คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

บุศยมาศ พลเศษ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
กุมภาพันธ์ 2563
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

60058010_3938429681

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

บุศยมาศ พลเศษ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
กุมภาพันธ์ 2563
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

3938429681 UP iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY IN NONG LOM SUBDISTRICT, DOK KHAM TAI DISTRICT, PHAYAO PROVINCE

BUDSAYAMAS POLSAS

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment
of the Requirements for the Master of Public Health Degree

February 2020

Copyright 2019 by University of Phayao

3938429681 UP iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

เรื่อง

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

ของ บุศยมาศ พลเศษ

ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ของมหาวิทยาลัยพะเยา

..... อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประจวบ แหลมหลัก)

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ วีระพล จันทร์ดียิ่ง)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

เรื่อง: คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

ผู้ศึกษาค้นคว้า: บุศยมาศ พลเศษ, การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง: ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2562

อาจารย์ที่ปรึกษา: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประจวบ แหลมหลัก

คำสำคัญ คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 298 คน โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยคุณค่าในตนเอง และปัจจัยสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุวิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคส์สแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านร่างกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 60.1 ด้านจิตใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 54.5 ด้านสังคมผู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 52.8 และด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 60.8 ระดับคุณภาพชีวิตภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 69.7 และพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ ($p = 0.006$) เพศ ($p = 0.018$) สถานภาพสมรส ($p = 0.001$) โรคประจำตัว ($p = 0.037$) ระดับการศึกษา ($p < 0.001$) การอ่าน ($p < 0.001$) การเขียน ($p < 0.001$) อาชีพ ($p < 0.001$) ความเพียงพอของรายได้ ($p = 0.001$) การดื่มสุรา ($p < 0.001$) การออกกำลังกาย ($p = 0.001$) สถานบริการสุขภาพ ($p = 0.017$) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($p = 0.001$) สมรรถภาพสมอง ($p < 0.001$) การเป็นสมาชิกกกลุ่มชุมชน ($p < 0.001$) และการได้รับเบี้ยยังชีพ ($p < 0.001$)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

Title: QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY IN NONG LOM SUBDISTRICT, DOK KHAM TAI DISTRICT, PHAYAO PROVINCE

Author: Budsayamas Polsas, Independent Study: M.P.H., University of Phayao, 2019

Advisor: Assistant Professor Prachuab Lamluk

Keyword Qualities of life, The Elderiy

3938429681 UP iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ABSTRACT

This survey research was aimed to study the level of elderly quality of life and related factors related to the quality of life of the elderly in Nong Lom Subdistrict Dok Khamtai District, Phayao Province. The 298 samples were selected by Multi stage random sampling. Data were collected by interviewed questionnaires including personal data, self esteem, social support and quality of life. and analyzed by using requency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square and Pearson moment product.

The result found that majority of elderly quality of life in physical activity (60.1%), mental health (54.5%), social factor (52.8%), environmental factor (60.8%) and the overall quality of life (69.7%) was in medium level. The factors associated with overall quality of life with a statistically significant at 0.05 level were age ($p = 0.006$), sex ($p = 0.018$), family status ($p = 0.001$) congenital disease ($p = 0.037$), education ($p < 0.001$), reading ($p < 0.001$), writing ($p < 0.001$), occupation ($p < 0.001$), income ($p = 0.001$), alcohol drinking ($p < 0.001$), exercise ($p = 0.001$), health service ($p = 0.017$), activity daily living ($p = 0.001$), mental state examination ($p < 0.001$) community participation ($p < 0.001$) and Allowance ($p < 0.001$).

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาของอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์ อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประจวบ แหลมหลัก อาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่ได้กรุณาให้แนวคิดให้คำแนะนำตลอดจนช่วยตรวจสอบและแก้ไขจนกระทั่งการศึกษาครั้งนี้มีความสมบูรณ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมชาย จาดศรี อาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยพะเยา

ท่านสุภักดิ์ วงศ์ประสิทธิ์ สาธารณสุขอำเภอดอกคำใต้

ท่านประจักร กองตัน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้ำ

ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

บุศยมาศ พลเศษ

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ฌ

สารบัญภาพ ..... ด

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

คำถามการวิจัย 2

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 2

สมมติฐานของการวิจัย 3

ขอบเขตของการวิจัย 3

นิยามศัพท์เฉพาะ 3

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย 4

กรอบแนวคิดการวิจัย 5

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 6

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 6

แนวคิดที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 14

การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self Esteem) 19

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) 20

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 20

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย....30
รูปแบบการศึกษา....30
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง....30
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย....32
การพิทักสิทธิ์ของผู้ตอบแบบสอบถาม....35
การเก็บรวบรวมข้อมูล....35
การวิเคราะห์ข้อมูล....36
บทที่ 4 ผลการศึกษา....37
ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยคุณค่าในตนเอง และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม....37
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ....47
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ....52
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ....103
สรุปผลการวิจัย....103
อภิปรายผล....105
ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัยครั้งนี้....106
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป....107
บรรณานุกรม....108
ประวัติผู้วิจัย....114

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงจำนวนประชากรและจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามหมู่บ้าน.....32

ตาราง 2 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป 37

ตาราง 3 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยคุณค่าในตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) 41

ตาราง 4 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยคุณค่าในตนเอง 44

ตาราง 5 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยการสนับสนุน 46

ตาราง 6 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามรายข้อของคุณภาพชีวิต 47

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย.....48

ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามรายข้อของคุณภาพชีวิต ด้านจิตใจ.....48

ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 49

ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามรายข้อของคุณภาพชีวิต ด้านสังคม.....49

ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม.....50

ตาราง 12 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามรายข้อของคุณภาพชีวิต 50

ตาราง 13 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม 51

ตาราง 14 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ..... 51

ตาราง 15 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย.....52

ตาราง 16 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 52

ตาราง 17 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม.....53

ตาราง 18 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับคุณภาพชีวิต ด้านสิ่งแวดล้อม 54

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 19 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม.....54
ตาราง 20 ตารางการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับคุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย55
ตาราง 21 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ.....55
ตาราง 22 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม.....56
ตาราง 23 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับคุณภาพชีวิต ด้านสิ่งแวดล้อม 56
ตาราง 24 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม.....57
ตาราง 25 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพกับระดับคุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย.....57
ตาราง 26 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพกับระดับคุณภาพชีวิต ด้านจิตใจ 58
ตาราง 27 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพกับระดับคุณภาพชีวิต ด้านสังคม.....58
ตาราง 28 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพกับระดับคุณภาพชีวิต ด้านสิ่งแวดล้อม 59
ตาราง 29 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพกับระดับคุณภาพชีวิต โดยรวม 59
ตาราง 30 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวกับระดับคุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย.....60
ตาราง 31 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวกับระดับคุณภาพชีวิต ด้านจิตใจ.....60
ตาราง 32 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวกับระดับคุณภาพชีวิต ด้านสังคม..... 61
ตาราง 33 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวกับระดับคุณภาพชีวิต ด้านสิ่งแวดล้อม 61
ตาราง 34 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวกับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม.....62

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 35 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระดับคุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย.....62

ตาราง 36 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระดับคุณภาพชีวิต ด้านจิตใจ.....63

ตาราง 37 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระดับคุณภาพชีวิต ด้านสังคม.....63

ตาราง 38 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระดับคุณภาพชีวิต ด้านสิ่งแวดล้อม.....64

ตาราง 39 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม.....65

ตาราง 40 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการอ่านกับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย.....65

ตาราง 41 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการอ่านกับระดับ คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ.....66

ตาราง 42 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการอ่านกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม.....66

ตาราง 43 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการอ่านกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม.....67

ตาราง 44 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการอ่านกับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม.....67

ตาราง 45 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเขียนกับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย.....68

ตาราง 46 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเขียนกับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ.....68

ตาราง 47 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเขียนกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม.....69

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 48 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเขียนกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม 69

ตาราง 49 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเขียนกับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม 70

ตาราง 50 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นสมาชิกกลุ่มกับระดับ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 70

ตาราง 51 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นสมาชิกกลุ่มกับระดับ คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 71

ตาราง 52 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นสมาชิกกลุ่มกับระดับ คุณภาพชีวิตด้านสังคม 71

ตาราง 53 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นสมาชิกกลุ่มกับระดับ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม 72

ตาราง 54 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นสมาชิกกลุ่มกับระดับ คุณภาพชีวิตโดยรวม.....72

ตาราง 55 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการประกอบอาชีพกับระดับคุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย.....73

ตาราง 56 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการประกอบอาชีพกับระดับคุณภาพชีวิต ด้านจิตใจ.....73

ตาราง 57 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการประกอบอาชีพกับระดับคุณภาพ ชีวิตด้านสังคม 74

ตาราง 58 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการประกอบอาชีพกับระดับคุณภาพ ชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม 74

ตาราง 59 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการประกอบอาชีพกับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม.....75

ตาราง 60 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับเบี้ยยังชีพกับระดับ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 75

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 61 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับเบี้ยยังชีพกับระดับคุณภาพ ชีวิตด้านจิตใจ 76

ตาราง 62 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับเบี้ยยังชีพกับระดับ คุณภาพชีวิตด้านสังคม 76

ตาราง 63 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับเบี้ยยังชีพกับระดับ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม 77

ตาราง 64 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับเบี้ยยังชีพกับระดับ คุณภาพชีวิตโดยรวม....77

ตาราง 65 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้กับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย....78

ตาราง 66 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้กับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ....78

ตาราง 67 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้กับระดับ คุณภาพชีวิตด้านสังคม....79

ตาราง 68 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม 79

ตาราง 69 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม 80

ตาราง 70 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับสิ่งของจากเทศบาลกับ ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย....80

ตาราง 71 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับสิ่งของจากเทศบาลกับ ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ.... 81

ตาราง 72 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับสิ่งของจากเทศบาลกับ ระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม.... 81

ตาราง 73 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับสิ่งของจากเทศบาลกับ ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม 82

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 74 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับสิ่งของจากเทศบาลกับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม 82

ตาราง 75 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการอยู่อาศัย/ผู้ดูแลกับ ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย.....83

ตาราง 76 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการอยู่อาศัย/ผู้ดูแลกับ ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ.....83

ตาราง 77 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการอยู่อาศัย/ผู้ดูแลกับ ระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม.....84

ตาราง 78 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการอยู่อาศัย/ผู้ดูแลกับ ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม 84

ตาราง 79 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการอยู่อาศัย/ผู้ดูแลกับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม 85

ตาราง 80 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับระดับคุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย.....85

ตาราง 81 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับระดับคุณภาพชีวิต ด้านจิตใจ.....86

ตาราง 82 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับระดับคุณภาพชีวิต ด้านสังคม.....86

ตาราง 83 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับระดับคุณภาพชีวิต ด้านสิ่งแวดล้อม 87

ตาราง 84 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับระดับคุณภาพชีวิต โดยรวม 87

ตาราง 85 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์กับ ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย.....88

ตาราง 86 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์กับ ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ.....88

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 87 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์กับ ระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม 89

ตาราง 88 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์กับ ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม 89

ตาราง 89 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์กับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม 90

ตาราง 90 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายกับระดับคุณภาพ ชีวิตด้านร่างกาย 90

ตาราง 91 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายกับระดับคุณภาพ ชีวิตด้านจิตใจ 91

ตาราง 92 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายกับระดับคุณภาพ ชีวิตด้านสังคม 91

ตาราง 93 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายกับระดับคุณภาพ ชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม 92

ตาราง 94 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายกับระดับคุณภาพ ชีวิตโดยรวม.....92

ตาราง 95 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเลือกรับบริการสุขภาพกับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย.....93

ตาราง 96 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเลือกรับบริการสุขภาพกับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ.....93

ตาราง 97 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเลือกรับบริการสุขภาพกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม.....94

ตาราง 98 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเลือกรับบริการสุขภาพกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม 94

ตาราง 99 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเลือกรับบริการสุขภาพกับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม 95

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 100 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการนอนโรงพยาบาลกับระดับ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย.....95

ตาราง 101 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการนอนโรงพยาบาลกับระดับ คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ.....96

ตาราง 102 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการนอนโรงพยาบาลกับระดับ คุณภาพชีวิตด้านสังคม.....96

ตาราง 103 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการนอนโรงพยาบาลกับระดับ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม.....97

ตาราง 104 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการนอนโรงพยาบาลกับระดับ คุณภาพชีวิตโดยรวม.....97

ตาราง 105 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการหกล้มกับระดับคุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย.....98

ตาราง 106 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการหกล้มกับระดับคุณภาพชีวิต ด้านจิตใจ.....98

ตาราง 107 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการหกล้มกับระดับคุณภาพชีวิต ด้านสังคม.....99

ตาราง 108 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการหกล้มกับระดับคุณภาพชีวิต ด้านสิ่งแวดล้อม.....99

ตาราง 109 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการหกล้มกับระดับคุณภาพชีวิต โดยรวม.....100

ตาราง 110 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณค่าในตนเองกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ.....100

ตาราง 111 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นสมาชิกกลุ่มกับคุณภาพชีวิต.....101

ตาราง 112 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับเบี้ยยังชีพกับคุณภาพชีวิต.....101

ตาราง 113 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับสิ่งของจากเทศบาลกับคุณภาพชีวิต.....102

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....5

3938429681 uP iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงวัย” นับตั้งแต่ปีพ.ศ. 2548 เมื่อสัดส่วนประชากรสูงอายุสูงถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20 ในปีพ.ศ. 2564 และคาดว่าจะมีสัดส่วนถึงร้อยละ 32.1 ในปีพ.ศ. 2583 ดังนั้นประเทศไทยจึงเขาสู่สังคมผู้สูงอายุตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ (United Nation) ที่กำหนดไว้ว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งโครงสร้างอายุของประชากรที่เปลี่ยนไปนี้เท่ากับเป็นการเปลี่ยนโครงสร้างของสังคมไทยโดยรวมและนับจากนี้ไปสังคมไทยกำลังอยู่ในสภาวการณ์ที่มีผู้สูงวัยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (พลอยพรรณ เชี่ยวชาญ, 2559)

ผลกระทบจากการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ที่สะท้อนถึงการลดลงของระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลายด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจและสุขภาพ ในด้านเศรษฐกิจจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 80 ไม่มีเงินเพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ รายได้ส่วนใหญ่ได้รับการเกื้อหนุนจากบุตรมีแนวโน้มลดลง คือจากร้อยละ 54.1 ในปีพ.ศ. 2537 เหลือเพียงร้อยละ 40.1 ในปีพ.ศ. 2554 (อาภรณ์ ชีวะเกรียงไกร, 2560) ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องผันตัวเข้าสู่การใช้แรงงานมากขึ้นโดยร้อยละ 51.0 ของผู้สูงอายุให้เหตุผลว่าต้องทำงานเพื่อหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว (ไพโรจน์ วงศ์วุฒิวัฒน์, 2552) ในด้านสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุไทยเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิต ไตวาย ซึ่งเป็นภาวะที่บั่นทอนสุขภาพ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2554) โดยความพิการที่พบมาก คือสายตาเลือนรางทั้งสองข้าง หูตึงทั้งสองข้าง และอัมพฤกษ์ จากปัญหาสุขภาพส่งผลกระทบทำให้รัฐเกิดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 25,315 ล้านบาทในปีพ.ศ. 2523 เป็น 434,974 ล้านบาท ในปี

พ.ศ. 2548 หรือเพิ่มขึ้นเป็น 17.2 เท่าในช่วงเวลา 25 ปี (ไพโรจน์ วงศ์วุฒิวัฒน์, 2552)

สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยาสามปีย้อนหลัง พบว่าในปีพ.ศ. 2560 มีประชากรสูงอายุร้อยละ 20.7 ในปีพ.ศ. 2561 มีประชากรสูงอายุร้อยละ 21.9 และในปีพ.ศ. 2562 มีประชากรทั้งหมด 383,445 คน เป็นประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 90,448 คนคิดเป็นร้อยละ 23.6 ในส่วนของอำเภอดอกคำใต้ ในปีพ.ศ. 2560 มีประชากรสูงอายุร้อยละ 24.2 ในปีพ.ศ. 2561 มีประชากรสูงอายุร้อยละ 25.4 และในปี พ.ศ. 2562 มีประชากรทั้งหมด 93,959 คน เป็นประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 90,448 คน คิดเป็นร้อยละ 27 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2562) โดยจำนวนผู้สูงอายุในอำเภอดอกคำใต้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และสถานการณ์ข้อมูลผู้สูงอายุของตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้จังหวัดพะเยา ในปีพ.ศ. 2562 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 1,060 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 25.94 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหล่ม, 2562) จะเห็นได้ว่าสถานการณ์ผู้สูงอายุของตำบลหนองหล่มมีร้อยละที่มากกว่าร้อยละผู้สูงอายุระดับจังหวัดและร้อยละผู้สูงอายุประดับประเทศอย่างชัดเจน ซึ่งพื้นที่นี้เป็นห่างไกลจากอำเภอดอกคำใต้มากสุด และในพื้นที่นี้มีความหลากหลายด้านวัฒนธรรมและชนเผ่าที่มาอาศัยอยู่รวมกัน

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา โดยการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามอัตภาพ ไม่เป็นภาระผู้อื่น ซึ่งช่วยให้บรรลุเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยคุณค่าในตนเอง และปัจจัยสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร

2. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร

3. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยคุณค่าในตนเอง และปัจจัยสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยคุณค่าในตนเอง ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

2. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยคุณค่าในตนเองและปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยคุณค่าในตนเอง และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยในตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

2. ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาถึงระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

3. ขอบเขตด้านเวลา

ระยะเวลาที่ทำการศึกษาวิจัย ตั้งแต่ช่วงเดือน มกราคม 2562 ถึง ธันวาคม 2562

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่จริงในเขตตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หมายถึง ความพึงพอใจในการดำรงชีวิตในสิ่งที่ตนเป็นอยู่อย่างมีความสุขตามสภาพความเป็นอยู่และสภาวะรอบ ๆ ตัวเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา ความสัมพันธ์ระหว่างสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุในตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

3. โรคประจำตัว หมายถึง โรคหรือการเจ็บป่วยที่ต้องไปรับการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขเป็นประจำ

4. ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุและเป็นผู้ดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุ

5. ความเพียงพอของรายได้ หมายถึง ความรู้สึกถึงความพอเพียงของเงินที่ผู้สูงอายุได้รับแต่ละเดือน เพื่อใช้ในการดำรงชีวิต เมื่อเทียบกับรายจ่าย โดยจำแนกรายได้ออกเป็น

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

รายได้มากกว่ารายจ่าย รายได้พอดีกับรายจ่าย รายได้น้อยกว่ารายจ่าย

6. ความตระหนักในคุณค่าแห่งตน หมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีนำไปสู่ความเชื่อมั่นในตนเอง และการยอมรับนับถือตนเอง ซึ่งเป็นผลจากการประเมินตนเองโดยภาพรวมในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และแสดงออกมาในรูปแบบของทัศนคติในแง่บวกที่มีต่อตนเอง

7. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living – ADL) หมายถึง การประเมินความสามารถในการประกอบกิจกรรมช่วยเหลือตนเอง และการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง เช่น ทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว เข้าห้องน้ำ เป็นต้น

8. สมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุ หมายถึง เป็นกระบวนการทำหน้าที่ของสมองด้านความจำและการรู้คิด ทำให้มีความสามารถในการเรียนรู้และเป็นความบกพร่องของสมองที่ไม่ได้เป็นมาแต่กำเนิด คือ สมรรถนะสมองถดถอยตามอายุที่มากขึ้น เช่น สมองเสื่อมจากปัญหาหลอดเลือดสมอง

9. สวัสดิการทางสังคม หมายถึง การได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ในด้านความรู้และสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่ตนเองพึงได้รับจากหน่วยงานของภาครัฐและเอกชน

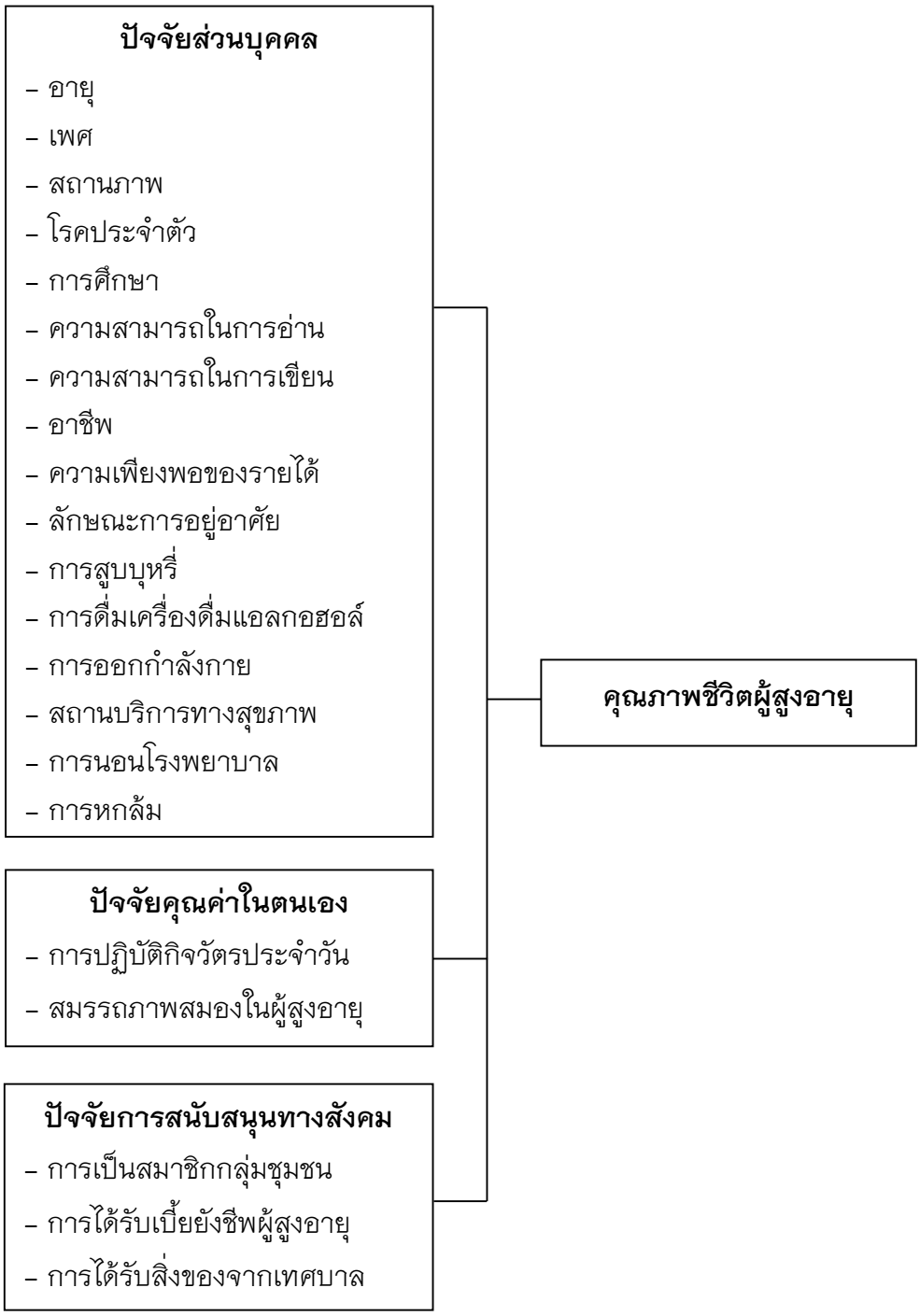
ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย

1. ทราบระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

2. นำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพัฒนาสอดคล้องกับความต้องการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

3938429681 UP iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยคุณค่าในตนเอง ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยคุณค่าในตนเอง และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
3. การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem)
4. แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

แนวคิดผู้สูงอายุ

ความหมายหรือคำนิยามผู้สูงอายุ กำหนดว่าบุคคลใดที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุจะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน เช่น สังคม ประเพณี กฎหมายของแต่ละประเทศ เป็นต้น โดยความหมายของผู้สูงอายุจะใช้เรียกบุคคลที่มีอายุมาก ผมขาว ผิวหนังเหี่ยวย่น การเคลื่อนไหวช้า เป็นต้น

สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง (2536) มีแนวคิดว่าผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี มีสุขภาพกาย และจิตสังคมค่อนข้างดี
2. ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุ 70-79 ปี พบความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตสังคม
3. ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุ 80 ปีขึ้นไป พบว่าภาวะเสื่อมถอยปรากฏชัดเจน

ราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมายคำว่าชราว่า แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม แต่คำนี้ไม่นิยมเพราะเกิดความหดหู่ใจและสิ้นหวัง ดังนั้น ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2512 ได้ให้ความหมายเพื่อยกย่องและให้เกียรติผู้ที่ชราว่าเป็นผู้ที่สูงอายุ ด้วยคุณวุฒิ วัยวุฒิและประสบการณ์

สุรกุล เจนอบรม (2541) กำหนดว่าบุคคลจะมีความสูงอายุมีเกณฑ์ในแตกต่างกัน

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ในการพิจารณา ซึ่งในที่นี้กำหนดไว้ 4 ลักษณะดังนี้

1. พิจารณาจากอายุจริงที่ปรากฏตามปีปฏิทิน โดยไม่เอาปัจจัยอื่นมาพิจารณาด้วย

2. พิจารณาจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามปี

3. พิจารณาจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ สติปัญญา การรับรู้ และเรียนรู้ที่ถดถอยลง

4. พิจารณาจากบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีกิจกรรมกลุ่มลดลง

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2544) เสนอความคิดเห็น บาร์โรและสมิธ (Barrow and Smith) ที่กำหนดเกณฑ์พิจารณาจากองค์ประกอบ ดังนี้

1. ประเพณีนิยม เช่น ประเทศไทยกำหนดอายุวัยเกษียณอายุครบ 60 ปี

2. การปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกาย บุคคลจะมีการเสื่อมสลายที่แตกต่างกัน

3. การปฏิบัติหน้าที่ทางด้านจิตใจ ความสามารถในการคิด การจำ การเรียนรู้

4. ความคิดเกี่ยวกับตนเองหรือมองตนเอง ผู้สูงอายุจะคิดว่า “ตนเองแก่อายุมากแล้ว” ส่งผลต่อบุคลิกภาพ ความรู้สึก และการดำเนินชีวิต

5. การประกอบอาชีพ คนทั่วไปกำหนดว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพักผ่อน

6. ความกดดันทางอารมณ์และเมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือเป็นโรค

สรุปความหมายของผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึงบุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจไปในทางเสื่อมลง บทบาททางสังคมหรือกิจกรรมทางสังคมและการประกอบอาชีพลดลง

ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ภาณุ อดกลั้น ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุนั้นมีศาสตร์ต่าง ๆ ได้เสนอแนวคิดเพื่ออธิบายกระบวนการชราของมนุษย์ ซึ่งสามารถแยกตามแนวคิดได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological theory) อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกายมนุษย์แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ทฤษฎีด้านพันธุกรรม ทฤษฎีอวัยวะ ทฤษฎีสรีรวิทยา

1.1 ทฤษฎีด้านพันธุกรรม (Genetic theory) ประกอบด้วย

1.1.1 ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution theory) หรือทฤษฎีเซลล์ (Cell theory) ร่วมกันสิ่งมีชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาอยู่ตลอดเวลา

1.1.2 ทฤษฎีนาฬิกาชีวิต (Biological clock) หรือทฤษฎีการถูกกำหนด (Programming aging theory) อายุขัยของคนถูกกำหนดไว้โดยรหัสทางพันธุกรรม (Gene)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ถ้าบรรพบุรุษมีอายุยืนลูกหลานก็มีอายุยืน

1.1.3 ทฤษฎีการกลายพันธุ์ (Somatic mutation theory) เกิดจากการได้รับรังสีเป็นประจำจนเกิดการเปลี่ยนแปลง DNA (Deoxyribonucleic acid) ทำให้เกิดการแบ่งตัวผิดปกติ (Mutation) เกิดโรคหรือมะเร็ง

1.1.4 ทฤษฎีการสะสมความผิดพลาดของ Cell (Error theory) ความแก่เกิดจากความผิดปกติที่นิวเคลียส ทำให้กลายเป็นสิ่งแปลกปลอมมีผลให้ร่างกายสร้างอิมมูนมาต่อต้าน

1.2 ทฤษฎีอวัยวะ (Organ theory) ประกอบด้วย

1.2.1 ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and tear theory) อวัยวะเมื่อมีการใช้งานย่อมเสื่อมตามการใช้งานหรือตามระยะเวลา

1.2.2 ทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine theory) เมื่อชราการทำงานระบบประสาทจะลดลง ความจำจะสั้น ต่อมไร้ท่อทำงานลดลง

1.2.3 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological theory) เมื่ออายุเพิ่มขึ้นภูมิคุ้มกันจะลดลงและภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเองมากขึ้น

