhada K. (2006). Attributes of Active Ageing among Older Persons in Thailand: Evidence from the 2002 Survey. *Asia-Pacific Population Journal*, 21(3), 113-135.
- UN. (1996). Population aging in Asia and the Pacific. New York: United Nations.
- UNDP. (2005). Human Development Report 2005. New York: United Nations Development Programme.
- UNDP. (2014). Human Development Report 2014. New York: United Nations Development Programme.
- UNECE. (2013). Active Ageing Index 2012: Concept, Methodology and Final Results. Vienna, Austria: United Nations Economic Commission for Europe.
- Vitalija Gaucaite Wittich. (2013). *Active Ageing Index: A New Moritory Tool for MIPAA/RIS?* , German Centre of Gerontology, Berlin.
- WHO. (2001). The world health report 2001-Mental health: New understanding, new hope. France: World Health Organization.
- WHO. (2002). Active Ageing: A Policy Framework. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Concept and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 14(May), 795-800.
- กนกพร สุกคำวัง. (2540). แบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2553). จำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักร ตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร. Retrieved 3 กรกฎาคม 2558
http://stat.bora.dopa.go.th/stat/y_stat53.html

- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2557). สถิติประชากรและบ้าน-จำนวนประชากรแยกอายุ. Retrieved 20 เมษายน 2558
http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age.php
- กันยารัตน์ อุบลวรรณ. (2540). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพผู้สูงอายุในภาคกลางของประเทศไทย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- การกีฬาแห่งประเทศไทย. (2534). การกีฬาสำหรับผู้ฝึกสอนกีฬาและนักกีฬา. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายวิทยาศาสตร์การกีฬา การกีฬาแห่งประเทศไทย.
- กิตติมา รุ่งแดง. (2545). อิทธิพลของปัจจัยด้านความเชื่อและความสัมพันธ์ภายในครอบครัวต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในอำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- กุศล สุนทรธาดา. (2553). คุณค่าด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุไทย. In สุขาดา ทวีสิทธิ์ และ สวรัย บุญมานนท์ (Ed.), ประชากรและสังคม 2553: คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย (1st ed., pp. 65-83). นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- กุศล สุนทรธาดา และ กมลชนก ขำสุวรรณ. (2553, 25-26 พฤศจิกายน 2553). ระดับและแนวโน้มความมีพฤติกรรมของผู้สูงอายุไทย. Paper presented at the การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2553, โรงแรมเดอะทวิน ทาวเวอร์ กรุงเทพมหานคร.
- เกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์ สุรีย์ บุญญานุพงศ์ และ สมศักดิ์ ฉันทะ. (2533). ชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกษียร นพรัตน์. (2539). การศึกษาระดับความต้องการการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกำลังพลในกรมสวัสดิการทหารบก. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), โรงเรียนเสนาธิการทหารบก สถาบันวิทยาการทหารชั้นสูง.
- เกื้อ วงศ์บุญสิน. (2549). สังคม สว. (ผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เขมิกา ยามะรัตน์. (2527). ความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา: ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญกระทรวงเกษตรและสหกรณ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2553). แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ.2552. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2545). แผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2545-2564. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี.

- คณิต ดวงหัตถ์. (2537). สุขภาพจิตกับความพึงพอใจในงานของข้าราชการตำรวจชั้นประทวน ในเขตเมืองและเขตชนบทของจังหวัดขอนแก่น. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จรรยา ทองถาวร. (2530). จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
- จอห์น โนเดล และ นภาพร ชโยวรรณ. (2552). การสูงอายุทางประชากรและการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย: กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทยและสำนักงานภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิก.
- จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุวรรณ เหมะธาร และ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. (2530). รายงานการวิจัยความต้องการทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิระพร อภิชาติบุตร. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การอุปถัมภ์จากครอบครัว และการบริการสุขภาพในชุมชนกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในชุมชนแออัดเขตกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราภรณ์ ใจสบาย พรสุข หุ่นนิรันดร์ และทรงพล ต่อนี่. (ม.ป.ป.). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. วารสารคณะพลศึกษา, 14(1).
- จิรนุช สมโชค. (2540). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉัตรทอง อินทร์นอก. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉันทนา กาญจนพงษ์. (2530). ความสัมพันธ์ระหว่างการร่วมกิจกรรมกับอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ชื่นจิตร คุปต์กาญจนากุล. (2543). สุขภาพจิตของนักสังคมสงเคราะห์ กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ชุตีเดช เจียนดอน นวรัตน์ สุวรรณผ่อง ฉวีวรรณ บุญสุยา และ นพพร ไหวธีระกุล. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 41(กันยายน-ธันวาคม), 229-238.

- ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงพร รัตนอมรชัย. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพ กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอ่างทอง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นภาพร ชโยวรรณ. (2535). การเตรียมตัวเมื่อยามสูงอายุของผู้สูงอายุและคนหนุ่มสาวไทย. Paper presented at the การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2535.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2539). การประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ. ราชวิทยาลัยพยาบาลสาร.
- ประทีป ไอยศุรย์ และ ทิวากร แก้วมณี. (ม.ป.ป). การประเมินมาตรฐานคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: เทศบาลตำบลหัวดง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ประภาพร จินนทุยา. (2536). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุดินแดง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล ศุทธิดา ชวนวัน และ กาญจนา เทียนลาย. (2555). ผู้สูงอายุ: คนวงในที่จะถูกผลักให้ไปอยู่ชายขอบ. In กุลภา วจนสาระ และ กฤตยา อาชวนิจกุล (Ed.), ประชากรและสังคม 2555: ประชากรชายขอบและความเป็นธรรมในสังคมไทย (1 st ed., pp. 105-124). นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- ปราโมทย์ วัังสะอาด. (2530). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปวีตร วนิชชานนท์. (2550). สุขภาพจิตประชากรอายุ 15-59 ปี อำเภอละงู จังหวัดสตูล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 1(กรกฎาคม-กันยายน), 158.
- ปาริชาติ ญาตินิยม. (2547). ลักษณะภาวะพหุผลล้าง: กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีชื่อเสียง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- พงษ์สวัสดิ์ รัตนแสง. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดยโสธร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร.
- พจนา ศรีเจริญ. (2544). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสมาคมข้าราชการนอกประจำการในจังหวัดเลย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), สถาบันราชภัฏเลย.
- พนิชฐา พานิชชิวะกุล. (2537). การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสมมติสำหรับผู้สูงอายุในชนบท. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญศรี มานิตย์ศิริกุล. (2537). ดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่. (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และ วิทัศน์ จันทโรโพธิ์ศรี. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น, 19(เมษายน-กันยายน), 55-64.
- มารศรี นุชแสงพลี. (2532). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีผู้สูงอายุในชุมชนบ่อนไก่ กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2556). รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555. นนทบุรี.
- ละออ อนุจันทร์. (2547). สุขภาพจิตและการดูแลตนเองด้านจิตใจของเกษตรกรชาวสวนยางพาราในจังหวัดพัทลุง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เล็ก สมบัติ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และ ธนิกานต์ ศักดาพร. (2554). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพ ประโยชน์ของการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจในประเทศไทย: สำนักงานมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- วนิดา นิรมย์. (2538). ปัจจัยที่มีส่วนกำหนดต่อการเป็นผู้สูงอายุที่ยังมีคุณภาพ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณภา กุมารจันทร์. (2543). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรวุฒิ สุวรรณระดา. (2556, 10 กันยายน 2556). รายงานผลการศึกษาโครงการ “ผลกระทบด้านมหภาคและจุลภาคของการขยายอายุเกษียณ”. Paper presented at the เวทีเสวนา บทเรียนต่างประเทศ จัดโดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร.
- วันที ขำเพ็ง. (2540). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนบท จังหวัดนครราชสีมา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนี ชันแก้วหล้า. (2553). คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ. (2552). รายงานการศึกษาโครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564): วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิไลพร วงศ์คินี. (2556). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมของประชากรเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร, 40(ตุลาคม-ธันวาคม 2556).

- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2539). ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2545). จิตวิทยาพัฒนาชีวิตทุกวัย (8th ed.). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิรินุช ฉายแสง. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดอำนาจเจริญ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ และ มาลินี วงษ์สิทธิ์. (2541). การประเมินผลโครงการนำร่องการจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ: ผลการศึกษาจากข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภเจตน์ จันทร์สาส์น. (2552). การได้ประโยชน์จากการปันผลทางประชากร: การศึกษาเชิงประจักษ์ระหว่างประเทศ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. (2539). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สงคราม เซวาน์ศิลป์. (2542). ปัจจัยด้านบุคลิกภาพบางประการที่พยากรณ์ปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตเมือง เขตชานเมือง และเขตชนบท: คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สดใส ศรีสะอาด. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2549). การสำรวจและการศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ภาค. กรุงเทพมหานคร: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.
- สมสุข สิงห์ปัญจนที. (2540). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่พบสาเหตุ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมหวัง มณีวงศ์. (2546). ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอในเขตเทศบาล จังหวัดชัยภูมิ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สะอึ้ง ขวรางกูร. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2551). การประเมินความยากจน พ.ศ. 2550.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-2583. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2557). เส้นความยากจน (Poverty line) จำแนกตามภาคและเขตพื้นที่ ปีพ.ศ.2531-2555: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). สำมะโนประชากรและเคหะ 2553. Retrieved 3 กรกฎาคม 2558 <http://popcensus.nso.go.th/file/popcensus-08-08-55-T.pdf>
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). คู่มือ แนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และ ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาลม (Ed.). (2542). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: โสภิสติกพับลิชชิง.
- สุปราณี แดงวงษ์. (2552). โครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล. (2557). วุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทย. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 17(มกราคม-ธันวาคม), 231-248.
- สุภาภรณ์ คำเรืองฤทธิ์. (2556). การเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุของประเทศไทย. วารสารประชากรศาสตร์, 29(มีนาคม), 53-83.
- สุรกุล เจนอบรม. (2534). วิทยาการผู้สูงอายุ: ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุลักษณ์ มีชูทรัพย์ วิไลวรรณ ทองเจริญ และ จันทนา รณฤทธิวิชัย. (2535). สำรวจการเตรียมตัวของบุคคลก่อนเกษียณอายุ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิมล พนาวัฒน์กุล. (2534). อัฒมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิชัย มงคล และคณะ. (2551). การสำรวจสุขภาพคนไทย ปีพ.ศ.2548: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อวย เกตุสิงห์. (2523). ผลร้ายของการกีฬาเพื่อสุขภาพและการป้องกัน. วารสารสุขศึกษา พลศึกษา และสันทนาการ, 6(มีนาคม), 12.
- อารดา ธีระเกียรติกำจร. (2554). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 4(กันยายน-ธันวาคม), 1-19.
- อุมพร อุดมทรัพย์กุล. (2536). ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุเขตเมืองสุพรรณบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล.