1.3 ทฤษฎีสรีรวิทยา (Physiological theory) ประกอบด้วย

1.3.1 ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว (Stress adaptation theory) ความเครียดมีผลให้ Cell ตายถ้าเครียดบ่อยจะทำให้เข้าสู่วัยสูงอายุเร็วขึ้น

1.3.2 ทฤษฎีสะสมของเสีย (Waste product accumulation) เมื่ออายุมากขึ้นของเสียจะสะสมทำให้ Cell เสื่อมและตาย

1.3.3 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free radical theory) กระบวนการออกซิเดชั่นของ O2 ที่ไม่สมบูรณ์ทำให้เกิดอนุมูลอิสระ (Free radical substance) ซึ่งทำลายผนัง Cell เมื่อแตกออกเป็นอิสระจะจับกับโมเลกุลอื่น ๆ ที่อยู่ใกล้เคียงทำให้โครงสร้างและหน้าที่ของ Cell เปลี่ยนไป

1.3.4 ทฤษฎีการเชื่อมไขว้ (Cross link theory on cross link of collagen T.) เมื่อชราสาร Fibrous protein จะเพิ่มขึ้นและจับตัวกันมากขึ้นทำให้ Collagen fiber หดตัว ขาดความยืดหยุ่นมีผลให้ Cell ตายและเสียหน้าที่

จากทฤษฎีอธิบายความสัมพันธ์ของปฏิกิริยาทางเคมีในร่างกายกับกระบวนการแก่ สรุปคือ การลดกระบวนการเผาผลาญอาหารในร่างกายโดยจำกัดอาหารจำพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรท ไขมัน และการบริโภคอาหารจำพวกผักและผลไม้จะช่วยให้อายุยืน

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theory) การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้น เป็นการปรับตัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะทั้งหลายตลอดจนสังคมที่อาศัยอยู่ ได้แก่

2.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality theory) ผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือความทุกข์ขึ้นอยู่กับภูมิหลังของบุคคลนั้น

2.2 ทฤษฎีของอิริคสัน (Erikson's epigenetic theory) หรือทฤษฎี Psychosocial developmental stage ของอิริคสัน พัฒนาของคนซึ่งแบ่งได้เป็น 8 ระยะ ได้แก่

2.2.1 ขั้นความไว้วางใจแย้งกับความสงสัยน้ำใจผู้อื่น (Trust and mistrust) วัยทารก อายุ 18 เดือน

2.2.2 ขั้นความเป็นตัวของตัวเองแย้งกับความไม่แน่ใจ (Autonomy and shame and doubt) อายุ 18 เดือน–3 ปี

2.2.3 ขั้นความคิดริเริ่มแย้งกับความรู้สึกผิด (Initiative and guilt) อายุ 3–6 ปี

2.2.4 ขั้นเอาการเอางานแย้งกับความมีปมด้อย (Industry and inferiority) อายุ 6–12 ปี

2 2.5 ขั้นการค้นพบตนเองแย้งกับการไม่เข้าใจตนเอง (Identity and identity diffusion) อายุ 12–20 ปี

2.2.6 ขั้นความเสน่หาแย้งกับความเปล่าเปลี่ยว (Intimacy and solidarity and isolation) อายุ 20–40 ปี

2.2.7 ขั้นการบำรุงส่งเสริมแย้งกับความพะวง (Generativity and self absorption) อายุ 40–50 ปี

2.2.8 ขั้นความมั่นคงแย้งกับความสิ้นหวัง (Integrity and despair) อายุ 60 ปีขึ้นไป

2.3 ทฤษฎีของเพค (Peck's theory) ได้แบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือผู้สูงอายุตอนต้นและผู้สูงอายุตอนปลาย ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตและสังคมของผู้สูงอายุ 3 ลักษณะ คือ

2.3.1 Ego differentiation and work–role preoccupation เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับงานที่ทำโดยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเมื่อบทบาทลดลง

2.3.2 Body transcendence and body preoccupation เป็นความรู้สึกที่ผู้สูงอายุยอมรับในร่างกายของตนเองว่ามีสภาพถดถอยลง

2.2.3 Ego transcendence and ego preoccupation เป็นความรู้สึกที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางธรรมชาติได้

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

3. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological theory) กล่าวถึงบทบาท สัมพันธภาพ และการปรับตัวในสังคมซึ่งวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการเปลี่ยนแปลงและพยายามที่จะช่วยผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขมีแนวคิดที่น่าสนใจ ได้แก่

3.1. ทฤษฎีกิจกรรมพัฒนาขึ้นโดย Robert Havighurst ในปีพ.ศ. 2503 อธิบายสถานทางสังคมผู้สูงอายุที่เน้นความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิต

3.2 ทฤษฎีแยกตัวเองหรือทฤษฎีการถอยห่างเป็นทฤษฎีที่เกิดขึ้นปี 1950 กล่าวถึงการถอยห่างจากสังคมและลดบทบาทซึ่งกันและกันอย่างค่อยเป็นค่อยไปและไม่อาจหลีกเลี่ยง โดยสรุปกระบวนการถอยห่างเป็นกระบวนการที่มีลักษณะเฉพาะ ดังนี้

3.2.1 เป็นกระบวนการพัฒนาอย่างค่อยเป็นค่อยไป

3.2.2 เป็นสิ่งที่มิอาจหลีกเลี่ยงได้

3.2.3 เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ผู้สูงอายุถึงพอใจ

3.2.4 เป็นสากลของทุกสังคม

3.2.5 เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เพื่อรักษาสมดุลของมนุษย์

3.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) เป็นทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นโดย Bernice Neugarten et al. ราวปีพ.ศ. 2503 นักทฤษฎีเชื่อว่า การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จนั้นขึ้นอยู่กับช่วงวัยที่ผ่านมา ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยความสำเร็จในบั้นปลายชีวิตของผู้สูงอายุ

3.4 ทฤษฎีบทบาท (Role theory) กล่าวว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะปรับบทบาทหลายอย่างที่ไม่ใช่บทบาทเดิมมาก่อน

สรุปได้ว่า ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุนั้นจะกล่าวถึงความสูงอายุที่แตกต่างกัน เช่น ทฤษฎีทางชีววิทยาอธิบายความชรา โดยพิจารณาจากประสิทธิภาพการทำงานของร่างกาย ทฤษฎีทางจิตวิทยาพิจารณาจากการเรียนรู้ สติปัญญา อารมณ์ ส่วนทฤษฎีทางสังคมวิทยาพิจารณาจากความสามารถและบทบาททางสังคม กล่าวได้ว่าไม่มีทฤษฎีใดที่จะสามารถอธิบายความเสื่อมถอยได้ทั้งหมด

สถานการณ์ของผู้สูงอายุ

จากรายงานสถานการณ์และข้อมูลสถิติที่สำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556) ซึ่งรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์ด้านประชากร

จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-พ.ศ. 2583 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

1.1 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากร

โครงสร้างของประชากรแสดงด้วยสัดส่วนวัยต่าง ๆ จำแนกออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ ประชากรวัยเด็ก (น้อยกว่า 15 ปี) วัยแรงงาน (15–59 ปี) และวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ระหว่างปีพ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2583 สัดส่วนของวัยเด็กและวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง และสัดส่วนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.2 ในปีพ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 32.1 ในปี พ.ศ. 2583

1.2 จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุ

การคาดประมาณประชากรประเทศไทย พ.ศ. 2553–พ.ศ. 2583 พบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.7 เป็น 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุ สะท้อนถึงการมีประชากรในวัยพึ่งพิงที่เพิ่มมากขึ้น

1.3 อัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรรวมเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุ

ประมาณการของประชากรไทยพ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2583 เห็นได้ว่าอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรลดลงตั้งแต่ปีพ.ศ. 2568 เป็นต้นไป ในขณะที่ประชากรสูงอายุลดลงแต่ยังมากกว่าอัตราการเพิ่ม

2. สถานการณ์ด้านสุขภาพ

2.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด อายุ 60 ปี และอายุ 80 ปี

จากเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สามารถลดการตายได้จากข้อมูลขององค์การสหประชาชาติแสดงให้เห็นว่าอายุคาดเฉลี่ยประชากรเพศหญิงจะเพิ่มจาก 78 ปี ในปีพ.ศ. 2553 เป็น 82 ปี ในปีพ.ศ. 2583 และเพศชายจะเพิ่มจาก 71 ปี เป็น 77 ปี

2.2 ภาวะสุขภาพที่ประเมินโดยตนเองของประชากรสูงอายุ

ประชากรอายุ 60 ปี ที่รายงานตนเองว่ามีสุขภาพดีหรือดีมาก ปีพ.ศ. 2550 และปีพ.ศ. 2554 จำแนกตาม อายุ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพดีหรือดีมากลดลงทุกเขตที่อยู่และผู้สูงอายุหญิงรายงานสุขภาพดีหรือดีมากต่ำกว่าชาย

2.3 ปัญหาสุขภาพในประชากรสูงอายุ

ปัญหาการมองเห็นข้อมูลในปีพ.ศ. 2554 พบปัญหาร้อยละ 47.4 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ. 2550 เล็กน้อย ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและพบว่าผู้สูงอายุหญิงมีปัญหามากกว่าชายและที่อาศัยในเขตเมืองพบปัญหามากกว่าในเขตชนบท

ปัญหาด้านการได้ยิน ข้อมูลในปีพ.ศ. 2554 พบปัญหาร้อยละ 15 และปัญหาดังกล่าวไม่มีเปลี่ยนแปลง โดยจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุและพบในเพศหญิงจะมากกว่าเพศชายและที่อาศัยในเขตชนบทจะมีปัญหามากกว่าในเขตเมือง

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

การพลัดตกหกล้ม ข้อมูลในปีพ.ศ. 2554 พบว่าสัดส่วนการพลัดตกหกล้มลดลงเล็กน้อยจากปีพ.ศ. 2550 ร้อยละ 10.3 เหลือเพียงร้อยละ 8.6 โดยการพลัดตกหกล้มจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุหญิงมีปัญหามากกว่าชายและผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองจะมีการหกล้มมากกว่าชนบท

การขับถ่าย ปัญหาการกลั้นอุจจาระไม่ได้เป็นปัญหาที่เพิ่มมากขึ้นในกลุ่มสูงอายุโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย ผู้สูงอายุเพศหญิงและผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท

2.4 สุขภาพจิตของประชากรสูงอายุ

สุขภาพทางใจหรือสุขภาพจิต ข้อมูลในปีพ.ศ. 2554 พบว่าผู้สูงอายุไทยมีคะแนนสุขภาพจิตโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 32.0 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสำหรับสุขภาพจิตของคนไทยทั่วไป (ค่ามาตรฐานคือ 27.0–34.0 คะแนน) ผู้สูงอายุชายมีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าหญิง เมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มอายุ พบว่าผู้สูงอายุตอนต้นมีคะแนนสูงกว่าผู้สูงอายุตอนปลายและตอนกลาง

2.5 ดัชนีความสุข

จากข้อมูลในปีพ.ศ. 2554 ให้ประเมินว่าในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาท่านมีความสุขมากน้อยเพียงใด พบว่าผู้สูงอายุไทยมีความสุขโดยเฉลี่ย 7.4 คะแนน โดยความสุขจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นและผู้สูงอายุตอนปลายในชนบทมีแนวโน้มมีความสุขน้อยกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มอื่น

3. สถานการณ์ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

3.1 สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสมีความสำคัญต่อชีวิตผู้สูงอายุ ข้อมูลในปีพ.ศ. 2554 ผู้สูงอายุ 2 ใน 3 ที่มีคู่สมรสร้อยละ 29 เป็นหม้าย/ไม่เคยสมรสร้อยละ 4 หย่าหรือแยกกันอยู่ร้อยละ 1.7 โดยจะเป็นหม้ายเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และผู้สูงอายุหญิงเป็นหม้าย/โสด/หย่า/แยกสูงกว่าชาย ในขณะที่ผู้สูงอายุชายร้อยละ 80 ยังมีคู่สมรส ผู้สูงอายุในเมืองมีสัดส่วนเป็นโสด/หม้าย/หย่า/แยกสูงกว่าชนบทเล็กน้อย

3.2 จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่

ผู้สูงอายุตอนต้น (60–69 ปี) มีแนวโน้มบุตรยังมีชีวิตจำนวนน้อยกว่าผู้สูงอายุตอนกลาง (70–79 ปี) และตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) สะท้อนถึงการลดลงของการเจริญพันธุ์ที่ผ่านมา และผู้สูงอายุในเขตเมืองมีบุตรน้อยกว่าผู้สูงอายุในชนบท

3.3 ทุนมนุษย์หรือการศึกษา

การศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร บริการและการหารายได้ จากข้อมูลโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประมาณ 1 ใน 10

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ของผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป โดยผู้สูงอายุชายจะได้รับการศึกษามากกว่าหญิงและผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองได้รับการศึกษาสูงกว่าชนบท

3.4 การอยู่อาศัยของประชากรสูงอายุ

ลักษณะการอยู่อาศัยส่งผลต่อการเกื้อหนุนจากสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะจากบุตร ข้อมูลในปีพ.ศ. 2554 พบว่าขนาดครัวเรือนเท่ากับ 3.63 คน ทั้งในเขตเมืองและชนบท เมื่อจำแนกว่าผู้สูงอายุอยู่กับใคร พบว่าการอาศัยอยู่กับบุตรลดลงและการอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสเพิ่มขึ้น ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวปรากฏทั้งในเมืองและชนบท

3.5 การทำงานในเชิงเศรษฐกิจ

ประชากรไทยจะออกจากงานหรือหยุดทำกิจกรรมทางเศรษฐกิจเมื่อมีอายุ 60 ปี จากการสำรวจในปีพ.ศ. 2554 พบว่าผู้สูงอายุไทยประมาณ 1 ใน 3 ของทั้งหมดยังคงทำงานเชิงเศรษฐกิจ โดยร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงานลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น เพศชายทำงานมากกว่าหญิง และผู้สูงอายุในเขตชนบททำงานมากกว่าในเขตเมือง

3.6 แหล่งหลักของรายได้

จากการสำรวจในปีพ.ศ. 2554 พบว่าแหล่งของรายได้ของผู้สูงอายุ 3 อันดับแรก คือบุตรร้อยละ 40.1 การทำงานร้อยละ 35.1 เบี้ยยังชีพจากทางราชการร้อยละ 11.4 ความแตกต่างของผู้สูงอายุรายงานว่ารายได้หลักของตนเองคือเบี้ยยังชีพจากทางราชการทำให้ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพเพิ่มจากร้อยละ 3 ในปีพ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 81.4 ในปีพ.ศ. 2554

3.7 การได้รับเบี้ยยังชีพ

เมื่อพิจารณาตามลักษณะประชากรสูงอายุ พบว่าการได้รับเบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้นตามวัยที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุเพศหญิงได้รับเบี้ยยังชีพสูงกว่าเพศชาย และผู้สูงอายุในเขตชนบทได้รับเบี้ยยังชีพสูงกว่าเขตเมือง

3.8 การมีส่วนร่วมทำประโยชน์ของประชากรสูงอายุ

3.8.1 บทบาทในครอบครัว

ผู้สูงอายุยังมีบทบาทสำคัญในครอบครัว เช่น การช่วยเฝ้าบ้าน ทำความสะอาดบ้าน ซื้ออาหารหรือทำอาหาร เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีบทบาทในบ้านมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้บทบาทของผู้สูงอายุไม่มีความแตกต่างตามเขตที่อยู่อาศัย

3.8.2 การมีส่วนร่วมในชุมชน

เป็นการสะท้อนศักยภาพของผู้สูงอายุ จากข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงยังคงเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน โดยกิจกรรมที่มีการเข้าร่วมมากที่สุดคือ กลุ่มฌาปนกิจ

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

สงเคราะห์ร้อยละ 32.4 ชมรมผู้สูงอายุร้อยละ 26.1 กลุ่มอาชีพและกลุ่มสหกรณ์/กลุ่มออมทรัพย์ ซึ่งมีสัดส่วนเท่ากันร้อยละ 11.2 เมื่อพิจารณาระหว่างเพศไม่ต่างกัน ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทจะเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าในเขตเมือง

แนวคิดที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ความหมายของคุณภาพชีวิต

ปัจจุบันคุณภาพชีวิตถูกกล่าวถึงอย่างกว้างขวางเนื่องจากโครงสร้างสังคมที่เปลี่ยนแปลง คุณภาพชีวิตจึงเป็นจุดหมายในการดำรงชีวิต นิยามคุณภาพชีวิตยังไม่มีคำจำกัดความที่แน่นอน มีผู้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันไปตามบริบทของสังคมและวัฒนธรรมในแต่ละพื้นที่

องค์การอนามัยโลก ((WHO),1995) ให้ความหมายไว้ว่าคุณภาพชีวิตของแต่ละคนขึ้นอยู่กับบริบททางสังคม ค่านิยม และวัฒนธรรมในเวลานั้น ๆ และมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานที่แต่ละคนจะกำหนดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติ คือ 1.) มิติด้านสุขภาพกาย (Physical) 2.) มิติด้านสุขภาพจิต (Psychological) 3.) มิติด้านสังคม (Social relationships) และ 4.) มิติด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental)

วันทนี ขำเพ็ง (2540) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าสภาวะสมบูรณ์เป็นปกติสุขเชิงวัตถุวิสัยและจิตวิสัย ในเรื่องความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน สุขภาพกาย สุขภาพจิตสภาพความเป็นอยู่และสังคม

วรรณา กุมารจันทร์ (2543) ให้ความหมายว่าการรับรู้ความพึงพอใจและรู้สถานะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสภาพแวดล้อมของบุคคลในการดำรงชีวิต

ชุติเดช เจียนดอน และคณะ (2554) ให้ความหมายไว้ว่า ความพอใจในด้านร่างกายและจิตใจ ความสามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ตามบทบาทหน้าที่ มีภาวะทางอารมณ์และสุขภาพจิต สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างเหมะสม

สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หมายถึง ความพึงพอใจ ความเป็นอยู่ที่ดี มีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามบทบาทและหน้าที่ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขภายใต้บริบทของพื้นที่

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

สุขภาพมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นการวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งนอกเหนือจากอายุขัยหรือการมีชีวิตรอด การประเมินคุณภาพชีวิตจะพิจารณาทั้งหมดที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2550)

3938429681 uP iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

คุณภาพชีวิตประกอบด้วยองค์ประกอบหลายส่วน ซึ่งนิยามขององค์การอนามัยโลก แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็นด้าน ๆ ที่พบบ่อย คือ ความเจ็บป่วย สุขภาพร่างกาย สุขภาพจิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการรับรู้สภาวะสุขภาพ

ความหมายของแต่ละองค์ประกอบ มีดังนี้

1. ความเจ็บป่วย ประเมินผลที่เกิดขึ้นทางร่างกายที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

2. ด้านสุขภาพทางกาย เป็นการประเมินเกี่ยวกับประสิทธิภาพทางร่างกาย

3. ด้านสุขภาพจิตใจ เป็นการประเมินเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกทั้งที่ดีและไม่ดี

4. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เป็นการประเมินความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว เพื่อนไปจนถึงชุมชน

5. การรับรู้สภาวะสุขภาพโดยทั่วไป เป็นการประเมินระดับสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับใดซึ่งเป็นคำตอบจากมุมมองของตนเอง

องค์ประกอบเหล่านี้เป็นหลักกว้าง ๆ ซึ่งมีองค์ประกอบของเนื้อหาในการวัดคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา

การประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

นักวิชาการกล่าวว่า คุณภาพชีวิตต้องวัดได้ทั้งรูปธรรมและนามธรรมหรือเชิงวัตถุวิสัยและเชิงจิตวิสัย (จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และเนตรทราย รุ่งเรืองธรรม, 2537) และมีผู้ให้ความหมายและรายละเอียดดังนี้

ราชบัณฑิตยสถาน (2525) วัตถุวิสัย ให้ความหมายว่า เป็นคำวิเศษณ์ที่เกี่ยวข้องกับวัตถุไม่เกี่ยวกับความคิดความรู้สึกและตรงกับศัพท์บัญญัติว่า ออบเจ็คทีพ (Objective)

ราชบัณฑิตยสถาน (2525) จิตวิสัย ให้ความหมายว่าเป็นคำวิเศษณ์ที่เกี่ยวข้องกับจิตไม่เกี่ยวข้องกับวัตถุภายนอกและตรงกับศัพท์บัญญัติว่า ซับเจ็คทีฟ (Subjective)

พนิษฐา พานิชาชีวะกุล (2537) ได้ศึกษาพัฒนาเครื่องมือคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ ในชนบท 6 องค์ประกอบ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพเชิงวัตถุวิสัยและเชิงจิตวิสัยคือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน

2. สุขภาพกาย ประกอบด้วย อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในรอบ 1 เดือน

3. สุขภาพจิต ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพจิตเสื่อมและภาวะซึมเศร้า

4. สภาพสังคม ประกอบด้วย สัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อนและการทำกิจกรรม

5. สภาพเศรษฐกิจ ประกอบด้วย รายได้ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ

6. สภาพแวดล้อม ประกอบด้วย สภาพที่อยู่อาศัย การรับรู้ข่าวสารและสวัสดิการ

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบพบตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

6 ด้าน ตามที่กล่าวมาในงานวิจัยครั้งนี้จึงประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านความพึงพอใจในชีวิตซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. คุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย (Quality of life–objective scale) เป็นความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่แสดงออกมาให้เห็นหรือนับได้ 5 ด้าน ดังนี้

1.1 การปฏิบัติกิจวัติประจำวัน (Activities of daily living, ADL)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัติประจำวันเป็นสิ่งสำคัญแสดงถึงความเป็นอยู่ที่ดีประกอบด้วย การอาบน้ำ การใช้ห้องน้ำ การกลั้นอุจจาระ การกลั้นปัสสาวะ การแต่งกาย การลุกจากที่นอน การขึ้นลงบันได การรับประทานอาหาร การไปตลาด การเดินไปบ้านเพื่อนบ้านและการทำงานบ้าน

1.2 สุขภาพกาย (Physical health)

ภาวะสุขภาพ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ วัดได้จากการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ หรือจากการประเมินสุขภาพตนเอง จากการแสดงอาการของการเจ็บป่วย เช่น ปวดข้อ ปวดหลัง ปวดเอว ปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ท้องอืด ท้องผูก ปัสสาวะขัด คันตามผิวหนัง ตามัว เจ็บหน้าอก ปวดเหงือกและฟัน และประเมินโรคจากแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น โรคระบบประสาทและสมอง ระบบทางเดินหายใจ ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เป็นต้น

1.3 สภาพสังคม (Social)

บทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ จากข้อจำกัดทางร่างกายทำให้การคิดการกระทำและการสื่อสาร ทางสังคมมีขอบเขต เกิดความห่างเหินจากสังคม (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528) การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและจิตใจจะเกิดพร้อมกันและมีผลซึ่งกันและกัน ดังนั้นการประเมินสภาพสังคมจะประเมินจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน เช่น การทานอาหารการร่วมกิจกรรม การพูดคุยการให้คำปรึกษา การเข้าร่วมกิจกรรมและการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน

1.4 สภาพเศรษฐกิจ (Economic)

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญของการดำรงชีวิตเพื่อสนองความต้องการ เช่น สภาพที่อยู่อาศัยที่ดี อาหารที่มีประโยชน์ การรักษาพยาบาล และการทำกิจกรรมทางสังคม ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจทำให้เกิดความพึงพอใจชีวิต ดังนั้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจ จึงประเมินจากรายได้ของผู้สูงอายุและความเพียงพอของรายได้ เป็นต้น

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

1.5 สภาพแวดล้อม (Environment)

สภาพแวดล้อมมีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายถ้าสิ่งแวดล้อมเหมาะสมทำให้เกิดคุณภาพชีวิตดี ได้แก่ สภาพบ้าน ความสะดวกปลอดภัย แสงสว่างการถ่ายเทอากาศ รวมถึงความพึงพอใจในชุมชน เช่น การคมนาคมที่สะดวก ดังนั้น การประเมินสภาพแวดล้อม ได้แก่ อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นภายในบ้าน ลักษณะห้องน้ำ และสิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้าน เป็นต้น

2. คุณภาพเชิงจิตวิสัย (Quality of life–subjective scale) เป็นสภาวะจิตใจและความรู้สึกของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิต ประกอบด้วย

2.1 สภาพจิต (Mental state)

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ สาเหตุมักเกิดจากความเสื่อมของเนื้อเยื่อสมองทำให้สูญเสียการเรียนรู้ ดังนั้นการประเมินสภาพจิต ได้แก่ การรับรู้การจำ การคำนวณ การสื่อสาร เป็นต้น

2.2 ความวิตกกังวล (Anxiety)

ความวิตกกังวล เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ว่ามีความหวาดหวั่นวุ่นวายใจ ดังนั้น ความวิตกกังวลเป็นความผิดปกติทางร่างกาย ได้แก่ ความรู้สึกตึงเครียด อึดอัดใจ ไม่สบายใจ กระสับกระส่าย ผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน มักเห็นได้จากอาการมือสั่น

2.3 ความซึมเศร้า (Depression)

ความซึมเศร้า เป็นอารมณ์แสดงเห็นได้ชัดเจน เกิดจากความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจ มักจะเกิดขึ้นหลังความวิตกกังวล ดังนั้น การประเมินสภาพความซึมเศร้าหมายถึง ความรู้สึกเหงาหงอย เบื่อหน่าย รู้สึกตนเองไร้คุณค่า อยากร้องไห้หมดกำลังใจและสิ้นหวัง

2.4 ความพึงพอใจ (Life satisfaction)

ความพึงพอใจเป็นสิ่งพึงปรารถนาของทุกคน เพราะเป็นองค์ประกอบสำคัญของความสุข สะท้อนให้เห็นคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งความพึงพอใจในชีวิตหมายถึง ความสุขกายสบายใจและมีสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต สัมพันธภาพกับบุคคลและสันทนาการ

สรุป การประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ควรจะประเมินทั้งเชิงวัตถุวิสัยและเชิงจิตวิสัย โดยต้องประเมินถึงความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตประจำวัน สุขภาพกาย สภาพสังคม สภาพเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม และสภาพจิตใจ

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

การพัฒนาคุณภาพชีวิต

สังคมมนุษย์เป็นสังคมที่ต้องการความเจริญก้าวหน้า เกียรติยศ ชื่อเสียง เงินทอง และการยอมรับ ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตจึงเป็นการพัฒนาตนเองเพื่อให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในอนาคต

การพัฒนาตนเองเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 มิติ ดังต่อไปนี้

1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย
2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านอารมณ์
3. การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านสังคม
4. การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านสติปัญญา

เทคนิคในการพัฒนาตนเองนั้นมีอยู่ด้วยกัน 6 ประการ คือ

1. วางแผนล่วงหน้า
2. ขจัดความขี้เกียจ
3. ฝึกนิสัยประหยัด
4. คิดในมุมสร้างสรรค์
5. ไม่ย่อท้อต่อปัญหาและอุปสรรค
6. เคารพตนเอง

จุดเริ่มต้นที่ดีในการพัฒนาคุณภาพชีวิตนั้น คือ การเปิดใจยอมรับมีความพร้อมในการเรียนรู้และมีสติตั้งรับกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือวัดที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่า คุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึง การประเมินค่าจิตวิสัย (Subjective) ซึ่งฝังทางวัฒนธรรม สังคมและสภาพแวดล้อม นิยามของ QOL จะเน้นไปที่การรับรู้ของผู้ตอบ ไม่วัดรายละเอียดอาการของโรคแต่เป็นการประเมินผลของโรคและวิธีการรักษาที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

WHOQOL-100 มีคำถามถึง 100 ข้อทำให้ไม่สะดวกและมีข้อจำกัดในการใช้ปีเดียวกันองค์การอนามัยโลกได้พัฒนามาเป็นฉบับย่อที่มีคำถามเพียง 26 ข้อจาก 100 ข้อ โดยวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) และประเทศไทยได้แปลฉบับย่อเป็นภาษาไทย เรียกว่า แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ ชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) และมีการวิจัยว่ามีความเที่ยงตรงในการวัดใกล้เคียงกับชุด WHOQOL-100 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) สามารถใช้แทนกันได้ ซึ่งประกอบด้วย 2 ข้อคำถาม ที่เป็นคุณภาพชีวิตโดยรวมอีก 24 ข้อ

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางร่างกายที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น ความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย ความรู้ไม่เจ็บปวด การจัดการกับความเจ็บปวด ความสามารถในการเคลื่อนไหวของ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น ความรู้สึกทางบวก ความภาคภูมิใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง ความคิด/ความจำ/สมาธิ การตัดสินใจและสามารถในการแก้ปัญหา เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การได้รับความช่วยเหลือจากสังคม การให้ความช่วยเหลือสังคม รวมทั้งเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น มีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก สถานบริการทางสุขภาพ มีโอกาสได้รับข่าวสาร เป็นต้น

การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self Esteem)