เอกพล วิรัตน์. (2549). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.





ภาคผนวก ก

ข้อคำถามในแบบสอบถาม (พ.ศ.2545 2550 และ2554)

ที่ได้คัดเลือกมาเป็นตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม

จากโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ปัจจัยกำหนด	ตัวแปร/(ระดับ)	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2554
ปัจจัยทางประชากร	เพศ (nominal)	A1	A1	A4
	อายุ (ratio)	A2	A2	A5
ปัจจัยทางสังคม	เขตที่อยู่อาศัย (nominal)	ข้อ4	ข้อ4	ข้อ4
	ระดับการศึกษา (ordinal)	A4	A6	A8
	สถานภาพสมรส (nominal)	A5	A4	A10
ปัจจัยทางเศรษฐกิจ	รายได้ (ordinal)	C24	A79	OP40
	สถานภาพการทำงาน (nominal)	C1	A52	OP14
		และ C4	และ A55	และ OP16
ปัจจัยทางพฤติกรรม	การตรวจสุขภาพ (nominal)	G7	B15	OP95
	การดูแลปรนนิบัติ (nominal)	G41	B37	OP152
	การออกกำลังกาย (nominal)	G2	B42	OP127

ดัชนีองค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2554
ด้านสุขภาพ	สุขภาพกาย	G1	B10	OP87
	สุขภาพจิต	B31- B33	B49- B54	OP119- OP124
	การมองเห็น	G30	B11	OP88
	การได้ยิน	G31	B12	OP89
	ข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน (Limitation in Activities in Daily Living: ADL)	G33- G35	B28- B30	OP104- OP108
	ข้อจำกัดด้านการทำหน้าที่ของ ร่างกาย (Functional Limitation)	G36 G37 G39 และ G40	B31 B32 B34 และ B35	OP111 OP112 OP114 และ OP115

ดัชนีองค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2554
ด้านการมีส่วนร่วม	การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม	H1 H3 H5 H7 H9 และ H11	C1 C3 C5 C7 C9 และ C11	OP160- OP165
	การทำกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม	H2 H4 H6 H8 H10 และH12	C2 C4 C6 C8 C10 และ C12	OP166- OP171

ดัชนี องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2554
ด้านความมั่นคง	ความเพียงพอของรายได้	C25	A80	OP41
	ความเป็นเจ้าของบ้าน	B10	A31	OP44
	ลักษณะการอยู่อาศัย	B12	A33	ข้อ8



ข้อคำถามในแบบสอบถามที่ได้คัดเลือกมาเป็นตัวแปรต่างๆ
จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2545 2550 และ2554

ตัวแปรอิสระ

เพศ

พ.ศ.2545 ข้อA1

1.เพศของผู้สูงอายุ

[] 1.ชาย

[] 2.หญิง

A1

พ.ศ.2550 ข้อA1

1.เพศของผู้สูงอายุ

[] 1.ชาย

[] 2.หญิง

A1

พ.ศ.2554 ข้อ A4

เพศ

บันทึกรหัส

ชาย.....1

หญิง.....2

A4

อายุ

พ.ศ.2545 ข้อA2

2.ท่านเกิดเดือน..... ปี พ.ศ.

A2

ปัจจุบันท่านอายุเท่าใด (บันทึกอายุเต็มปีบริบูรณ์นับถึงวันคล้ายวันเกิดครั้งสุดท้าย)

พ.ศ.2550 ข้อA2

2.ท่านอายุเท่าใด

(ถ้าอายุไม่เกิน 97 ปี ให้คัดลอกจากแบบ สรจ.3 แต่ถ้ามากกว่า 97 ปี ให้บันทึกตามจริง)

A2

พ.ศ.2554 ข้อA5

อายุ (บันทึกอายุเต็มปี ถ้าต่ำกว่า 1 ปี บันทึก "0" จิตขวา)
A5



เขตที่อยู่อาศัย

พ.ศ.2545 ข้อ4

4. ในเขตเทศบาล ED BLK
 นอกเขตเทศบาล ED หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน

พ.ศ.2550 ข้อ4

4. ในเขตเทศบาล ED BLK
 นอกเขตเทศบาล ED หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน

พ.ศ.2554 ข้อ4

4. ในเขตเทศบาล ED BLK
 นอกเขตเทศบาล ED หมู่ที่



ระดับการศึกษา

พ.ศ.2545 ข้อA4

4.ท่านจบการศึกษาสูงสุดขั้นใด..... A4

พ.ศ.2550 ข้อA6

6.ท่านจบการศึกษาสูงสุดในระดับใด A6

1.ไม่เคยเรียน

2.ประถมศึกษา

3.มัธยมศึกษาตอนต้น

4.มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

5.ปวส./ปวท./อนุปริญญา

6.ปริญญาตรีและสูงกว่า

7.อื่นๆ (ระบุ).....

พ.ศ.2554 ข้อA8

<p>“.....(ชื่อ)..... จบการศึกษาสูงสุดขั้นใด”</p> <p>บันทึก ชั้น ปี และ ประกาศนียบัตร หรือ ปริญญาที่สำเร็จมาโดยละเอียด</p> <p>ถ้า ไม่เคยเรียน บันทึก “ไม่เคยเรียน”</p>
A8

สถานภาพสมรส

พ.ศ.2545 ข้อA5

5.ปัจจุบันท่านมีสถานภาพสมรส

A5

- | | |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1.โสด (ข้ามไปข้อ 10) | 2.สมรสและคู่สมรสอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน |
| 3.สมรสแต่คู่สมรสไม่ได้อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน | 4.หม้าย |
| 5.หย่า | 6.แยกกันอยู่ |

พ.ศ.2550 ข้อA4

4.ท่านมีสถานภาพสมรสใด

A4

- | | |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1.โสด | 2.สมรสและคู่สมรสอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน |
| 3.สมรสแต่คู่สมรสไม่ได้อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน | 4.หม้าย |
| 5.หย่า | 6.แยกกันอยู่/เลิกกัน |

พ.ศ.2554 ข้อA10

ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไป	
สถานภาพสมรส	
บันทึกรหัส	
โสด.....	1
สมรส	
-คู่สมรสอยู่ในครัวเรือน.....	2
-คู่สมรสไม่อยู่ในครัวเรือน.....	3
หม้าย.....	4
หย่า.....	5
แยกกันอยู่.....	6
A10	



รายได้

พ.ศ.2545 ข้อC24

- 13.ท่านมีรายได้ในการเลี้ยงชีพตนเองหรือครอบครัว โดยเฉลี่ยปีละเท่าใด (บันทึกจำนวนเงินบาทขีดขวา) C24

พ.ศ.2550 ข้อA79

- 16.ท่านมีรายได้จากทุกแหล่งในการเลี้ยงชีพตนเองหรือครอบครัว โดยเฉลี่ยปีละเท่าใด A79

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| 1. ไม่มีรายได้ | 2. ต่ำกว่า 10,000 บาท |
| 3. 10,000-19,999 บาท | 4. 20,000-29,999 บาท |
| 5. 30,000-49,999 บาท | 6. 50,000-99,999 บาท |
| 7. 100,000-299,999 บาท | 8. 300,000 บาทขึ้นไป |

พ.ศ.2554 ข้อOP40

<p>“.....(ชื่อ)..... มีรายได้จากทุกแหล่ง ในการเลี้ยงชีพตนเอง/ครอบครัว โดยเฉลี่ยปีละเท่าใด” (รวมรายได้ที่ไม่ใช่ตัวเงิน)</p>	
บันทึกรหัส	
ไม่มีรายได้.....	1
มีรายได้	
ต่ำกว่า 10,000 บาท.....	2
10,000-19,999 บาท.....	3
20,000-29,999 บาท.....	4
30,000-39,999 บาท.....	5
40,000-49,999 บาท.....	6
50,000-59,999 บาท.....	7
60,000-69,999 บาท.....	8
70,000-79,999 บาท.....	9
80,000-99,999 บาท.....	10
100,000-299,999 บาท.....	11
300,000-499,999 บาท.....	12
500,000 บาทขึ้นไป.....	13
OP40	

การทำงาน

พ.ศ.2545 ข้อC1

1.ในระหว่าง 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์ ท่านทำงานหรือไม่

C1

1.ทำงาน

2.ไม่ทำงาน (ข้ามไปถามข้อ 8)

พ.ศ.2550 ข้อA52

1.ในระหว่าง 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์ ท่านทำงานหรือไม่

A52

1.ทำงาน

2.ไม่ทำงาน (ข้ามไปถามข้อ 8)

พ.ศ.2554 ข้อOP14

“ในระหว่าง 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์(ชื่อ)..... ทำงานหรือไม่”	
	บันทึกรหัส
ทำงาน.....	1
(ถามต่อไป)	
ไม่ทำงาน.....	2
(ข้ามไปถาม OP18)	
OP14	



สถานภาพการทำงาน

พ.ศ.2545 ข้อC4

4.ท่านทำงานในฐานะใด

C4

- | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 1.นายจ้าง | 2.ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง |
| 3.ช่วยธุรกิจของครัวเรือน
โดยไม่ได้รับค่าจ้าง | 4.ลูกจ้างรัฐบาล |
| 5.ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ | 6.ลูกจ้างเอกชน |
| 7.การรวมกลุ่ม | |

พ.ศ.2550 ข้อA55

4.ท่านทำงานในฐานะอะไร

A55

- | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 1.นายจ้าง | 2.ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง |
| 3.ช่วยธุรกิจของครัวเรือน
โดยไม่ได้รับค่าจ้าง | 4.ลูกจ้างรัฐบาล |
| 5.ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ | 6.ลูกจ้างเอกชน |
| 7.การรวมกลุ่ม | |

พ.ศ.2554 ข้อOP16

“ในระหว่าง 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์(ชื่อ)..... ทำงานในฐานะอะไร”	
บัณฑิตกรหัส	
นายจ้าง.....	1
ผู้ประกอบการธุรกิจของตนเอง.....	2
ช่วยธุรกิจของครัวเรือน.....	3
ลูกจ้างรัฐบาล.....	4
ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ.....	5
ลูกจ้างเอกชน.....	6
สมาชิกของการรวมกลุ่มผู้ผลิต.....	7
ผู้ที่ไม่สามารถจำแนก สถานภาพการทำงานได้.....	8
OP16	

การตรวจสอบสุขภาพ

พ.ศ.2545 ข้อG7

7.ในระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ท่านได้ตรวจสอบสุขภาพหรือไม่

G7

1.ตรวจ

2.ไม่ตรวจ

พ.ศ.2550 ข้อB15

6.ในระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ท่านได้ตรวจสอบสุขภาพ

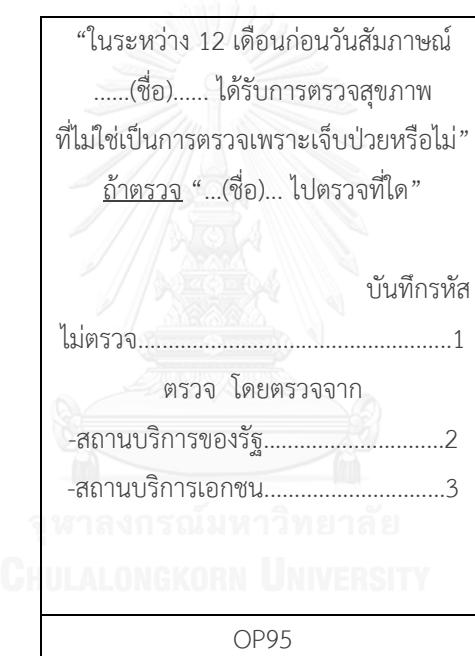
(ที่ไม่ใช่เป็นการตรวจเพราะเจ็บป่วย) หรือไม่

B15

1.ตรวจ

2.ไม่ตรวจ

พ.ศ.2554 ข้อOP95

“ในระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์(ชื่อ)..... ได้รับการตรวจสอบสุขภาพ ที่ไม่ใช่เป็นการตรวจเพราะเจ็บป่วยหรือไม่” ถ้าตรวจ “...(ชื่อ)... ไปตรวจที่ใด”	
	บันทึกรหัส
ไม่ตรวจ.....	1
ตรวจ โดยตรวจจาก	
-สถานบริการของรัฐ.....	2
-สถานบริการเอกชน.....	3
 วิทยาลัยพยาบาลนครพนม CHULALONGKORN UNIVERSITY OP95	



การดูแลปรณินิบัติ

พ.ศ.2545 ข้อG41

13.ปัจจุบันนี้ใครเป็นผู้ดูแลเอาใจใส่ท่านมากที่สุด (ไม่จำเป็นต้องเป็นคนที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกับท่าน) G41

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1.คู่สมรส | 2.บุตรชาย |
| 3.บุตรหญิง | 4.บุตรเขย/บุตรสะใภ้ |
| 5.บุตรของบุตร | 6.พ่อ/แม่ |
| 7.พี่น้อง | 8.ญาติ |
| 9.เพื่อน/เพื่อนบ้าน | 10.พยาบาล/คนรับใช้ |
| 11.ไม่มีคนดูแล | 12.อื่นๆ (ระบุ)..... |

พ.ศ.2550 ข้อB37

14.ปัจจุบันใครเป็นผู้ดูแลปรณินิบัติท่านในการทำกิจวัตรประจำวันมากที่สุด B37

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 1.ดูแลตนเอง | 2.ไม่มีผู้ดูแลแต่ต้องการ
(ถ้ากา "X" ในรหัส 1 หรือ รหัส 2 ข้ามไปถามข้อ 16) |
| 3.คู่สมรส | 4.บุตรชาย |
| 5.บุตรหญิง | 6.บุตรเขย/บุตรสะใภ้ |
| 7.บุตรของบุตร | 8.พ่อ/แม่ |
| 9.พี่น้อง | 10.ญาติ |
| 11.เพื่อน/เพื่อนบ้าน/คนรู้จัก | 12.พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล |
| 13.คนรับใช้/ลูกจ้าง | 14.อื่นๆ (ระบุ)..... |

พ.ศ.2554 ข้อOP152

“ปัจจุบัน.....(ชื่อ).....มีผู้ดูแลในการ
ทำกิจวัตรประจำวันหรือไม่”
ถ้ามี “ใครเป็นหลักในการดูแล
ปรนนิบัติในการทำกิจวัตร
ประจำวันมากที่สุด”

บันทึกรหัส

ไม่มีผู้ดูแล/ดูแลตนเอง.....	1
มีผู้ดูแล ผู้ดูแลเป็น	
-คู่สมรส.....	2
-บุตรชาย.....	3
-บุตรหญิง.....	4
-บุตรเขย/บุตรสะใภ้.....	5
-บุตรของบุตร.....	6
-พี่/น้อง/ญาติ.....	7
-พ่อ/แม่.....	8
-เพื่อน/เพื่อนบ้าน/คนรู้จัก.....	9
-ผู้ดูแลรับจ้าง.....	10
-พยาบาล.....	11
-ผู้ช่วยพยาบาล.....	12
-คนรับใช้/ลูกจ้าง.....	13

OP152



การออกกำลังกาย

พ.ศ.2545 ข้อ G2

2. ในระหว่าง 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ท่านออกกำลังกายบ้างหรือไม่ G2

1. ออกกำลังกาย

2. ไม่ออกกำลังกาย (ข้ามไปถามข้อ 7)

พ.ศ.2550 ข้อB42

1. ในระหว่าง 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ท่านมีพฤติกรรมต่อไปนี้เป็นประจำ

(คือ บ่อย/ทุกวัน/เกือบทุกวัน) หรือไม่ (กา “x” ในวงกลมให้ตรงกับคำตอบของทุกข้อ)

พฤติกรรม	0. ไม่ใช่	1. ใช่ เป็นบางครั้ง	2. ใช่ เป็นประจำ	
1.1 ออกกำลังกาย(รวมทั้งการทำงานที่ใช้แรงกาย)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	B42
1.2 รับประทานผักสด ผลไม้สด	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	B43
1.3 ดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	B44
1.4 ดื่มน้ำสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	B45
1.5 สูบบุหรี่	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	B46
1.6 กินหมาก	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	B47

พ.ศ.2554 ข้อOP127

“ในระหว่าง 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์(ชื่อ).....มีพฤติกรรมต่อไปนี้เป็นประจำ (บ่อย/ทุกวัน/เกือบทุกวัน) หรือไม่”				
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY บันทึกรหัส				
ไม่ใช่.....1				
ใช่ เป็นบางครั้ง.....2				
ใช่ เป็นประจำ.....3				
ออกกำลังกาย (รวมการทำงาน ที่ใช้แรงกาย)	กินผักสด ผลไม้สด	ดื่มน้ำสะอาด วันละ 8 แก้ว หรือมากกว่า	ดื่มน้ำสุรา/ เครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์	สูบบุหรี่
OP127	OP128	OP129	OP130	OP131

ตัวแปรตาม ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคง ในแต่ละด้านจะประกอบด้วยตัวชี้วัด ซึ่งมาจากข้อคำถามในแบบสอบถาม ดังนี้

ด้านที่ 1: ด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด: สุขภาพกาย

รายละเอียดของข้อคำถามที่นำมาใช้ในแต่ละปี พ.ศ. มีดังต่อไปนี้

พ.ศ.2545 คือ ข้อ G1

1. ในระหว่าง 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์ ท่านรู้สึกว่าคุณภาพร่างกายของท่านเป็นอย่างไร G1

- | | |
|--------------|----------|
| 1. ดีมาก | 2. ดี |
| 3. ปานกลาง | 4. ไม่ดี |
| 5. ไม่ดีมากๆ | |

พ.ศ.2550 คือ ข้อ B10

1. ในระหว่าง 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์ ท่านรู้สึกว่าคุณภาพร่างกายของท่านเป็นอย่างไร B10

- | | | |
|----------|--------------|------------|
| 1. ดีมาก | 2. ดี | 3. ปานกลาง |
| 4. ไม่ดี | 5. ไม่ดีมากๆ | |

พ.ศ.2554 คือ ข้อ OP87

<p>“ในระหว่าง 7 วัน ก่อนวันสัมภาษณ์(ชื่อ).....รู้สึกว่าคุณภาพร่างกาย ของตนเองเป็นอย่างไร”</p> <p style="text-align: center;">บันทึกรหัส</p> <p>ดีมาก.....1</p> <p>ดี.....2</p> <p>ปานกลาง.....3</p> <p>ไม่ดี.....4</p> <p>ไม่ดีมากๆ.....5</p>
OP87



ตัวชี้วัด: สุขภาพจิต (ทัศนคติต่อตนเองในเชิงลบ)

รายละเอียดของข้อคำถามที่นำมาใช้ในแต่ละปี พ.ศ. มีดังต่อไปนี้

พ.ศ.2545 คือ ข้อ B31 ถึง B33

14. ท่านมีความรู้สึกอย่างไรในการอาศัยอยู่กับสมาชิกในครัวเรือนนี้

(กา “✓” ในวงกลมให้ตรงกับคำตอบของทุกข้อ)

ความรู้สึก	0.ไม่มี	1.มีน้อย	2.มีปานกลาง	3.มีมาก	
14.7 อึดอัดใจ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	B31
14.8 เงา/ขาดคนคุยด้วย	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	B32
14.9 รุ่ยวาย	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	B33

พ.ศ.2550 คือ ข้อ B49 ถึง B54

2. ในระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ท่านมีอาการ หรือความรู้สึกต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด

(กา “x” ในวงกลมให้ตรงกับคำตอบของทุกข้อ)