ชัยวัฒน์ วงศ์อาษา (2556) การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) เป็นการตัดสินตนเอง (Self) และการแสดงออกทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเอง (Mussen et al., 1969) ซึ่งเป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์เชิงประเมินจากผู้อื่น พัฒนาเป็นภาพลักษณ์เกิดจากความคิด ความเชื่อ ประสบการณ์ของบุคคล (Roger, 1951) ทำให้บุคคลมีความคิดต่อตนเองแล้วประเมินสิ่งเหล่านั้น โดยการตัดสินจากผลงาน ความสามารถตามมาตรฐานของตนเอง แล้วพัฒนามาเป็นการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) (จันทร์ฉาย พิทักษ์ศิริกุล, 2532) และมีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย ดังนี้

Coopersmith (1984) ให้ความหมายว่า เป็นการประเมินตนเองของบุคคลแล้วแสดงออกในแง่ของการยอมรับหรือไม่ยอมรับตนเอง เป็นการแสดงออกถึงความเชื่อมั่นที่มีต่อตนเองในด้านความสามารถ ความสำเร็จ ความสำคัญ และความมีคุณค่าของตนเองซึ่งเป็นเรื่องอัตวิสัย บุคคลอื่นสามารถรับรู้ได้จากสิ่งที่บุคคลนั้นแสดงออกมา

Sasse (1978) ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ มีคุณค่า มีความต้องการ และได้รับการยอมรับ โดยการสนับสนุนจากผู้อื่นเพื่อที่จะได้เกิดความภาคภูมิใจและนับถือตนเอง

Calhoum and Morse (1977) ให้ความหมายว่าเป็นความพึงพอใจภายในบุคคลที่มีต่ออัตมโนทัศน์ของตนเอง แบรนเดน (Branden, 1996) มีความเห็นสอดคล้องว่าเป็นความเชื่อมั่น

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

และนับถือตนเอง ที่เกิดจากความเชื่อมั่นในความสามารถของตน

Lawrence (1987) ให้ความหมายว่า การประเมินตนเองถึงความแตกต่างระหว่างตนที่เป็นอยู่จริงกับตนที่อยากจะเป็น (Ideal Self) ซึ่งเป็นกระบวนการทางอารมณ์ที่วัดจากบุคคลเอาใจใส่ต่อความแตกต่าง ในการประเมินหากความแตกต่างมากจะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่ำ ถ้าหากมีความแตกต่างน้อยจะมีความรู้สึกว่าตนเองมีค่าสูง

สรุปได้ว่าการเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง การที่บุคคลเห็นคุณค่าของตนเอง หรือมีความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งพิจารณาจากความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จและความมีคุณค่าของตนเอง รวมทั้งสามารถยอมรับคุณค่าที่ผู้อื่นมีต่อตน มีความเชื่อมั่นในตนเองและนับถือตนเอง ซึ่งเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ (Self–Concept) ของแต่ละบุคคล

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดที่ใช้กันอย่างแพร่หลายโดยทั่วไป หมายถึงกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ทำให้มีสุขภาพกายและจิตดีขึ้นเพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับความหมายและแนวคิดผู้เขียนจึงได้ทบทวนแนวคิดของนักทฤษฎีหลายท่านไว้ดังนี้

Caplan (1974) กล่าวว่า ธรรมชาติของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมักมีการช่วยเหลือสนับสนุน ทั้งด้านอารมณ์ ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ แบ่งปัน ตลอดจนให้ข้อมูลเพื่อให้บุคคลรู้สึกว่ามีความมั่นคงปลอดภัย

Kahn (1979) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลรวมถึงการแสดงความรู้สึกในทางบวกของบุคค การให้ความมั่นใจในการปฏิบัตินั้นว่าดี การให้ความเห็น การช่วยเหลือ โดยผู้ให้ต้องให้ในสิ่งที่ผู้รับต้องการผลลัพธ์ในทางบวกจึงจะเกิดขึ้น

กล่าวโดยสรุป แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญกับคุณภาพชีวิต แม้ว่าจะมีความหลากหลายของแนวคิดและองค์ประกอบ ผู้วิจัยต้องทำความเข้าใจถึงความแตกต่างของบุคคล ชนิด ช่วงเวลา ทั้งนี้บทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ดูแลตนเอง สมาชิกในครอบครัวต้องให้การสนับสนุนในการดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและไม่เป็นภาระของบุคคลอื่น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กัญญา ชื่นอารมย์ และวลัยนารี พรมลา (2560) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษา พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ด้านสภาพร่างกายดี และด้านการตัดสินใจได้ด้วยตนเองอยู่ในระดับดีมากและด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดีอยู่ในระดับปานกลาง

จักรพงษ์ เกเย็น (2554) ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตผู้อยู่อาศัยในชุมชนของการเคหะแห่งชาติในเขตกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้อยู่อาศัยในโครงการเคหะชุมชนทุ่งสองห้องอาคารแพลตเช่าด้านต่าง ๆ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้อยู่อาศัยในโครงการเคหะชุมชนทุ่งสองห้องอาคารแพลตเช่า ผลการศึกษาพบว่า 1) ระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวมของผู้อยู่อาศัยในโครงการฯ อยู่ในระดับปานกลาง 2) ปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัย (ข้อมูลพื้นฐาน สัมพันธภาพครอบครัว ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม) มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต

จิรัชยา เคล้าดี สุภชัย นาคสุวรรณ์ และจักรวาล สุขไมตรี (2560) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช 2) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่า 1) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับมาก 2) การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อระดับการมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุทุกด้าน ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ความมีโรค/อาการป่วย ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียนระดับการศึกษา การเป็นสมาชิกกลุ่มของชุมชน แหล่งที่มาของรายได้ รายได้ ภาระหนี้สินเงินออม การได้รับเบี้ยยังชีพ บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วยไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จันทนา สารแสง (2561) ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 3) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้ารับการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตในด้านความสัมพันธ์ทางสังคมสูงสุด 2) ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและด้านจัดการความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ชัญญานุช ไพรวงษ์ และคณะ (2559) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพขอผู้สูงอายุผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงแหล่บริการสุขภาพและการได้รับอิทธิพลจากบุคคลอื่นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ดวงกมล คณโฑเงิน (2556) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่มาบตาพุด จังหวัดระยอง มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่มาบตาพุด ผลการศึกษาพบว่า 1) ปัจจัยสำคัญหลัก 4 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย ด้านที่อยู่อาศัย ด้านเศรษฐกิจ/ด้านสังคม ด้านสภาพแวดล้อมและด้านสุขภาพ อนามัยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจโดยรวมต่อคุณภาพชีวิตในปัจจุบันของประชาชนในพื้นที่มาบตาพุดและสามารถพยากรณ์ความพึงพอใจโดยรวมต่อคุณภาพชีวิตในปัจจุบันได้ในระดับสูงมาก

ดวงใจ คำคง (2554) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้สูงอายุในตำบลลำสินธุ์มีอายุเฉลี่ย 70.2 ปี 2) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงร้อยละ 48.2 ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจสังคมและสิ่งแวดล้อม ส่วนด้านปัญญาอยู่ในระดับปานกลาง 3) ปัจจัยที่มีผลคุณภาพชีวิต พบว่าปัจจัยด้านอายุและสถานภาพหม้ายมีผลทางลบ ส่วนสถานภาพสมรสมีผลทางบวก

เด่น นวลไธสง และสุภาภรณ์ สุดหนองบัว (2556) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอน อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า การวัด Barthel Index of ADL (activities of daily living) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดสังคมและระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL–BREF–THAI) อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 68.26 การศึกษา โรคประจำตัว การเป็นสมาชิกชมรม ตำแหน่งทางสังคม การตรวจสุขภาพประจำปี มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่า เพศ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม/ศาสนามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ธาริน สุขอนันต์ และคณะ (2554) ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวนจังหวัดชลบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางเมื่อจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแตกต่างกัน

ธันวา บัวมี (2557) ได้ศึกษาเรื่อง แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหนองน้อย อำเภอวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหนองน้อย 2) เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหนองน้อย ผลการศึกษาพบว่า 1) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงสภาพปัจจุบันในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก 2) แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีดังนี้ ด้านความต้องการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอให้มีการจัดอุปกรณ์ สถานที่ และบุคลากรในการส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

นงนุช แย้มวงษ์ (2557) ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

นริสา วงศ์พนารักษ์ และอภิญญา วงศ์พิริยโยธา (2558) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของคนพิการในเขตเมือง มีวัตถุประสงค์ 1) การรับรู้การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต 2) ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของคนพิการในเขตเมือง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าการเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

นันทิยา ใจเย็น (2557) ได้ศึกษาเรื่องแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่พิการในพื้นที่ของเทศบาลตำบลท่าไม้ อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่พิการ 2) ศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ผู้สูงอายุที่พิการ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่พิการส่วนใหญ่จะอยู่กันแบบครอบครัวใหญ่จะมีคนในครอบครัวคอยดูแลในด้านปัจจัยสี่ ซึ่งหน่วยงานภาครัฐที่ไปใช้บริการมากที่สุดคือโรงพยาบาล รายได้หลักของผู้สูงอายุที่พิการมาจากการได้รับเบี้ยสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้สูงอายุและเบี้ยความพิการจากเทศบาล แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่พิการในพื้นที่คือ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะในด้านการดูแลรักษาสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเอง 2) การส่งเสริมสถาบันครอบครัวในการจัดกิจกรรมร่วมกัน 3) การดำเนินงานในการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่พิการระหว่างกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้บริหาร

ปวีร์ ศิริรักษ์ (2556) ได้ศึกษาเรื่องโครงการศึกษาความพอเพียงของบุคลากรสำหรับดูแลผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงจำนวนประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา จำนวนบุคลากรสำหรับดูแลผู้สูงอายุและหลักสูตรต่าง ๆ ทั้งในโรงเรียนและมหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อวางแผนรับมือกับปัญหาผู้สูงอายุในอนาคตผลการศึกษาพบว่าเพศของผู้สูงอายุมีสัดส่วนเท่า ๆ กันผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลยมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 7 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด โดยภาพรวมแล้วผู้สูงอายุต้องการให้หน่วยงานในชุมชนและหน่วยงานรัฐมีการจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพและจัดหาบุคลากรมาดูแลให้ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและพบว่ามีสถาบันการศึกษาที่เปิดสอนหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 2 แห่ง และสถาบันการศึกษาที่เปิดสอนหลักสูตรการบริบาลจำนวน 9 แห่ง มีนักศึกษาที่สำเร็จการศึกษาแล้วประมาณ 7,000 คน ผลการสำรวจเกี่ยวกับ อสม.หรือ อผส. พบว่าทั้งหมด 51,750 คน ต้องการให้หน่วยงานของรัฐจัดบุคลากรมาอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและต้องการให้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ของอาสาสมัครให้มีความชัดเจนกว่าเดิม การคำนวณหาความพอเพียงของบุคลากรแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือบุคลากรที่เป็นนักศึกษาต่อผู้สูงอายุ พบว่าบุคลากรไม่เพียงพอกับผู้สูงอายุ ส่วนบุคลากรที่เป็นอาสาสมัครนั้นพบว่ามีความเพียงพอ

ปลื้มใจ ไพจิตร (2558) ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับคุณภาพในการดำรงชีวิตเปรียบเทียบคุณภาพในการดำรงชีวิตจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ศึกษาระดับความพึงพอใจในการจัดสวัสดิการสังคมและศึกษาปัญหาและข้อเสนอแนะในการจัดสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าระดับคุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับคุณภาพดี เปรียบเทียบคุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันทำให้คุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุต่างกัน การจัดสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง การศึกษาปัญหาและข้อเสนอแนะในการจัดสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุมีปัญหาที่สำคัญ คือ การจ่ายเบี้ยยังชีพไม่ตรงเวลา ความล่าช้าการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ทั่วถึงพื้นที่ชนบท

ปรางทิพย์ ภักดีคีรีไพรวัลย์ (2559) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนบ้านแสนตอ หมู่ 11 ตำบลท่าผา อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนบ้านแสนตอ 2) เพื่อศึกษาการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนบ้านแสนตอ ผลการศึกษาพบว่า 1) คุณภาพชีวิตของคนในชุมชนบ้านแสนตอประกอบด้วย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และโครงการภายในชุมชนอยู่ในระดับดีมาก 2) คุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกันจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้

ปัทมา ผ่องศิริ และคณะ (2561) ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิตและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุเขตเมือง อุบลราชธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิต และความสามารถช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางส่วนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดสังคม

ปิยภรณ์ เลาหบุตร (2557) ได้ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน หมู่ 7 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าโดยภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับค่อนข้างดี ผลการเปรียบเทียบพบว่าคุณภาพของผู้สูงอายุที่มีเพศ อาชีพ สถานภาพต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่ต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ ระดับการศึกษาต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

ประจวบ แหลมหลัก และคณะ (2560) ได้ศึกษาเรื่องแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลจำป่าหวาย อำเภอเมือง จังหวัดพะเยามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและพัฒนาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตทั้งภาพรวมและรายด้าน คือด้านวัตถุวิสัยและด้านจิตวิสัยอยู่ในระดับสูง แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต คือประกอบด้วยการกำหนดเป้าหมายและกิจกรรมดำเนินการโดยเน้นการพัฒนาฐานข้อมูลกิจกรรมการมีส่วนร่วมการแสวงหาและจัดระบบบริหารงบประมาณกิจกรรมเสริมรายไดและการติดตามประเมินผล

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

พรพิมล เพ็ชรบุรี (2559) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์ ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิผลทำให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้นมากกว่าการดูแลตามปกติ

พลอยพรรณ เชี่ยวชาญ (2559) ได้ศึกษาเรื่องบทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชน มีวัตถุประสงค์ 1) ศึกษาบทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบลทับใต้ อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 2) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบทัศนคติของประชาชนในตำบลทับใต้เกี่ยวกับบทบาทของผู้สูงอายุที่มีต่อการพัฒนาชุมชน ผลการศึกษาพบว่า 1) ในภาพรวมผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลทับใต้ มีบทบาทในการพัฒนาชุมชนระดับปานกลางทุกดัชนี 2) เปรียบเทียบทัศนคติของประชาชนในตำบลทับใต้เกี่ยวกับบทบาทของผู้สูงอายุที่มีต่อการพัฒนาชุมชน โดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน

ลัญชนา พิมพันธ์ชัยยบูลย์ (2558) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว้าเหว่ของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว้าเหว่ของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าความว้าเหว่ของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความว้าเหว่

วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ (2554) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลบางกร่าง อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลบางกร่าง อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลบางกร่าง อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง 2) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกองค์ประกอบมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและพบว่าปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และฐานะการเงินมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุ 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