อาการ หรือความรู้สึก	ความบ่อยครั้งที่มีอาการ หรือความรู้สึก			
	0.ไม่เคย	1.เป็นบางครั้ง	2.เป็นประจำ	
2.2 คิดมากหรือมีความวิตกกังวลใจ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	B49
2.3 รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	B50
2.4 รู้สึกหมดหวังในชีวิต	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	B51
2.5 รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	B52
2.6 รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	B53
2.7 รู้สึกเหงา	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	B54

พ.ศ.2554 คือ ข้อ OP119 ถึง OP124

<p>“ในระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ...(ชื่อ)...มีอาการ หรือความรู้สึกต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด”</p> <p style="text-align: right;">บันทึกรหัส</p> <p>ไม่เคย.....1</p> <p>เป็นบางครั้ง.....2</p> <p>เป็นประจำ.....3</p>					
คิดมาก/ มีความวิตก กังวลใจ	รู้สึก หงุดหงิด รำคาญใจ	รู้สึก หมดหวัง ในชีวิต	รู้สึกว่าชีวิต ไม่มีคุณค่า	รู้สึกไม่มี ความสุขและ เศร้าหมอง	รู้สึกเหงา
OP119	OP120	OP121	OP122	OP123	OP124

ตัวชี้วัด: การมองเห็น

รายละเอียดของข้อคำถามที่นำมาใช้ในแต่ละปี พ.ศ. มีดังต่อไปนี้

พ.ศ.2545 คือ ข้อ G30

- 9.ท่านสามารถมองเห็นได้ชัดเจนหรือไม่ G30
- | | |
|---------------------------|------------------------|
| 1.ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่แว่น | 2.ชัดเจนแต่ต้องใส่แว่น |
| 3.ไม่ชัดเจน | 4.ไม่เห็นเลย |

พ.ศ.2550 คือ ข้อ B11

- 2.ท่านสามารถมองเห็นได้ชัดเจนหรือไม่ B11
- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 1.ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่แว่นหรือเลนส์ตา | 2.ชัดเจนแต่ต้องใส่แว่นหรือเลนส์ตา |
| 3.ไม่ชัดเจน | 4.ไม่เห็นเลย |

พ.ศ.2554 คือ ข้อ OP88

<p>“(ชื่อ).....สามารถมองเห็น ได้ชัดเจนหรือไม่”</p> <p style="text-align: right;">บันทึกรหัส</p> <p style="text-align: center;">ชัดเจน</p> <p>- โดยไม่ต้องใส่แว่น/เลนส์ตา.....1</p> <p>- แต่ต้องใส่แว่น/เลนส์ตา.....2</p> <p>ไม่ชัดเจน.....3</p> <p>ไม่เห็นเลย.....4</p>
OP88



ตัวชี้วัด: การได้ยิน

รายละเอียดของข้อคำถามที่นำมาใช้ในแต่ละปี พ.ศ. มีดังต่อไปนี้

พ.ศ.2545 คือ ข้อ G31

- 10.ท่านสามารถได้ยินชัดเจนหรือไม่ G31
- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| 1.ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่หูฟัง | 2.ชัดเจนแต่ต้องใส่หูฟัง |
| 3.ไม่ชัดเจน | 4.ไม่ได้ยินเลย |

พ.ศ.2550 คือ ข้อ B12

- 3.ท่านสามารถได้ยินชัดเจนหรือไม่ B12
- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| 1.ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง | 2.ชัดเจนแต่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง |
| 3.ไม่ชัดเจน | 4.ไม่ได้ยินเลย |

พ.ศ.2554 คือ ข้อ OP89

<p>“.....(ชื่อ).....สามารถได้ยินเสียง ได้ชัดเจนหรือไม่”</p> <p style="text-align: right;">บันทึกรหัส</p> <p style="text-align: center;">ชัดเจน</p> <p>- โดยไม่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง.....1</p> <p>- แต่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง.....2</p> <p>ไม่ชัดเจน.....3</p> <p>ไม่ได้ยินเสียงเลย.....4</p>
OP89



ตัวชี้วัด: ข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน

(Limitation in Actives in Daily Living: ADL)

รายละเอียดของข้อคำถามที่นำมาใช้ในแต่ละปี พ.ศ. มีดังต่อไปนี้

พ.ศ.2545 คือ ข้อ G33 G34 และ G35

12.ท่านทำกิจกรรมเหล่านี้ด้วยตนเองได้หรือไม่ (กา “✓” ในวงกลมให้ตรงกับคำตอบของทุกข้อ)

กิจกรรม	0.ไม่ได้	1.ได้	
12.1 กินข้าว	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	G33
12.2 ใส่เสื้อผ้า	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	G34
12.3 อาบน้ำ/เข้าห้องสุขา	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	G35

พ.ศ.2550 คือ ข้อ B28 B29 และ B30

13.ท่านสามารถทำกิจกรรมเหล่านี้ด้วยตนเองได้หรือไม่ (กา “X” ในวงกลมให้ตรงกับคำตอบของทุกข้อ)

กิจกรรม	0.ทำเอง ไม่ได้เลย	1.ทำเองได้บ้าง โดยมีคน/อุปกรณ์ช่วย	2.ทำได้ ด้วยตนเอง	
13.1 กินอาหาร	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	B28
13.2 ใส่เสื้อผ้า	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	B29
13.3 อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน เข้าห้องสุขา (รวมการทำความสะดวกสบายร่างกายหลังการขับถ่าย)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	B30

พ.ศ.2554 คือ ข้อ OP104 OP105 OP106 OP107 และ OP108

<p>“....(ข้อ)....สามารถทำกิจกรรมเหล่านี้ได้ด้วยตนเองหรือไม่”</p> <p style="text-align: right;">บันทึกรหัส</p> <p>ทำเองไม่ได้เลย.....1</p> <p>ทำได้บ้างโดยมีคน/อุปกรณ์ช่วย.....2</p> <p>ทำได้ด้วยตนเอง.....3</p>				
กินอาหาร	ใส่เสื้อผ้า	อาบน้ำ	ล้างหน้า แปรงฟัน	การใช้ ห้องน้ำ ห้องส้วม (รวมทำ ความสะอาด ร่างกาย หลังการ ขับถ่าย)
OP104	OP105	OP106	OP107	OP108

ตัวชี้วัด: ข้อจำกัดด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย

(Functional Limitation)

รายละเอียดของข้อคำถามที่นำมาใช้ในแต่ละปี พ.ศ. มีดังต่อไปนี้

พ.ศ.2545 คือ ข้อ G36 G37 G39 และ G40

12.ท่านทำกิจกรรมเหล่านี้ด้วยตนเองได้หรือไม่ (กา “✓” ในวงกลมให้ตรงกับคำตอบของทุกข้อ)

กิจกรรม	0.ไม่ได้	1.ได้	
12.4 การลุกนั่งยองๆ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	G36
12.5 ยกของหนัก ประมาณ 5 กิโลกรัม	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	G37
12.7 เดินขึ้นบันได 2-3 ชั้น	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	G39
12.8 เดินทางโดยขึ้นรถหรือลงเรือคนเดียว	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	G40

พ.ศ.2550 คือ ข้อ B31 B32 B34 และ B35

13.ท่านสามารถทำกิจกรรมเหล่านี้ด้วยตนเองได้หรือไม่ (กา “X” ในวงกลมให้ตรงกับคำตอบของทุกข้อ)

กิจกรรม	0.ทำเอง ไม่ได้เลย	1.ทำเองได้บ้าง โดยมีคน/อุปกรณ์ช่วย	2.ทำได้ ด้วยตนเอง	
13.4 นั่งยองๆ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	B31
13.5 ยกของหนัก (ประมาณ 5 กิโลกรัม)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	B32
13.7 เดินขึ้นบันได 2-3 ชั้น	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	B34
13.8 เดินทางโดยขึ้นรถหรือลงเรือคนเดียว	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	B35

พ.ศ.2554 คือ ข้อ OP111 OP112 OP114 และ OP115

<p>“....(ชื่อ)....สามารถทำกิจกรรมเหล่านี้ได้ด้วยตนเองหรือไม่”</p> <p style="text-align: right;">บันทึกรหัส</p> <p>ทำเองไม่ได้เลย.....1</p> <p>ทำได้บ้างโดยมีคน/อุปกรณ์ช่วย.....2</p> <p>ทำได้ด้วยตนเอง.....3</p>				
นั่งยองๆ	ยกของหนัก (ประมาณ 5 กิโลกรัม)		ขึ้นบันได 2-3ชั้น	เดินทาง โดย ขึ้นรถ/ ลงเรือ คนเดียว
OP111	OP112		OP114	OP115

ด้านที่ 2: ด้านการมีส่วนร่วม

รายละเอียดของข้อความที่นำมาใช้ในแต่ละปี พ.ศ. มีดังต่อไปนี้

ตัวชี้วัด: การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม พ.ศ.2545 คือ ข้อ H1 H3 H5 H7 H9 และH11

ตัวชี้วัด: การทำกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม พ.ศ.2545 คือ ข้อ H2 H4 H6 H8 H10 และH12

1.ท่านเคยเป็นสมาชิกหรือเข้าร่วมกิจกรรมเหล่านี้หรือไม่ (กา “✓” ในวงกลมให้ตรงกับคำตอบของทุกข้อ)

กิจกรรม	การเป็นสมาชิก		การเข้าร่วมกิจกรรม		
	0.ไม่เป็นสมาชิก	1.เป็นสมาชิก	0.ไม่เข้าร่วม	1.เข้าร่วม	
1.1 กลุ่มผู้สูงอายุ	○	○	○	○	H1-H2
1.2 กลุ่มฌาปนกิจ	○	○	○	○	H3-H4
1.3 กลุ่มอาชีพ	○	○	○	○	H5-H6
1.4 กลุ่มแม่บ้าน	○	○	○	○	H7-H8
1.5 กลุ่มสหกรณ์	○	○	○	○	H9-H10
1.6 กลุ่มลูกเสือชาวบ้าน	○	○	○	○	H11-H12

ตัวชี้วัด: การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม พ.ศ.2550 คือ ข้อ C1 C3 C5 C7 C9 และC11

ตัวชี้วัด: การทำกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม พ.ศ.2550 คือ ข้อ C2 C4 C6 C8 C10 และC12

1.ท่านเป็นสมาชิกของกลุ่มต่อไปนี้หรือไม่

ประเภทสมาชิก	ก.การเป็นสมาชิก	ข.การเข้าร่วมกิจกรรม ในระหว่าง 12 เดือน ก่อนวันสัมภาษณ์	
	บันทึกรหัส 0.ไม่เป็นสมาชิก 1.เป็นสมาชิก	บันทึกรหัส 0.ไม่เข้าร่วม 1.เข้าร่วม 2.ชมรมไม่มีกิจกรรม	
1.1 กลุ่ม/ชมรม ผู้สูงอายุ			C1-C2
1.2 กลุ่มฌาปนกิจ			C3-C4
1.3 กลุ่มอาชีพ			C5-C6
1.4 กลุ่มแม่บ้าน			C7-C8
1.5 กลุ่มสหกรณ์/กลุ่มออมทรัพย์			C9-C10
1.6 กลุ่มลูกเสือชาวบ้าน			C11-C12

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ จะยุบกลุ่มรายการของ (0 ไม่เข้าร่วม และ 2 ชมรมไม่มีกิจกรรม) เข้าเป็นกลุ่มไม่เข้าร่วมกิจกรรม

ตัวชี้วัด: การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม พ.ศ.2554 คือ ข้อOP160 ถึง OP165

ตัวชี้วัด: การทำกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม พ.ศ.2554 คือ ข้อOP166 ถึง OP171

<p>“ปัจจุบัน.....(ชื่อ).....เป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรมต่อไปนี้หรือไม่”</p> <p style="text-align: right;">บันทึกรหัส</p> <p>ไม่เป็นสมาชิก.....1</p> <p>เป็นสมาชิก.....2</p>					
กลุ่ม/ ชมรม ผู้สูงอายุ	กลุ่ม ฌาปนกิจ สงเคราะห์	กลุ่ม อาชีพ	กลุ่ม แม่บ้าน	กลุ่ม สหกรณ์/ กลุ่มออม ทรัพย์	กลุ่ม ลูกเสือ ชาวบ้าน
OP160	OP161	OP162	OP163	OP164	OP165
<p>“ในระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์(ชื่อ).....เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมต่อไปนี้หรือไม่”</p> <p style="text-align: right;">บันทึกรหัส</p> <p>ไม่เข้าร่วม.....1</p> <p>เข้าร่วม.....2</p> <p>กลุ่ม/ชมรมไม่มีกิจกรรม.....3</p>					
กลุ่ม/ ชมรม ผู้สูงอายุ	กลุ่ม ฌาปนกิจ สงเคราะห์	กลุ่ม อาชีพ	กลุ่ม แม่บ้าน	กลุ่ม สหกรณ์/ กลุ่มออม ทรัพย์	กลุ่ม ลูกเสือ ชาวบ้าน
OP166	OP167	OP168	OP169	OP170	OP171

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ จะยุบกลุ่มรายการของ (1 ไม่เข้าร่วม และ 3 กลุ่ม/ชมรมไม่มีกิจกรรม) เข้าเป็นกลุ่มไม่เข้าร่วมกิจกรรม

ด้านที่ 3: ด้านความมั่นคง**ตัวชี้วัด: ความเพียงพอของรายได้**

รายละเอียดของข้อคำถามที่นำมาใช้ในแต่ละปี พ.ศ. มีดังต่อไปนี้

พ.ศ.2545 คือ ข้อ C25

14. ท่านคิดว่ารายได้ทั้งหมดที่ได้รับเพียงพอต่อการดำรงชีพหรือไม่ C25

- | | |
|----------------------|------------|
| 1. ไม่เพียงพอ | 2. เพียงพอ |
| 3. มากเกินความจำเป็น | |

พ.ศ.2550 คือ ข้อA80

17. ท่านคิดว่ารายได้ทั้งหมดที่ท่านได้รับจากทุกแหล่ง เกินเพียงพอ เพียงพอ เพียงพอเป็นบางครั้ง หรือ ไม่เพียงพอ ต่อการดำรงชีพ A80

- | | |
|------------------------|---------------|
| 1. เกินเพียงพอ | 2. เพียงพอ |
| 3. เพียงพอเป็นบางครั้ง | 4. ไม่เพียงพอ |

พ.ศ.2554 คือ ข้อOP41

“(ชื่อ)...คิดว่ารายได้ทั้งหมด
ที่ได้รับจากทุกแหล่ง
เกินเพียงพอ เพียงพอ
เพียงพอเป็นบางครั้ง หรือ
ไม่เพียงพอ ต่อการดำรงชีพ”

บันทึกรหัส

- | | |
|--------------------------|---|
| เกินเพียงพอ..... | 1 |
| เพียงพอ..... | 2 |
| เพียงพอเป็นบางครั้ง..... | 3 |
| ไม่เพียงพอ..... | 4 |

OP41



ตัวชี้วัด: ความเป็นเจ้าของบ้าน

รายละเอียดของข้อคำถามที่นำมาใช้ในแต่ละปี พ.ศ. มีดังต่อไปนี้

พ.ศ.2545 คือ ข้อB10

9.บ้านที่ท่านอยู่ในปัจจุบันนี้เป็นของใคร B10

- | | |
|------------------------|------------------------------------------------------|
| 1.ตัวท่านเอง | 2.คู่สมรส |
| 3.ตัวท่านเองกับคู่สมรส | 4.ตัวท่านเองกับบุคคลอื่น |
| 5.บุตรชายโสด | 6.บุตรหญิงโสด |
| 7.บุตรชายสมรส | 8.บุตรหญิงสมรส |
| 9.บุตรเขย/บุตรสะใภ้ | 10.บุตรของบุตร |
| 11.พ่อ/แม่ | 12.พี่น้อง |
| 13.ญาติ | 14.เพื่อน/เพื่อนบ้าน |
| 15.เช่า | 16.อยู่โดยไม่เสียค่าเช่าเพราะเป็นส่วนหนึ่งของค่าจ้าง |

*สำหรับการวิจัยครั้งนี้ จะยุบกลุ่มรายการที่ 1-4 เข้าด้วยกัน (เป็นเจ้าของบ้าน)
และยุบกลุ่มรายการที่ 5-16 เข้าด้วยกัน (ไม่เป็นเจ้าของบ้าน)*

พ.ศ.2550 คือ ข้อA31

8.บ้านที่ท่านอยู่ในปัจจุบันนี้เป็นของใคร A31

- | | |
|----------------------------------|--------|
| 1.ตัวผู้สูงอายุเองและหรือคู่สมรส | 2.บุตร |
| 3.บุตรของบุตร | 4.ญาติ |
| 5.คนอื่นๆ (ระบุ)..... | |

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ จะยุบกลุ่มรายการที่ 2-5 เข้าด้วยกัน (ไม่เป็นเจ้าของบ้าน)

พ.ศ.2554 คือ ข้อOP44

“บ้านที่...(ชื่อ).... อยู่ในปัจจุบันนี้ เป็นของใคร	
บันทึกรหัส	
ผู้สูงอายุเองและ/หรือคู่สมรส.....	1
บุตร.....	2
บุตรของบุตร.....	3
ญาติ.....	4
คนอื่น ๆ (ระบุ).....	5
OP44	

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ จะยุบกลุ่มรายการที่ 2-5 เข้าด้วยกัน (ไม่เป็นเจ้าของบ้าน)

ตัวชี้วัด: ลักษณะการอยู่อาศัย

รายละเอียดของข้อความที่นำมาใช้ในแต่ละปี พ.ศ. มีดังต่อไปนี้

พ.ศ.2545 คือ ข้อB12

11.ท่านอยู่ในบ้านนี้กับใคร

1.อยู่คนเดียว

2.อยู่หลายคน (ข้ามไปถามข้อ 13)

B12

พ.ศ.2550 คือ ข้อA33

10.ท่านอยู่ในบ้านนี้กับใคร

1.อยู่คนเดียว

2.อยู่หลายคน (ข้ามไปตอบข้อ 12)

A33

พ.ศ.2554 คือ ข้อ8

8.จำนวนสมาชิกในครัวเรือน.....คน

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ จำนวนสมาชิก 1 คน คือ อยู่คนเดียว และจำนวนสมาชิก 2 คนขึ้นไป คือ อยู่หลายคน



ภาคผนวก ข

ข้อมูลการกระจายของระดับตัวชี้วัด ในแต่ละดัชนีองค์ประกอบบุดมวิทย์ของผู้สูงอายุไทย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ร้อยละของระดับตัวชี้วัด ในแต่ละดัชนีองค์ประกอบบุคลิกภาพของผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2545

ดัชนีองค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด	ระดับ	ร้อยละ			
ด้านสุขภาพ	สุขภาพกาย	ประเมินสุขภาพกายด้วยตนเอง	ดีมาก	5.6			
			ดี	40.9			
			ปานกลาง	30.0			
			ไม่ดี	21.9			
			ไม่ดีมากๆ	1.6			
สุขภาพจิต	รู้สึกอึดอัดใจ	รู้สึกเหงา/ขาดคนคุยด้วย	ไม่มี	80.4			
			มีน้อย	13.4			
			มีปานกลาง	4.8			
			มีมาก	1.4			
			ไม่มี	70.1			
			มีน้อย	18.2			
			มีปานกลาง	9.7			
			มีมาก	2.0			
			ไม่มี	84.1			
			มีน้อย	12.0			
			มีปานกลาง	3.2			
			มีมาก	0.7			
			การมองเห็น	ความสามารถทางการมองเห็น	ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่แว่น	43.4	
						ชัดเจนแต่ต้องใส่แว่น	29.4
						ไม่ชัดเจน	26.8
ไม่เห็นเลย (ตาบอด)	0.4						
การได้ยิน	ความสามารถทางการได้ยิน	ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่หูฟัง				83.4	
						ชัดเจนแต่ต้องใส่หูฟัง	2.4
			ไม่ชัดเจน	14.1			
			ไม่ได้ยินเลย (หูหนวก)	0.1			
			ADL	กินข้าว		ทำเองได้	99.5
						ทำเองไม่ได้	0.5
	ใส่เสื้อผ้า					ทำเองได้	99.0
						ทำเองไม่ได้	1.0
							อาบน้ำ/เข้าห้องสุขา
			ทำเองไม่ได้	1.4			
			Function Limitation	การลุกนั่งยองๆ			
ไม่ได้	4.5						
	ยกของหนักประมาณ 5 กก.						
						ไม่ได้	34.4
							เดินขึ้นบันได 2-3 ชั้น
			ไม่ได้	8.0			