สถานภาพ รายได้ ความพอเพียงของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ ภาวการณ์มีโรคประจำตัว ผลการศึกษาพบว่า1) พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ โดยภาพรวมพบว่า มีพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 2) เพศ การศึกษา แหล่งที่มาของรายได้ พบว่าผู้สูงอายุที่มีเพศ ระดับการศึกษา แหล่งที่มารายได้แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอายุ สถานภาพ รายได้ความพอเพียงของรายได้ ภาวการณ์มีโรคประจำตัว พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ สถานภาพ รายได้ความพอเพียงของรายได้ ภาวการณ์มีโรคประจำตัว แตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน

ศิริสุข นาคะเสนีย์ (2561) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความต้องการสวัสดิการจากรัฐของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง 2) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด 3) กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการสวัสดิการจากรัฐโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด 4) กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกันมีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพโดยภาพรวมไม่แตกต่างกัน 5) กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศและระดับการศึกษาแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยภาพรวมแตกต่างกัน

สุกิจ ทองพิลา และคณะ (2553) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 43 เขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 43 ผลการศึกษาพบว่า เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเองพบว่าการได้รับคำแนะนำจากแพทย์มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

สมศรี สัจจะสกุลรัตน์ และคณะ (2560) ได้ศึกษาเรื่องรูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุเชิงพุทธบูรณาการเทศบาลตำบลบ้านต๋อม จังหวัดพะเยา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณและพัฒนารูปแบบในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า 1) สภาพการณในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุมีข้อจำกัดเรื่องเวลา แผนเน้นเชิงรับ งบประมาณไมเพียงพอ ดูแลไมทั่วถึง ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุด้านร่างกายเสื่อมลงตามอายุขัย ด้านสังคมเข้าสังคมน้อยลง ด้านจิตใจเปลี่ยนแปลงง่ายหงุดหงิดเหงาเครียด ด้านปัญญามีความจำเสื่อม หลงลืม ขาดสมาธิผลการวิเคราะห์แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

พบว่าด้านจิตใจอยู่ในระดับดี โดยภาพรวมอยู่ในระดับกลาง ๆ ผลการวิเคราะห์แบบวัดความเครียดของผู้ดูแล พบว่าอยู่ในระดับสูง 2) พัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพ ของผู้สูงอายุเชิงพุทธบูรณาการมีลักษณะเป็นแบบองค์รวมมีดุลยภาพทั้งกายและใจหลักการสำคัญ คือ การพึ่งตนเองการดำเนินชีวิตแบบทางสายกลาง การใช้หลักพุทธบูรณาการในการจัดการสุขภาวะเปรียบเสมือนดั่งเข็มทิศ ช่วยให้ทุกภาคส่วนมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุและเกิดกระบวนการแบบมีส่วนร่วมวิถีพุทธจะช่วยให้เกิดความสุขทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล

เสาวณีย์ ระพีพรกุล (2560) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงคำพร้อยหมู่ 11 อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรค ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยส่วนบุคคลเฉพาะด้านรายได้ ด้านความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

อรรจน์มน ธรรมไชย และคณะ (2560) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของความสามารถด้านการเคลื่อนไหวและคุณภาพชีวิตกับการทำงานของสมองระดับสูงในผู้สูงอายุมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถด้านการเคลื่อนไหวและคุณภาพชีวิตกับการทำงานของสมองระดับสูง ผลการศึกษาพบว่าการทำงานของสมองระดับสูงมีความสัมพันธ์กับความสามารถด้านการเคลื่อนไหวในเชิงลบและสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในเชิงบวก

อภินันท์ สนน้อย และคณะ (2560) ได้ศึกษาเรื่องรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) ศึกษาระดับของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 3) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 4) สร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า 1) คุณภาพชีวิตด้านร่างกายไม่แข็งแรงมีโรคประจำตัว ด้านจิตใจ มีความเป็นอยู่ดี อบอุ่น มีความเหมาะสม ด้านสังคมมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมพอสมควร ด้านสภาพแวดล้อมลักษณะที่อยู่อาศัยมีความเหมาะสม 2) ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดี 3) ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้แก่ ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัติประจำวันปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมปัจจัยด้านความพึงพอใจกับความเป็นอยู่และปัจจัยด้านคุณค่าในตนเอง 4) รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุควรพัฒนาตนเองเพื่อช่วยเหลือตนเอง ด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัวควรช่วยเหลือและให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ หน่วยงานของรัฐควรเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในการพัฒนา

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจัดสวัสดิการ กิจกรรมสุขภาพ ดูแลความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

3938429681 UP iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ เรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยคุณค่าในตนเอง ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยคุณค่าในตนเอง ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบศึกษาภาคตัดขวาง (cross sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population)

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ปีพ.ศ. 2562 นานอย่างน้อย 6 เดือน รวมทั้งสิ้น 1,060 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหล่ม, 2562)

กลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

การกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรของเครซี่และมอร์แกน (krejcie & Morgan, 1970) ซึ่งใช้ในการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรและกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5%และระดับความเชื่อมั่น 95% ซึ่งสามารถคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างกับประชากร ดังนี้

$$\square = \frac{\square^2 (Np)(1-p)}{e^2 (N-1) + X^2 p (1-p)}$$

โดยที่

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร (1,060 คน)

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (0.05)

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซ็นต์ (χ^2=3.841)

P = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p=0.5)

แทนค่าในสูตร

$$\square = \frac{(3.841)\,(1{,}060)\,(0.5)\,(1-0.5)}{(0.05)^2\,(1{,}060-1)+(3.841)\,(0.5)\,(1-0.5)}$$

= 282.11

= 283

ขนาดของตัวอย่างที่คำนวณได้ 283 คน เพื่อป้องกันการถอนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาอีก 5% เท่ากับ 15 คน ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในศึกษาทั้งสิ้น 298 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป

2. ไม่มีปัญหาด้านการพูดและการฟัง

3. สามารถเข้าใจภาษาไทยและสามารถตอบแบบสอบถามได้

4. เป็นผู้ที่สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือตลอดระยะเวลาการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลการสัมภาษณ์จนแล้วเสร็จ

การสุ่มตัวอย่าง (Sampling)

การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi – stage random sampling) โดยดำเนินการสุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1

วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) แบบเป็นสัดส่วน เพื่อให้เกิดการกระจายของกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 9 กลุ่ม 9 หมู่บ้าน ตามสัดส่วนของประชากรแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นคำนวณกลุ่มตัวอย่างจาก 9 หมู่บ้าน ตามสัดส่วนของประชากรให้ได้ตามกลุ่มตัวอย่างครบตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้สูตรดังนี้

$$\text{จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม} = \frac{\text{จำนวนขนาดตัวอย่างทั้งหมด X จำนวนประชากรในแต่ละชุมชน}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}$$

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 1 แสดงจำนวนประชากรและจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามหมู่บ้าน

หมู่บ้าน	จำนวนประชากร (N)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n)
1. ชุมชนบ้านห้วยฮุง	119	33
2. ชุมชนบ้านใหม่เหนือ	142	40
3. ชุมชนบ้านใหม่พัฒนา	123	35
4. ชุมชนบ้านท่านคร	157	44
5. ชุมชนบ้านแม่พริก	187	53
6. ชุมชนบ้านปางงุ้น	42	12
7. ชุมชนบ้านใหม่ไชยมงคล	107	30
8. ชุมชนบ้านหนองหล่ม	143	40
9. ชุมชนบ้านร่วมจิต	40	11
รวม	1,060	298

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ขั้นตอนที่ 2

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับฉลาก (Simple random sampling) โดยนำรายชื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลหนองหล่ม ตามข้อมูลของงานทะเบียนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหล่ม มาทำการจับฉลากหมายเลขตามจำนวนตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านจนครบจำนวน 298 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานะภาพ โรคประจำตัว การศึกษา ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัยการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย สถานบริการทางสุขภาพการนอนโรงพยาบาล การหกล้ม โดยลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมข้อความ (open end) รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 20 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOI_BREF_THAI_1997) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) มีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสภาพแวดล้อม โดยลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 26 ข้อโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 และมีค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.6515 (กรมสุขภาพจิต, 2545)

เกณฑ์การให้ระดับคะแนน

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHQOL-26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2 9 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ

กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ

กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้	กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้
ตอบ 1 ให้ 5 คะแนน	ตอบ 1 ให้ 1 คะแนน
ตอบ 2 ให้ 4 คะแนน	ตอบ 2 ให้ 2 คะแนน
ตอบ 3 ให้ 3 คะแนน	ตอบ 3 ให้ 3 คะแนน
ตอบ 4 ให้ 2 คะแนน	ตอบ 4 ให้ 4 คะแนน
ตอบ 5 ให้ 1 คะแนน	ตอบ 5 ให้ 5 คะแนน

การแปลผลคะแนน

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26-130 คะแนน

โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ

คะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แบ่งระดับคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7-16	17-26	27-35
2. ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
3. ด้านสัมพันธ์ทางสังคม	3-7	8-11	12-15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย	ได้แก่	ข้อ 2,3,4,10,11,12,24
องค์ประกอบด้านจิตใจ	ได้แก่	ข้อ 5,6,7,8,9,23
องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม	ได้แก่	ข้อ 13,14,25
องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม	ได้แก่	ข้อ 15,16,17,18,19,20,21,22

ส่วนข้อ 1 และ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมจะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.82 (วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ, 2554)

เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 20 คะแนน ตามเกณฑ์ดังนี้

ตอบทำได้	ได้ 2 คะแนน
ตอบทำได้ต้องมีคนช่วย	ได้ 1 คะแนน
ตอบไม่สามารถทำได้	ได้ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนน

คะแนนรวม ADL	การแปลผล(เต็ม) 20 คะแนน
0 – 4 คะแนน	ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ : very low initial score, total dependence
5 – 8 คะแนน	ภาวะพึ่งพารุนแรง: low initial score, severe dependence
9 – 11 คะแนน	ภาวะพึ่งพาปานกลาง : intermediate initial score, moderately severs dependence
12 – 20 คะแนน	ไม่เป็นการพึ่งพา : intermediate high, mildly severs dependence, consideration of discharging home

ส่วนที่ 4 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (MMSE–Thai 2002) โดยลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบเติมข้อความ (open end) รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 8 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.68 (ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ, 2555)

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

แปลผลจากคะแนนรวมจากข้อคำถามทั้งหมด 11 คำถาม แบ่งจุดตัดคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมตามระดับของการศึกษา เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ระดับการศึกษา	จุดตัดคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม
ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก–เขียนไม่ได้) (ไม่ต้องทำ ข้อ 4, 9, 10)	≤ 14 คะแนนเต็ม 23 คะแนน

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ระดับประถมศึกษา	≤ 17 คะแนนเต็ม 30 คะแนน
ระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22 คะแนนเต็ม 30 คะแนน

การพิทักสิทธิ์ของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. นำเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยพะเยา เพื่อขออนุมัติในการดำเนินการศึกษาและผ่านการพิจารณาของอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

2. ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีเอกสารชี้แจงประกอบเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ รวมถึงอธิบายหรือตอบข้อซักถามจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจเป็นอย่างดี

3. ผู้วิจัยขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการเก็บข้อมูลครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจและความยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะยกเลิกการเข้าร่วมโครงการโดยไม่มีผลกระทบได ๆ หากกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจะให้ลงนามในเอกสารยินยอม

4. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับและผลการวิจัยออกมาเป็นภาพรวมเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้นโดยไม่ระบุชื่อของบุคคลที่เข้าร่วมโครงการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยพะเยา ตามใบรับรองโครงการวิจัยแล้วดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้เข้าพบประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอดอกคำใต้/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหล่ม / ผู้ใหญ่บ้านทั้ง 9 หมู่บ้าน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. นำรายชื่อ บ้านเลขที่ หลังคาเรือนจากงานทะเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหล่ม มาคำนวณเพื่อหากลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์และตรวจสอบความสมบูรณ์ภายหลังการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเมื่อตอบเสร็จทันทีจนได้ขนาดตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์ใช้ ไค-สแควร์ (Chi-Square) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยคุณค่าในตนเองและปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยคุณค่าในตนเอง ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยคุณค่าในตนเอง ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา โดยศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 298 ราย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษา ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยคุณค่าในตนเอง และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยคุณค่าในตนเอง และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 2 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ		
60-69 ปี	164	55.1
70-79 ปี	77	25.8
80 ปีขึ้นไป	57	19.1
Mean = 70.01, S.D. = 68.0		
รวม	298	100.0
2. เพศ		
ชาย	120	40.3
หญิง	178	59.7
รวม	298	100.0

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
3. สถานะภาพ		
โสด	4	1.3
สมรส	194	65.1
หม้าย	84	28.2
หย่า/แยก	16	5.4
รวม	298	100.0
4. โรคประจำตัว		
มี	199	66.8
ไม่มี	99	33.2
รวม	298	100.0
จำแนกตามโรค (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ความดันโลหิตสูง	66	22.1
ความดันโลหิตต่ำ	7	2.3
เบาหวาน	64	21.5
โรคที่เกี่ยวข้องกับสมอง	1	0.3
โรคหัวใจ	17	5.7
โรคไต	23	7.7
การเคลื่อนไหวผิดปกติ อัมพฤกษ์/อัมพาต	3	1.0
โรคตา	36	12.1
โรคกระดูกและข้อ	71	23.8
โรคกระเพราะอาหาร	13	4.4
โรคเกี่ยวกับหู (หูตึง/หูหนวก/หูดับ)	19	6.4
โรคเกี่ยวกับช่องปาก(ฟันผุ/เหงือกอักเสบ)	2	0.7
โรคเกี่ยวกับจมูก (ไซนัส)	6	2.0
โรคปอด(ปอดอุดกั้นเรื้อรัง/หอบหืด)	11	3.7
5. การศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	157	52.7
ประถมศึกษา	80	26.8
มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป	32	10.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย	18	6.0
ปวช.	2	0.7
ปวส.	2	0.7

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
5. การศึกษา (ต่อ)		
ปริญญาตรีขึ้นไป	7	2.3
รวม	298	100.0
6. ความสามารถในการอ่าน		
อ่านออก	118	39.6
อ่านไม่ออก	180	60.4
รวม	298	100.0
7. ความสามารถในการเขียน		
เขียนได้	117	39.3
เขียนไม่ได้	181	60.7
รวม	298	100.0
8. การประกอบอาชีพ		
ประกอบอาชีพ	145	48.7
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	153	51.3
รวม	298	100.0
จำแนกตามอาชีพ		
เกษตรกรรม	98	32.9
รับจ้าง	20	6.7
ค้าขาย	25	8.4
รับงานมาทำที่บ้าน	17	5.7
ธุรกิจส่วนตัว	1	0.3
9. แหล่งที่มาของรายได้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ทำงานหาเงินเอง	138	46.3
ลูกหลานให้	98	32.9
เงินออม	25	8.4
บำเหน็จ/บำนาญ	8	2.7
เบี้ยยังชีพ	290	93.7
10. ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	108	36.2
ไม่เพียงพอ	190	63.8
รวม	298	100.0

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
11. ลักษณะการอยู่อาศัย (การมีผู้ดูแล)		
อาศัยอยู่คนเดียว	28	9.4
อาศัยอยู่กับผู้อื่น	270	90.6
รวม	298	100.0
12. การสูบบุหรี่/ยาเส้น/ยาฉุน		
สูบ	122	40.9
ไม่สูบ	176	59.1
รวม	298	100.0
13. ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (เหล้า เบียร์ ไวน์)		
ดื่ม	152	51.0
ไม่ดื่ม	146	49.0
รวม	298	100.0
14. การออกกำลังกาย		
ออก	105	35.2
ไม่ออก	193	64.8
รวม	298	100.0
ประเภทการออกกำลังกาย (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เดิน	50	16.8
วิ่ง	8	2.7
ปั่นจักรยาน	37	12.4
เต้นแอโรบิค/รำวงย้อนยุค	32	10.7
เล่นเปตอง	11	3.7
15. การเลือกรับบริการด้านสุขภาพ		
โรงพยาบาลของรัฐ	182	61.1
เอกชน	116	38.9
รวม	298	100.0
16. การนอนโรงพยาบาล (ใน 6 เดือนที่ผ่าน)		
เคย	52	17.4
ไม่เคย	246	82.6
รวม	298	100.0

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
17. การหกล้ม (ใน 1 ปีที่ผ่านมา)		
เคย	222	74.5
ไม่เคย	76	25.5
รวม	298	100.0

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

จากตาราง 2 พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 298 คน มีอายุอยู่ในช่วง 60–69 ปี ร้อยละ 55.1 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.7 มีสถานะภาพสมรส ร้อยละ 65.1 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.8 ป่วยเป็นโรคที่เกี่ยวกับกระดูกและข้อมากที่สุด ร้อยละ 23.8 ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 52.7 อ่านหนังสือไม่ออก ร้อยละ 60.4 เขียนหนังสือไม่ได้ ร้อยละ 60.7 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 51.3 มีรายได้มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 97.3 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 63.8 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับผู้อื่นหรือมีผู้ดูแล 90.6 ไม่สูบสูบบุหรี่/ยาเส้น/ยาฉุน ร้อยละ 59.1 ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 51.0 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 64.8 ส่วนผู้ที่ออกกำลังกายเลือกออกกำลังกายโดยการปั่นจักรยาน ร้อยละ 12.4 เลือกรับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 61.1 ส่วนใหญ่ไม่เคยนอนโรงพยาบาลในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 82.6 เคยหกล้ม ร้อยละ 74.5 ในช่วงปีที่ผ่านมา

2. ปัจจัยคุณค่าในตนเอง

ตาราง 3 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยคุณค่าในตนเอง ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. ท่านอาบน้ำเองได้หรือไม่		
ทำได้เอง	266	89.3
ต้องมีคนช่วย	24	8.1
ให้คนอื่นทำให้	8	2.7
รวม	298	100.0

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
2. ท่านเอาใจใส่ดูแลเรื่องการแต่งตัวเองหรือไม่ เช่น การหวีผม โกนหนวด		
ทำได้เอง	269	90.3
ต้องมีคนช่วย	22	7.4
ให้คนอื่นทำให้	7	2.3
รวม	298	100.0
3. ท่านไปห้องน้ำเองหรือไม่		
ทำได้เอง	270	90.6
ต้องมีคนช่วย	23	7.7
ให้คนอื่นทำให้	5	1.7
รวม	298	100.0
4. ท่านขึ้น/ลง เตียงหรือที่นอนได้หรือไม่		
ทำได้เอง	266	89.3
ต้องมีคนช่วย	23	7.7
ให้คนอื่นทำให้	9	3.0
รวม	298	100.0
5. ท่านสามารถขึ้นบันได 1 ขั้น ได้หรือไม่		
ทำได้เอง	269	90.3
ต้องมีคนช่วย	15	5.0
ให้คนอื่นทำให้	14	4.7
รวม	298	100.0
6. ท่านรับประทานอาหารได้เองหรือไม่		
ทำได้เอง	291	97.7
ต้องมีคนช่วย	5	1.7
ให้คนอื่นทำให้	2	0.6
รวม	298	100.0
7. ท่านสามารถสวม/ถอดเสื้อผ้าได้เองหรือไม่		
ทำได้เอง	280	94.0
ต้องมีคนช่วย	13	4.4
ให้คนอื่นทำให้	5	1.7
รวม	298	100.0

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
8. ท่านสามารถเดินได้หรือไม่		
ทำได้เอง	264	88.6
ต้องมีคนช่วย	14	4.7
ให้คนอื่นทำให้	20	6.7
รวม	298	100.0
9. ท่านสามารถกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาได้หรือไม่		
กลั้นได้ปกติ	171	57.4
กลั้นไม่ได้บางครั้ง	105	35.2
กลั้นไม่ได้	22	7.4
รวม	298	100.0
10. ท่านสามารถกลั้นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาได้หรือไม่		
กลั้นได้ปกติ	231	77.5
กลั้นไม่ได้บางครั้ง	52	17.4
กลั้นไม่ได้	15	5.0
รวม	298	100.0

จากตาราง 3 ข้อมูลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 298 คน พบว่า ส่วนใหญ่สามารถอาบน้ำเองได้ ร้อยละ 89.3 สามารถดูแลเรื่องการแต่งตัว เช่น การหวีผม โกนหนวดได้ ร้อยละ 90.3 สามารถไปห้องน้ำเองได้ ร้อยละ 90.6 สามารถขึ้น/ลงเตียงหรือที่นอนได้ ร้อยละ 89.3 สามารถขึ้นบันได 1 ขั้นได้ ร้อยละ 90.3 รับประทานอาหารได้เอง ร้อยละ 97.7 สามารถสวม/ถอดเสื้อผ้าได้เอง ร้อยละ 94.0 สามารถเดินได้ ร้อยละ 88.6 สามารถกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาได้ ร้อยละ 57.4 และสามารถกลั้นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาได้ ร้อยละ 77.5

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 4 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยคุณค่าในตนเอง ด้านสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (MMSE–Thai 2002)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. Orientation for time (5 คะแนน)		
(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
ได้ 0 คะแนน	22	7.4
ได้ 1 คะแนน	44	14.8
ได้ 2 คะแนน	70	23.5
ได้ 3 คะแนน	73	24.5
ได้ 4 คะแนน	34	11.4
ได้ 5 คะแนน	55	18.5
รวม	298	100.0
2. Orientation for place (5 คะแนน)		
(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
ได้ 0 คะแนน	9	3.0
ได้ 1 คะแนน	21	7.0
ได้ 2 คะแนน	71	23.8
ได้ 3 คะแนน	43	14.4
ได้ 4 คะแนน	61	20.5
ได้ 5 คะแนน	93	31.2
รวม	298	100.0
3. Registration (3 คะแนน) (ตอบถูกคำละ 1 คะแนน)		
ได้ 0 คะแนน	14	4.7
ได้ 1 คะแนน	78	26.2
ได้ 2 คะแนน	96	32.2
ได้ 3 คะแนน	110	36.9
รวม	298	100.0

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
4. Attention/Calculation (5 คะแนน)		
(ตอบถูกคำละ 1 คะแนน)		
ได้ 0 คะแนน	85	28.5
ได้ 1 คะแนน	95	31.9
ได้ 2 คะแนน	51	17.1
ได้ 3 คะแนน	30	10.1
ได้ 4 คะแนน	3	1.0
ได้ 5 คะแนน	34	11.4
รวม	298	100.0
5. Recall (3 คะแนน)		
ได้ 0 คะแนน	114	38.3
ได้ 1 คะแนน	106	35.6
ได้ 2 คะแนน	49	16.4
ได้ 3 คะแนน	29	9.7
รวม	298	100.0
6. Naming (2 คะแนน)		
ได้ 0 คะแนน	9	3.0
ได้ 1 คะแนน	15	5.1
ได้ 2 คะแนน	274	91.9
รวม	298	100.0
7. Repetition (1 คะแนน)		
(พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)		
ได้ 0 คะแนน	67	22.5
ได้ 1 คะแนน	231	77.5
รวม	298	100.0
8. Verbal Command (3 คะแนน)		
ได้ 0 คะแนน	212	71.1
ได้ 3 คะแนน	86	28.9
รวม	298	100.0

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

จากตาราง 4 ด้านสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (MMSE–Thai 2002) จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 298 คน พบว่า ผู้สูงอายุสามารถตอบคำถามในข้อที่ 1 Orientation for time ได้คะแนนเฉลี่ย 3 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 24.5 ข้อที่ 2 Orientation for place ได้คะแนนเฉลี่ย 5 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 31.2 ข้อที่ 3 Registration ได้คะแนนเฉลี่ย 3 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 36.9 ข้อที่ 4 Attention/Calculation ได้คะแนนเฉลี่ย 1 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 31.9 ข้อที่ 5 Recall ได้คะแนนเฉลี่ย 0 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 38.3 ข้อที่ 6 Naming ได้คะแนนเฉลี่ย 2 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 91.9 ข้อที่ 7 Repetition ได้คะแนนเฉลี่ย 1 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 77.5 และข้อที่ 8 Verbal Command ได้คะแนนเฉลี่ย 0 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 71.1

3. ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม

ตาราง 5 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. การเป็นสมาชิกกลุ่มชุมชน		
เป็น	160	53.7
ไม่เป็น	138	46.3
รวม	298	100.0
จำแนกตามกลุ่ม (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ออมทรัพย์	88	29.5
ผู้สูงอายุ	91	30.5
เกษตรกร	14	4.7
แม่บ้าน	30	10.1
สวัสดิการ	2	0.7
แปรรูปและกระจายสินค้า	13	4.4
2. การได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ		
ได้รับ	290	97.3
ไม่ได้รับ	8	2.7
รวม	298	100.0
3. การได้รับสิ่งของจากเทศบาลตำบลหนองหล่ม		
ได้รับ	107	35.9
ไม่ได้รับ	191	64.1
รวม	298	100.0

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

จากตาราง 5 พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 298 คน ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกกลุ่ม ร้อยละ 53.7 ซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มชมรมผู้สูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 30.5 มีรายได้มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 97.3 ซึ่งส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับสิ่งของจากเทศบาลตำบลหนอหล่ม ร้อยละ 64.1

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1. คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

ตาราง 6 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามรายข้อของคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

ข้อคำถาม	$\bar{\chi}$	S.D.
ด้านร่างกาย		
1. การปวดตามร่างกาย	3.28	1.038
2. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)	3.31	1.050
3. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด	3.35	1.038
4. ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	3.24	1.101
5. ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	3.26	1.099
6. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด	3.36	1.083
7. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	3.46	1.005

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมากที่สุด คือ ข้อ 7 สามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเอง มีคะแนนเฉลี่ย 3.46 รองลงมาได้แก่ ข้อ 6 พอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมาก่อน มีคะแนนเฉลี่ย 3.36 และน้อยที่สุด คือ ข้อ 4 ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน มีค่าเฉลี่ย 3.24

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	จำนวน	ร้อยละ
สูง	76	25.5
ปานกลาง	176	59.1
ต่ำ	46	15.4
รวม	**298**	**100.0**

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

จากตาราง 7 พบว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านร่างกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.1 รองลงมาคือ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 25.5 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 15.4

2. คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามรายข้อของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ข้อคำถาม	$\bar{\chi}$	S.D.
ด้านจิตใจ		
1. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากเพียงใด	3.48	1.048
2. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงได	3.57	1.033
3. ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน	3.57	1.065
4. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม	3.54	1.971
5. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน	3.63	1.094
6. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากแค่ไหน	3.84	1.038

จากตาราง 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมาก มีคะแนนเฉลี่ย 3.84 รองลงมาท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวลบ่อย มีคะแนนเฉลี่ย 3.63 และน้อยที่สุดคือรู้สึกพึงพอใจในชีวิตมาก มีค่าเฉลี่ย 3.48

ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	130	43.6
ปานกลาง	153	51.3
ต่ำ	15	5.0
รวม	**298**	**100.0**

จากตาราง 9 พบว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.3 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 43.6 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 5.0

3. คุณภาพชีวิตด้านสังคม

ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามรายข้อของคุณภาพชีวิตด้านสังคม

ข้อคำถาม	$\bar{\chi}$	S.D.
ด้านสังคม		
1. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน	3.55	1.011
2. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่ไหน	3.57	1.020
3. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได รวมถึงการช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)	3.51	1.022

จากตาราง 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ มีคะแนนเฉลี่ย 3.57 รองลงมาพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมามีคะแนนเฉลี่ย 3.55 และน้อยที่สุดคือพอใจในชีวิตทางเพศ มีค่าเฉลี่ย 3.51

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
สูง	116	38.9
ปานกลาง	145	48.7
ต่ำ	37	12.4
รวม	298	100.0

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

จากตาราง 11 พบว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.7 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 38.9 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 12.4

4. คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

ตาราง 12 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามรายข้อของคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

ข้อคำถาม	$\bar{\chi}$	S.D.
ด้านสิ่งแวดล้อม		
1. ท่านรูสึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน	3.00	1.027
2. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด	3.05	1.048
3. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด	3.06	1.095
4. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได ตามความจำเป็นเพียงใด	3.44	0.974
5. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด	3.68	0.982
6. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด	3.10	1.089
7. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงได	3.39	0.983
8. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด	3.64	1.138

จากตาราง 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างไดรูเรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน มีคะแนนเฉลี่ย 3.68 รองลงมาพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนมาก (หมายถึงการคมนาคม) มีคะแนนเฉลี่ย 3.64 และน้อยที่สุดคือรูสึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดี มีค่าเฉลี่ย 3.00

ตาราง 13 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
สูง	91	30.5
ปานกลาง	180	60.4
ต่ำ	27	9.1
รวม	**298**	**100.0**

จากตาราง 13 พบว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.4 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 30.5 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 9.1

5. คุณภาพชีวิตโดยรวม

ตาราง 14 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
สูง	104	34.9
ปานกลาง	178	59.7
ต่ำ	16	5.4
รวม	**298**	**100.0**

จากตาราง 14 พบว่า ผู้สูงมีคุณภาพชีวิตโดยรวมในอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 59.7 รองลงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 34.9 และระดับต่ำ ร้อยละ 5.4

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ตาราง 15 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

ช่วงอายุ	ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
60-69 ปี	17	92	55	164	18.282	0.001
	(10.4)	(56.1)	(33.5)	(100.0)		
70-79 ปี	14	48	15	77		
	(18.2)	(62.3)	(19.5)	(100.0)		
80 ปีขึ้นไป	15	36	6	57		
	(26.3)	(63.2)	(10.5)	(100.0)		