		เดินทางโดยขึ้นรถ/ลงเรือคนเดียว	ได้	72.9
			ไม่ได้	27.1
ด้านการมีส่วนร่วม	การเป็นสมาชิกกลุ่ม	กลุ่มผู้สูงอายุ	เป็นสมาชิก	22.2
			ไม่เป็นสมาชิก	77.8
		กลุ่มฌาปนกิจ	เป็นสมาชิก	54.7
			ไม่เป็นสมาชิก	45.3
		กลุ่มอาชีพ	เป็นสมาชิก	2.3
			ไม่เป็นสมาชิก	97.7
		กลุ่มแม่บ้าน	เป็นสมาชิก	4.3
			ไม่เป็นสมาชิก	95.7
		กลุ่มสหกรณ์/กลุ่มออมทรัพย์	เป็นสมาชิก	18.1
			ไม่เป็นสมาชิก	81.9
กลุ่มลูกเสือชาวบ้าน	เป็นสมาชิก	4.1		
	ไม่เป็นสมาชิก	95.9		
การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม	กลุ่มผู้สูงอายุ	เข้าร่วม	17.1	
		ไม่เข้าร่วม	82.9	
	กลุ่มฌาปนกิจ	เข้าร่วม	36.8	
		ไม่เข้าร่วม	63.2	
	กลุ่มอาชีพ	เข้าร่วม	2.4	
		ไม่เข้าร่วม	97.6	
	กลุ่มแม่บ้าน	เข้าร่วม	4.2	
		ไม่เข้าร่วม	95.8	
	กลุ่มสหกรณ์/กลุ่มออมทรัพย์	เข้าร่วม	12.2	
		ไม่เข้าร่วม	87.8	
กลุ่มลูกเสือชาวบ้าน	เข้าร่วม	3.4		
	ไม่เข้าร่วม	96.6		
ด้านความมั่นคง	ความเพียงพอของรายได้	ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีพ	มากเกินความจำเป็น	0.6
			เพียงพอ	60.6
			ไม่เพียงพอ	38.8
ความเป็นเจ้าของบ้าน	ความเป็นเจ้าของบ้านที่อยู่ปัจจุบัน	เป็นเจ้าของบ้าน	84.9	
		ไม่เป็นเจ้าของบ้าน	15.1	
ลักษณะการอยู่อาศัย	การอยู่อาศัยร่วมกันในครอบครัว	อยู่หลายคน	100.0	
		อยู่คนเดียว	0.0	

ร้อยละของระดับตัวชี้วัด ในแต่ละดัชนีองค์ประกอบบุคลิกภาพของผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2550

ดัชนีองค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด	ระดับ	ร้อยละ	
ด้านสุขภาพ	สุขภาพกาย	ประเมินสุขภาพกายด้วยตนเอง	ดีมาก	3.6	
			ดี	43.6	
			ปานกลาง	29.2	
			ไม่ดี	21.8	
	สุขภาพจิต	คิดมากหรือมีความกังวลใจ	ไม่คิดมาก	53.0	
			เป็นบางครั้ง	43.8	
			เป็นประจำ	3.2	
			รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ	ไม่เคย	54.3
				เป็นบางครั้ง	43.2
				เป็นประจำ	2.5
			รู้สึกหมดหวังในชีวิต	ไม่เคย	81.8
				เป็นบางครั้ง	16.8
				เป็นประจำ	1.4
			รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า	ไม่เคย	84.3
				เป็นบางครั้ง	14.4
				เป็นประจำ	1.3
รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	ไม่เคย	75.4			
	เป็นบางครั้ง	23.1			
	เป็นประจำ	1.5			
รู้สึกเหงา	ไม่เคย	64.0			
	เป็นบางครั้ง	33.2			
	เป็นประจำ	2.8			
การมองเห็น	ความสามารถทางการมองเห็น	ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่แว่น	53.8		
		ชัดเจนแต่ต้องใส่แว่น	24.9		
		ไม่ชัดเจน	21.0		
		ไม่เห็นเลย (ตาบอด)	0.3		
การได้ยิน	ความสามารถทางการได้ยิน	ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่หูฟัง	87.1		
		ชัดเจนแต่ต้องใส่หูฟัง	0.9		
		ไม่ชัดเจน	11.9		
		ไม่ได้ยินเลย (หูหนวก)	0.1		
ADL	กินอาหาร	ทำได้เอง	99.2		
		ทำได้บางครั้ง	0.4		
		ทำไม่ได้เลย	0.4		
	ใส่เสื้อผ้า	ทำได้เอง	98.9		
		ทำได้บางครั้ง	0.6		
		ทำไม่ได้เลย	0.5		

		อาบน้ำ/ล้างหน้า/แปรงฟัน/เข้าสุขา	ทำได้เอง	98.7
			ทำได้บางครั้ง	0.8
			ทำไม่ได้เลย	0.5
Function Limitation		การลุกนั่งยองๆ	ทำได้เอง	89.9
			ทำได้บางครั้ง	5.2
			ทำไม่ได้เลย	4.9
		ยกของหนักประมาณ 5 กก.	ทำได้เอง	75.5
			ทำได้บางครั้ง	12.3
			ทำไม่ได้เลย	12.2
		เดินขึ้นบันได 2-3 ชั้น	ทำได้เอง	88.9
			ทำได้บางครั้ง	7.4
			ทำไม่ได้เลย	3.7
		เดินทางโดยขึ้นรถ/ลงเรือคนเดียว	ทำได้เอง	77.0
			ทำได้บางครั้ง	12.9
			ทำไม่ได้เลย	10.1
ด้านการมีส่วนร่วม	การเป็นสมาชิกกลุ่ม	กลุ่มผู้สูงอายุ	เป็นสมาชิก	26.3
			ไม่เป็นสมาชิก	73.7
		กลุ่มฌาปนกิจ	เป็นสมาชิก	58.4
			ไม่เป็นสมาชิก	41.6
		กลุ่มอาชีพ	เป็นสมาชิก	1.9
			ไม่เป็นสมาชิก	98.1
		กลุ่มแม่บ้าน	เป็นสมาชิก	4.7
			ไม่เป็นสมาชิก	95.3
		กลุ่มสหกรณ์/กลุ่มออมทรัพย์	เป็นสมาชิก	21.3
			ไม่เป็นสมาชิก	78.7
		กลุ่มลูกเสือชาวบ้าน	เป็นสมาชิก	3.5
			ไม่เป็นสมาชิก	96.5
	การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม	กลุ่มผู้สูงอายุ	เข้าร่วม	21.9
			ไม่เข้าร่วม	78.1
		กลุ่มฌาปนกิจ	เข้าร่วม	41.8
			ไม่เข้าร่วม	58.2
		กลุ่มอาชีพ	เข้าร่วม	1.8
			ไม่เข้าร่วม	98.2
		กลุ่มแม่บ้าน	เข้าร่วม	4.2
			ไม่เข้าร่วม	95.8
		กลุ่มสหกรณ์/กลุ่มออมทรัพย์	เข้าร่วม	15.9
			ไม่เข้าร่วม	84.1

		กลุ่มลูกเสือชาวบ้าน	เข้าร่วม	2.4
			ไม่เข้าร่วม	97.6
ด้านความมั่นคง	ความเพียงพอของรายได้	ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีพ	เกินเพียงพอ	1.5
			เพียงพอ	58.0
			เพียงพอบางครั้ง	21.4
			ไม่เพียงพอ	22.1
	ความเป็นเจ้าของบ้าน	ความเป็นเจ้าของบ้านที่อยู่ปัจจุบัน	เป็นเจ้าของบ้าน	83.6
			ไม่เป็นเจ้าของบ้าน	16.4
	ลักษณะการอยู่อาศัย	การอยู่อาศัยร่วมกันในครอบครัว	อยู่หลายคน	90.7
			อยู่คนเดียว	9.3



ร้อยละของระดับตัวชี้วัด ในแต่ละดัชนีองค์ประกอบบุคลิกภาพของผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2554

ดัชนีองค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด	ระดับ	ร้อยละ		
ด้านสุขภาพ	สุขภาพกาย	ประเมินสุขภาพกายด้วยตนเอง	ดีมาก	4.5		
			ดี	38.7		
			ปานกลาง	42.3		
			ไม่ดี	13.7		
			ไม่ดีมากๆ	0.8		
			สุขภาพจิต	คิดมากหรือมีความกังวลใจ	ไม่เคย	60.9
					เป็นบางครั้ง	36.9
					เป็นประจำ	2.2
			รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ	ไม่เคย	62.2	
				เป็นบางครั้ง	36.0	
				เป็นประจำ	1.8	
			รู้สึกหมดหวังในชีวิต	ไม่เคย	84.3	
				เป็นบางครั้ง	14.5	
				เป็นประจำ	1.2	
			รู้สึกกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า	ไม่เคย	87.9	
				เป็นบางครั้ง	11.2	
เป็นประจำ	0.9					
รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	ไม่เคย	79.8				
	เป็นบางครั้ง	19.0				
	เป็นประจำ	1.2				
รู้สึกเหงา	ไม่เคย	66.9				
	เป็นบางครั้ง	31.2				
	เป็นประจำ	1.9				
การมองเห็น	ความสามารถทางการมองเห็น	ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่แว่น	54.2			
		ชัดเจนแต่ต้องใส่แว่น	29.2			
		ไม่ชัดเจน	16.4			
		ไม่เห็นเลย (ตาบอด)	0.2			
การได้ยิน	ความสามารถทางการได้ยิน	ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่หูฟัง	88.4			
		ชัดเจนแต่ต้องใส่หูฟัง	2.1			
		ไม่ชัดเจน	9.4			
		ไม่ได้ยินเลย (หูหนวก)	0.1			
ADL	กินอาหาร	ทำได้เอง	99.4			
		ทำได้บางครั้ง	0.3			
		ทำไม่ได้เลย	0.3			
	ใส่เสื้อผ้า	ทำได้เอง	99.2			
		ทำได้บางครั้ง	0.6			
		ทำไม่ได้เลย	0.2			

		อาบน้ำ	ทำได้เอง	99.1
			ทำได้บางครั้ง	0.6
			ทำไม่ได้เลย	0.3
		ล้างหน้า/แปรงฟัน	ทำได้เอง	99.3
			ทำได้บางครั้ง	0.4
			ทำไม่ได้เลย	0.3
		การใช้ห้องน้ำ/ห้องส้วม	ทำได้เอง	98.9
			ทำได้บางครั้ง	0.7
			ทำไม่ได้เลย	0.4
Function Limitation		การลุกนั่งยองๆ	ทำได้เอง	89.8
			ทำได้บางครั้ง	6.6
			ทำไม่ได้เลย	3.6
		ยกของหนักประมาณ 5 กก.	ทำได้เอง	73.2
			ทำได้บางครั้ง	15.1
			ทำไม่ได้เลย	11.7
		เดินขึ้นบันได 2-3 ชั้น	ทำได้เอง	91.2
			ทำได้บางครั้ง	6.0
			ทำไม่ได้เลย	2.8
		เดินทางโดยขึ้นรถ/ลงเรือคนเดียว	ทำได้เอง	79.5
			ทำได้บางครั้ง	13.2
			ทำไม่ได้เลย	7.3
ด้านการมีส่วนร่วม	การเป็นสมาชิกกลุ่ม	กลุ่มผู้สูงอายุ	เป็นสมาชิก	34.2
			ไม่เป็นสมาชิก	65.8
		กลุ่มฌาปนกิจ	เป็นสมาชิก	56.1
			ไม่เป็นสมาชิก	43.9
		กลุ่มอาชีพ	เป็นสมาชิก	5.0
			ไม่เป็นสมาชิก	95.0
		กลุ่มแม่บ้าน	เป็นสมาชิก	7.3
			ไม่เป็นสมาชิก	92.7
		กลุ่มสหกรณ์/กลุ่มออมทรัพย์	เป็นสมาชิก	18.3
			ไม่เป็นสมาชิก	91.7
		กลุ่มลูกเสือชาวบ้าน	เป็นสมาชิก	5.1
			ไม่เป็นสมาชิก	94.9
การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม		กลุ่มผู้สูงอายุ	เข้าร่วม	28.6
			ไม่เข้าร่วม	71.4
		กลุ่มฌาปนกิจ	เข้าร่วม	34.8
			ไม่เข้าร่วม	65.2

		กลุ่มอาชีพ	เข้าร่วม	3.9
			ไม่เข้าร่วม	96.1
		กลุ่มแม่บ้าน	เข้าร่วม	5.7
			ไม่เข้าร่วม	94.3
		กลุ่มสหกรณ์/กลุ่มออมทรัพย์	เข้าร่วม	12.2
			ไม่เข้าร่วม	87.8
		กลุ่มลูกเสือชาวบ้าน	เข้าร่วม	3.4
			ไม่เข้าร่วม	96.6
ด้านความมั่นคง	ความเพียงพอของรายได้	ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีพ	เกินเพียงพอ	3.7
			เพียงพอ	58.2
			เพียงพอบางครั้ง	22.8
			ไม่เพียงพอ	15.3
ความเป็นเจ้าของบ้าน	ความเป็นเจ้าของบ้านที่อยู่ปัจจุบัน	เป็นเจ้าของบ้าน	84.0	
		ไม่เป็นเจ้าของบ้าน	16.0	
ลักษณะการอยู่อาศัย	การอยู่อาศัยร่วมกันในครอบครัว	อยู่หลายคน	88.6	
		อยู่คนเดียว	11.4	



ตัวอย่างการคำนวณดัชนีองค์ประกอบของ 1 กรณีตัวอย่าง ซึ่งได้คำตอบจากแบบสอบถามดังตารางด้านล่าง และมีรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตัวชี้วัด		คำตอบที่ให้เลือก (ค่าคะแนน)	คำตอบที่ได้ (ค่าคะแนน)
สุขภาพกาย		ดีมาก (4) ดี (3) ปานกลาง (2) ไม่ดี (1) ไม่ดีมากฯ (0)	ดีมาก (4)
สุขภาพจิต (เชิงลบ)	รู้สึกอึดอัดใจ	ไม่มี (3) มีน้อย (2) มีปานกลาง (1) มีมาก (0)	มีน้อย (2)
	รู้สึกเหงา/ขาดคนคุย ด้วย	ไม่มี (3) มีน้อย (2) มีปานกลาง (1) มีมาก (0)	มีน้อย (2)
	รู้สึกเหนื่อย	ไม่มี (3) มีน้อย (2) มีปานกลาง (1) มีมาก (0)	มีน้อย (2)
การมองเห็น		ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่แว่น (3) ชัดเจนแต่ต้องใส่แว่น (2) ไม่ชัดเจน (1) ไม่เห็นเลย/ตาบอด (0)	ชัดเจนแต่ต้องใส่แว่น (2)
การได้ยิน		ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง (3) ชัดเจนแต่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง (2) ไม่ชัดเจน (1) ไม่ได้ยินเลย/หูหนวก (0)	ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง (3)
ข้อจำกัดในการทำ กิจกรรมประจำวัน	กินข้าว	ได้ (1) ไม่ได้ (0)	ได้ (1)
	ใส่เสื้อผ้า	ได้ (1) ไม่ได้ (0)	ได้ (1)
	อาบน้ำ/เข้าห้องสุขา	ได้ (1) ไม่ได้ (0)	ได้ (1)

ตัวชี้วัด		คำตอบที่ให้เลือก (ค่าคะแนน)	คำตอบที่ได้ (ค่าคะแนน)
ข้อจำกัดด้านการทำ หน้าที่ของร่างกาย	นั่งยองๆ	ได้ (1) ไม่ได้ (0)	ได้ (1)
	ยกของหนักประมาณ 5 กิโลกรัม.	ได้ (1) ไม่ได้ (0)	ไม่ได้ (0)
	เดินขึ้นบันได 2-3 ชั้น	ได้ (1) ไม่ได้ (0)	ได้ (1)
	เดินทางโดยขึ้นรถ/ลง เรือคนเดียว	ได้ (1) ไม่ได้ (0)	ไม่ได้ (0)
การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ ชมรม	กลุ่มผู้สูงอายุ	เป็นสมาชิก (1) ไม่เป็นสมาชิก (0)	เป็นสมาชิก (1)
	กลุ่มฌาปนกิจ	เป็นสมาชิก (1) ไม่เป็นสมาชิก (0)	เป็นสมาชิก (1)
	กลุ่มอาชีพ	เป็นสมาชิก (1) ไม่เป็นสมาชิก (0)	ไม่เป็นสมาชิก (0)
	กลุ่มแม่บ้าน	เป็นสมาชิก (1) ไม่เป็นสมาชิก (0)	ไม่เป็นสมาชิก (0)
	กลุ่มสหกรณ์/กลุ่ม ออมทรัพย์	เป็นสมาชิก (1) ไม่เป็นสมาชิก (0)	ไม่เป็นสมาชิก (0)
	กลุ่มลูกเสือชาวบ้าน	เป็นสมาชิก (1) ไม่เป็นสมาชิก (0)	ไม่เป็นสมาชิก (0)
การเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่ม/ชมรม	กลุ่มผู้สูงอายุ	เข้าร่วมกิจกรรม (1) ไม่เข้าร่วมกิจกรรม (0)	เข้าร่วมกิจกรรม (1)
	กลุ่มฌาปนกิจ	เข้าร่วมกิจกรรม (1) ไม่เข้าร่วมกิจกรรม (0)	ไม่เข้าร่วมกิจกรรม (0)
	กลุ่มอาชีพ	เข้าร่วมกิจกรรม (1) ไม่เข้าร่วมกิจกรรม (0)	ไม่เข้าร่วมกิจกรรม (0)
	กลุ่มแม่บ้าน	เข้าร่วมกิจกรรม (1) ไม่เข้าร่วมกิจกรรม (0)	ไม่เข้าร่วมกิจกรรม (0)
	กลุ่มสหกรณ์/กลุ่ม ออมทรัพย์	เข้าร่วมกิจกรรม (1) ไม่เข้าร่วมกิจกรรม (0)	ไม่เข้าร่วมกิจกรรม (0)
	กลุ่มลูกเสือชาวบ้าน	เข้าร่วมกิจกรรม (1) ไม่เข้าร่วมกิจกรรม (0)	ไม่เข้าร่วมกิจกรรม (0)

ตัวชี้วัด		คำตอบที่ให้เลือก (ค่าคะแนน)	คำตอบที่ได้ (ค่าคะแนน)
ความเพียงพอของรายได้		เกินเพียงพอ (3) เพียงพอ (2) ไม่เพียงพอ (1)	เพียงพอ (2)
ความเป็นเจ้าของบ้าน		เป็นเจ้าของบ้าน (1) ไม่เป็นเจ้าของบ้าน (0)	เป็นเจ้าของบ้าน (1)
ลักษณะการอยู่อาศัย		อยู่กับคู่สมรส ลูก หรือคนอื่นๆ (1) อยู่คนเดียว (0)	อยู่กับคู่สมรส ลูก หรือคนอื่นๆ (1)

การคำนวณดัชนีด้านสุขภาพ เป็นดังนี้

1) สร้างคะแนนส่วนประกอบ (Component Score)

$$\text{คะแนนส่วนประกอบ} = \frac{\text{ค่าคำตอบที่ได้ของตัวชี้วัด}}{\text{ค่าคำตอบสูงสุดที่เป็นไปได้ของตัวชี้วัด}}$$

$$1. \text{สุขภาพกาย} = 4/4$$

$$2. \text{สุขภาพจิต} = (2+2+2)/(3+3+3) = 6/9$$

$$3. \text{การมองเห็น} = 2/3$$

$$4. \text{การได้ยิน} = 3/3$$

$$5. \text{ข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน} = (1+1+1)/(1+1+1) = 3/3$$

$$6. \text{ข้อจำกัดด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย} = (1+0+1+0)/(1+1+1+1) = 2/4$$

2) สร้างคะแนนของด้าน (Dimension Score)

$$\text{คะแนนของด้าน} = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนส่วนประกอบทั้งหมด}}{\text{จำนวนของตัวชี้วัดทั้งหมด}}$$

$$\text{คะแนนด้านสุขภาพ} = (4/4+6/9+2/3+3/3+3/3+2/4)/6 = 0.805556$$

3) สร้างดัชนีของด้าน (Dimension Index)

$$\text{ดัชนีของด้าน} = \frac{\text{คะแนนของด้าน} - \text{คะแนนต่ำสุดที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง}}{\text{คะแนนสูงสุดที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง} - \text{คะแนนต่ำสุดที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง}}$$

$$\text{ดัชนีด้านสุขภาพ} = (0.805556-0.527778)/(0.916667-0.527778) = 0.714286$$

การคำนวณดัชนีด้านการมีส่วนร่วม เป็นดังนี้

1) สร้างคะแนนส่วนประกอบ (Component Score)

$$\text{คะแนนส่วนประกอบ} = \frac{\text{ค่าคำตอบที่ได้ของตัวชี้วัด}}{\text{ค่าคำตอบสูงสุดที่เป็นไปได้ของตัวชี้วัด}}$$

$$1. \text{การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม} = (1+1+0+0+0+0)/(1+1+1+1+1+1) = 2/6$$

$$2. \text{การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม} = (1+0+0+0+0+0)/(1+1+1+1+1+1) = 1/6$$

2) สร้างคะแนนของด้าน (Dimension Score)

$$\text{คะแนนของด้าน} = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนส่วนประกอบทั้งหมด}}{\text{จำนวนของตัวชี้วัดทั้งหมด}}$$

$$\text{คะแนนด้านการมีส่วนร่วม} = (2/6+1/6)/2 = 0.250000$$

3) สร้างดัชนีของด้าน (Dimension Index)

$$\text{ดัชนีของด้าน} = \frac{\text{คะแนนของด้าน} - \text{คะแนนต่ำสุดที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง}}{\text{คะแนนสูงสุดที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง} - \text{คะแนนต่ำสุดที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง}}$$

$$\text{ดัชนีด้านการมีส่วนร่วม} = (0.250000-0.166667)/(1.000000-0.166667) = 0.099999$$

การคำนวณดัชนีด้านความมั่นคง เป็นดังนี้

1) สร้างคะแนนส่วนประกอบ (Component Score)

$$\text{คะแนนส่วนประกอบ} = \frac{\text{ค่าคำตอบที่ได้ของตัวชี้วัด}}{\text{ค่าคำตอบสูงสุดที่เป็นไปได้ของตัวชี้วัด}}$$

$$1. \text{ความเพียงพอของรายได้} = 2/3$$

$$2. \text{ความเป็นเจ้าของบ้าน} = 1/1$$

$$3. \text{ลักษณะการอยู่อาศัย} = 1/1$$

2) สร้างคะแนนของด้าน (Dimension Score)

$$\text{คะแนนของด้าน} = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนส่วนประกอบทั้งหมด}}{\text{จำนวนของตัวชี้วัดทั้งหมด}}$$

$$\text{คะแนนด้านความมั่นคง} = (2/3+1/1+1/1)/3 = 0.888889$$

3) สร้างดัชนีของด้าน (Dimension Index)

$$\text{ดัชนีของด้าน} = \frac{\text{คะแนนของด้าน} - \text{คะแนนต่ำสุดที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง}}{\text{คะแนนสูงสุดที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง} - \text{คะแนนต่ำสุดที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง}}$$

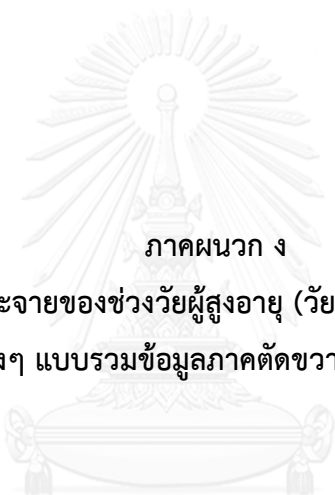
$$\text{ดัชนีด้านความมั่นคง} = (0.888889 - 0.333337) / (1.000000 - 0.333337) = 0.833332$$

สร้างดัชนีวิฤฒิวย (Active Ageing Index)

$$\text{ดัชนีวิฤฒิวย} = \frac{(\text{ดัชนีด้านสุขภาพ} + \text{ดัชนีด้านการมีส่วนร่วม} + \text{ดัชนีด้านความมั่นคง})}{3}$$

$$\text{ดังนั้น ดัชนีวิฤฒิวย} = (0.714286 + 0.099999 + 0.833332) / 3 = 0.549206$$





ภาคผนวก ง

สัดส่วนการกระจายของช่วงวัยผู้สูงอายุ (วัยต้น วัยกลาง วัยปลาย)

จำแนกตามคุณลักษณะต่างๆ แบบรวมข้อมูลภาคตัดขวาง (ปีพ.ศ. 2545 2550 และ 2554)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ร้อยละของช่วงวัยผู้สูงอายุ จำแนกตามคุณลักษณะต่างๆ แบบรวมข้อมูลภาคตัดขวาง

คุณลักษณะ	วัยต้น	วัยกลาง	วัยปลาย	รวม
	60 - 69 ปี	70 - 79 ปี	80 ปีขึ้นไป	
1.เพศ				
หญิง	60.7	31.8	7.5	100.0
ชาย	61.5	31.5	7.0	100.0
2.เขตที่อยู่อาศัย				
นอกเขตเทศบาล (ชนบท)	60.6	32.0	7.4	100.0
ในเขตเทศบาล (เมือง)	62.2	30.8	7.0	100.0
3.การศึกษา				
ไม่มีการศึกษา	47.1	37.0	15.9	100.0
ประถมศึกษา	62.4	31.7	5.9	100.0
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	71.4	23.5	5.1	100.0
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	75.3	20.3	4.4	100.0
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	72.1	24.8	3.1	100.0
ปริญญาตรีขึ้นไป	72.7	24.6	2.7	100.0
4.สถานภาพสมรส				
โสด	68.5	26.9	4.6	100.0
สมรสและคู่สมรสอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน	67.9	27.9	4.2	100.0
สมรสและคู่สมรสไม่อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน	63.1	30.0	6.9	100.0
หม้าย/หย่า/แยก	47.5	39.3	13.2	100.0
5.รายได้ต่อปี (บาท)				
ต่ำกว่า 10,000	45.0	42.8	12.2	100.0
10,000-19,999	56.7	34.7	8.6	100.0
20,000-49,999	63.9	29.8	6.3	100.0
50,000 ขึ้นไป	70.4	25.2	4.4	100.0
6.สถานภาพการทำงาน				
ประกอบธุรกิจของตนเองโดยไม่มีลูกจ้าง	77.5	20.6	1.9	100.0
ช่วยธุรกิจของครัวเรือนโดยไม่ได้รับค่าจ้าง	82.0	17.1	0.9	100.0
นายจ้าง	73.2	23.3	3.5	100.0
ลูกจ้าง (รัฐบาล รัฐวิสาหกิจ เอกชน)	85.5	13.6	0.9	100.0
สมาชิกของการรวมกลุ่มการผลิต	77.8	22.2	0.0	100.0
ไม่ได้ทำงาน	50.6	38.9	10.5	100.0

(ยังมีต่อ)

คุณลักษณะ	วัยต้น	วัยกลาง	วัยปลาย	รวม
	60 – 69 ปี	70 - 79 ปี	80 ปีขึ้นไป	
7.การตรวจสอบสุขภาพ				
ไม่ตรวจ	62.5	30.5	7.0	100.0
ตรวจ	59.5	33.3	7.2	100.0
8.การดูแลปรนนิบัติ				
ดูแลตนเอง	72.3	24.6	3.1	100.0
คู่สมรสเป็นผู้ดูแล	61.6	31.9	6.5	100.0
บุตร/คู่สมรสของบุตร/บุตรของบุตร เป็นผู้ดูแล	51.4	35.9	12.7	100.0
พ่อ/แม่/พี่/น้อง/ญาติ เป็นผู้ดูแล	60.0	29.8	10.2	100.0
คนอื่นเป็นผู้ดูแล	29.6	37.4	33.0	100.0
9.การออกกำลังกาย				
ไม่ออกกำลังกาย	57.3	32.9	9.8	100.0
ออกกำลังกาย	63.2	31.0	5.8	100.0
10.ปีที่สำรวจ				
พ.ศ.2545	64.8	28.5	6.7	100.0
พ.ศ.2550	60.5	32.2	7.3	100.0
พ.ศ.2554	59.1	33.4	7.5	100.0

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายสุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล เกิดเมื่อวันศุกร์ที่ 23 เดือนมีนาคม พ.ศ.2516 ที่ กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาวิทยาศาสตร์บัณฑิต เกียรตินิยมอันดับสอง สาขาวิชา ศึกษาศาสตร์-เกษตร จากมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ.2539

ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2539 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2542 ทำงานเป็นเจ้าหน้าที่ พัฒนาการตลาด ธุรกิจเมล็ดพันธุ์ บริษัท เจียไต๋ จำกัด (เครือเจริญโภคภัณฑ์) หลังจากนั้นเป็นครู สอนวิชาคณิตศาสตร์ ระดับมัธยมศึกษา ที่โรงเรียนยอแซฟอุปถัมภ์ (อัครสังฆมณฑลกรุงเทพฯ) จังหวัดนครปฐม โดยได้เป็นครูต้นแบบปฏิรูปการเรียนรู้ ของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษา เอกชน กระทรวงศึกษาธิการในปี พ.ศ. 2545

ในปีการศึกษา 2549 ได้เข้าศึกษาต่อหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา ประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระหว่างที่ศึกษาได้รับ ทุนอุดหนุนการศึกษา จากวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำเร็จ การศึกษาระดับมหาบัณฑิตเมื่อปีการศึกษา 2550

จากนั้นได้เข้าศึกษาต่อหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต ในปีการศึกษา 2552 สาขาวิชาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระหว่างที่ศึกษา ได้รับทุนผู้ช่วยสอนตั้งแต่ปีการศึกษา 2552 ถึง 2556 จากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย และสำเร็จการศึกษาระดับดุษฎีบัณฑิตเมื่อปีการศึกษา 2557