จากตาราง 15 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี มีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.1 อายุ 70-79 ปี มีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.3 และผู้สูงอายุอายุ 80 ปีขึ้นไป มีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.2 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value = 0.001)

ตาราง 16 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ช่วงอายุ	ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
60-69 ปี	5	71	88	164	16.050	0.003
	(3.0)	(43.3)	(53.7)	(100.0)		
70-79 ปี	6	48	23	77		
	(7.8)	(62.3)	(29.9)	(100.0)		
80 ปีขึ้นไป	4	34	19	57		
	(7.0)	(59.6)	(33.3)	(100.0)		

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

จากตาราง 16 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี มีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ร้อยละ 53.7 อายุ 70-79 ปี มีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.3 และผู้สูงอายุอายุ 80 ปีขึ้นไป มีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.6 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value = 0.003)

ตาราง 17 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม

ช่วงอายุ	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
60-69 ปี	20	77	67	164	2.056	0.725
	(12.2)	(47.0)	(40.9)	(100.0)		
70-79 ปี	8	38	31	77		
	(10.4)	(49.4)	(40.3)	(100.0)		
80 ปีขึ้นไป	9	30	18	57		
	(15.8)	(52.6)	(31.6)	(100.0)		

จากตาราง 17 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.0 อายุ 70-79 ปี มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.4 และผู้สูงอายุอายุ 80 ปีขึ้นไป มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.6 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (p-value = 0.725)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 18 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

ช่วงอายุ	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
60-69 ปี	15	86	63	164	13.354	0.010
	(9.1)	(52.4)	(38.4)	(100.0)		
70-79 ปี	5	53	19	77		
	(6.5)	(68.8)	(24.7)	(100.0)		
80 ปีขึ้นไป	7	41	9	57		
	(12.3)	(71.9)	(15.8)	(100.0)		

จากตาราง 18 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.4 อายุ 70-79 ปี มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.8 และผู้สูงอายุอายุ 80 ปีขึ้นไป มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.9 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01(p-value = 0.010)

ตาราง 19 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

ช่วงอายุ	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
60-69 ปี	6	87	71	164	14.480	0.006
	(3.7)	(53.0)	(43.3)	(100.0)		
70-79 ปี	6	48	23	77		
	(7.8)	(62.3)	(29.9)	(100.0)		
80 ปีขึ้นไป	4	43	10	57		
	(7.0)	(75.4)	(17.5)	(100.0)		

จากตาราง 19 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.0 อายุ 70-79 ปี มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ร้อยละ62.3 และผู้สูงอายุอายุ 80 ปีขึ้นไป มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.4เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value = 0.006)

ตาราง 20 ตารางการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

เพศ	ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ชาย	11	69	40	120	10.028	0.007
	(9.2)	(57.5)	(33.3)	(100.0)		
หญิง	35	107	36	178		
	(19.7)	(60.1)	(20.2)	(100.0)		

จากตาราง 20 พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.5 ผู้สูงอายุเพศหญิงมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.1 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value = 0.007)

ตาราง 21 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

เพศ	ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ชาย	5	56	59	120	2.570	0.277
	(4.2)	(46.7)	(49.2)	(100.0)		
หญิง	10	97	71	178		
	(5.6)	(54.5)	(39.9)	(100.0)		

จากตาราง 21 พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ร้อยละ 49.2 ผู้สูงอายุเพศหญิงมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.5 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (p-value = 0.277)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 22 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม

เพศ	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ชาย	18	51	51	120	3.305	0.192
	(15.0)	(42.5)	(42.5)	(100.0)		
หญิง	19	94	65	178		
	(10.7)	(52.8)	(36.5)	(100.0)		

จากตาราง 22 พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี ร้อยละ 42.5 ผู้สูงอายุเพศหญิงมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.8 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (p-value = 0.192)

ตาราง 23 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

เพศ	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ชาย	12	72	36	120	0.220	0.896
	(10.0)	(60.0)	(30.0)	(100.0)		
หญิง	15	108	55	178		
	(8.4)	(60.7)	(30.9)	(100.0)		

จากตาราง 23 พบว่าผู้ สูงอายุเพศชายมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.0 ผู้สูงอายุเพศหญิงมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.7 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (p-value = 0.896)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 24 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

เพศ	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ชาย	2	68	50	120	8.082	0.018
	(1.7)	(56.7)	(41.7)	(100.0)		
หญิง	14	110	54	178		
	(7.9)	(61.8)	(30.3)	(100.0)		

จากตาราง 24 พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.7 ผู้สูงอายุเพศหญิงมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.8 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.018)

ตาราง 25 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพกับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

สถานะภาพ	ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
อยู่คนเดียว	24	66	14	104	15.649	0.000
	(23.1)	(63.4)	(13.5)	(100.0)		
สมรส	22	110	62	194		
	(11.3)	(56.7)	(32.0)	(100.0)		

จากตาราง 25 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานะภาพอยู่คนเดียวมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.4 สถานะภาพสมรสมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.7 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่าสถานะภาพมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value $<$ 0.000)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 26 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพกับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

สถานะภาพ	ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
อยู่คนเดียว	5	63	36	104	5.642	0.060
	(4.8)	(60.6)	(34.6)	(100.0)		
สมรส	10	90	94	194		
	(5.2)	(46.4)	(48.4)	(100.0)		

จากตาราง 26 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานะภาพอยู่คนเดียวมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.6 สถานะภาพสมรสมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ร้อยละ 48.4 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า สถานะภาพไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (p-value = 0.060)

ตาราง 27 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม

สถานะภาพ	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
อยู่คนเดียว	12	55	37	104	1.146	0.564
	(11.5)	(52.9)	(35.6)	(100.0)		
สมรส	25	90	76	194		
	(12.9)	(46.4)	(40.7)	(100.0)		

จากตาราง 27 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานะภาพอยู่คนเดียวมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.9 สถานะภาพสมรสมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.4 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า สถานะภาพไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (p-value = 0.564)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 28 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

สถานะภาพ	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
อยู่คนเดียว	10	70	24	104	4.227	0.121
	(9.6)	(67.3)	(23.1)	(100.0)		
สมรส	17	110	67	194		
	(8.8)	(56.7)	(34.5)	(100.0)		

จากตาราง 28 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานะภาพอยู่คนเดียวมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.3 สถานะภาพสมรสมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.7 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า สถานะภาพไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (p-value = 0.121)

ตาราง 29 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพกับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

สถานะภาพ	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
อยู่คนเดียว	7	75	22	104	13.302	0.001
	(6.7)	(72.1)	(21.1)	(100.0)		
สมรส	9	103	82	194		
	(4.6)	(53.1)	(42.3)	(100.0)		

จากตาราง 29 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานะภาพอยู่คนเดียวมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.1 สถานะภาพสมรสมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.1 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า สถานะภาพมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value = 0.001)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 30 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวกับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

มีโรค	ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
มี	38	120	41	199	10.992	0.004
	(19.1)	(60.3)	(20.6)	(100.0)		
ไม่มี	8	56	35	99		
	(8.1)	(56.6)	(35.4)	(100.0)		

จากตาราง 30 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.3 ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.6 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01(p-value = 0.004)

ตาราง 31 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวกับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

มีโรค	ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
มี	11	109	79	199	3.780	0.151
	(5.5)	(54.8)	(39.7)	(100.0)		
ไม่มี	4	44	51	99		
	(4.0)	(44.4)	(51.5)	(100.0)		

จากตาราง 31 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.8 ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ร้อยละ 51.5 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า โรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (p-value = 0.151)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 32 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม

มีโรค	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
มี	21	104	74	199	3.740	0.154
	(10.6)	(52.2)	(37.2)	(100.0)		
ไม่มี	16	41	42	99		
	(16.2)	(41.4)	(42.4)	(100.0)		

จากตาราง 32 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.2 ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 42.4 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า โรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (p-value = 0.154)

ตาราง 33 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

มีโรค	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
มี	18	129	52	199	5.747	0.056
	(9.0)	(64.8)	(26.2)	(100.0)		
ไม่มี	9	51	39	99		
	(9.1)	(51.5)	(39.4)	(100.0)		

จากตาราง 33 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.8 ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.5 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า โรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (p-value = 0.056)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 34 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวกับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

มีโรค	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
มี	12	125	62	199	3.659	0.037
	(6.0)	(62.8)	(31.2)	(100.0)		
ไม่มี	4	53	42	99		
	(4.0)	(53.5)	(42.5)	(100.0)		

จากตาราง 34 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.8 ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.5 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.037)

ตาราง 35 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

ระดับการศึกษา	ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ไม่ได้เรียน	32	98	27	157	32.941	0.000
	(20.4)	(62.4)	(17.2)	(100.0)		
ประถม	9	54	17	80		
	(11.2)	(67.5)	(21.3)	(100.0)		
ม.ต้นขึ้นไป	5	24	32	61		
	(8.2)	(39.3)	(52.5)	(100.0)		

จากตาราง 35 พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.4 ผู้สูงอายุที่จบชั้นประถมมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.5 ผู้สูงอายุที่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไปมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับดี ร้อยละ 52.5 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value $<$ 0.000)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 36 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ระดับการศึกษา	ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ไม่ได้เรียน	9	96	52	157	25.362	0.000
	(5.7)	(61.1)	(33.2)	(100.0)		
ประถม	5	40	35	80		
	(6.3)	(50.0)	(43.7)	(100.0)		
ม.ต้นขึ้นไป	1	17	43	61		
	(1.6)	(27.9)	(70.5)	(100.0)		

จากตาราง 36 พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.1 ผู้สูงอายุที่จบชั้นประถมมีระดับคุณภาพชีวิตจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 ผู้สูงอายุที่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไปมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดีร้อยละ 70.5 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value $<$ 0.000)

ตาราง 37 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม

ระดับการศึกษา	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (ร้อยละ)			รวม	χ2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ไม่ได้เรียน	17	89	51	157	20.508	0.000
	(10.8)	(56.7)	(32.5)	(100.0)		
ประถม	13	40	27	80		
	(16.2)	(50.0)	(33.8)	(100.0)		
ม.ต้นขึ้นไป	7	16	38	61		
	(11.5)	(26.2)	(62.3)	(100.0)		

จากตาราง 37 พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.7 ผู้สูงอายุที่จบชั้นประถมมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับ

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ปานกลาง ร้อยละ 50.0 ผู้สูงอายุที่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไปมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.3 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value $<$ 0.000)

ตาราง 38 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

ระดับการศึกษา	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ไม่ได้เรียน	14	109	34	157	20.079	0.000
	(8.9)	(69.4)	(21.7)	(100.0)		
ประถม	11	42	27	80		
	(13.8)	(52.5)	(33.8)	(100.0)		
ม.ต้นขึ้นไป	2	29	30	61		
	(3.3)	(47.5)	(49.2)	(100.0)		

จากตาราง 38 พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.4 ผู้สูงอายุที่จบชั้นประถมมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.5 ผู้สูงอายุที่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไปมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 49.2 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value $<$ 0.000)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 39 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

ระดับการศึกษา	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ไม่ได้เรียน	11	109	37	157	32.891	0.000
	(7.0)	(69.4)	(23.6)	(100.0)		
ประถม	5	47	28	80		
	(6.3)	(58.7)	(35.0)	(100.0)		
ม.ต้นขึ้นไป	0	22	39	61		
	(0.0)	(36.1)	(63.9)	(100.0)		

จากตาราง 39 พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.4 ผู้สูงอายุที่จบชั้นประถมมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.7 ผู้สูงอายุที่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไปมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.9 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value $<$ 0.000)

ตาราง 40 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการอ่านกับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

การอ่าน	ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
อ่านออก	9	60	49	118	29.613	0.000
	(7.6)	(50.8)	(41.6)	(100.0)		
อ่านไม่ออก	37	116	27	180		
	(20.6)	(64.4)	(15.0)	(100.0)		

จากตาราง 40 พบว่า ผู้สูงอายุที่อ่านหนังสือออกมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.8 ผู้สูงอายุที่อ่านหนังสือไม่ออกมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.4 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ความสามารถในการอ่าน

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value < 0.000)

ตาราง 41 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการอ่านกับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

การอ่าน	ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
อ่านออก	2	42	74	118	30.079	0.000
	(1.7)	(35.6)	(62.7)	(100.0)		
อ่านไม่ออก	13	111	56	180		
	(7.2)	(61.7)	(31.1)	(100.0)		

จากตาราง 41 พบว่า ผู้สูงอายุที่อ่านหนังสือออกมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.7 ผู้สูงอายุที่อ่านหนังสือไม่ออกมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.7 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ความสามารถในการอ่านมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value < 0.000)

ตาราง 42 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการอ่านกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม

การอ่าน	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
อ่านออก	14	46	58	118	9.054	0.011
	(11.9)	(39.0)	(49.1)	(100.0)		
อ่านไม่ออก	23	99	58	180		
	(12.8)	(55.0)	(32.2)	(100.0)		

จากตาราง 42 พบว่า ผู้สูงอายุที่อ่านหนังสือออกมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 49.1 ผู้สูงอายุที่อ่านหนังสือไม่ออกมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 55.0 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ความสามารถในการอ่านมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.011)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 43 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการอ่านกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

การอ่าน	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
อ่านออก	9	54	55	118	23.902	0.000
	(7.6)	(45.8)	(46.6)	(100.0)		
อ่านไม่ออก	18	126	36	180		
	(10.0)	(70.0)	(20.0)	(100.0)		

จากตาราง 43 พบว่า ผู้สูงอายุที่อ่านหนังสือออกมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 46.6 ผู้สูงอายุที่อ่านหนังสือไม่ออกมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.0 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ความสามารถในการอ่านมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p\text{-value} < 0.000$)

ตาราง 44 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการอ่านกับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

การอ่าน	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
อ่านออก	3	50	65	118	35.570	0.000
	(2.5)	(42.4)	(55.1)	(100.0)		
อ่านไม่ออก	13	128	39	180		
	(7.2)	(71.1)	(21.7)	(100.0)		

จากตาราง 44 พบว่า ผู้สูงอายุที่อ่านหนังสือออกมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 55.1 ผู้สูงอายุที่อ่านหนังสือไม่ออกมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.1 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ความสามารถในการอ่านมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p\text{-value} < 0.000$)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 45 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเขียนกับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

การเขียน	ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
เขียนได้	9	59	49	117	30.172	0.000
	(7.7)	(50.4)	(41.9)	(100.0)		
เขียนไม่ได้	37	117	27	181		
	(20.4)	(64.6)	(14.9)	(100.0)		

จากตาราง 45 พบว่า ผู้สูงอายุที่เขียนหนังสือได้มีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.4 ผู้สูงอายุที่เขียนหนังสือไม่ได้มีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 64.6 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ความสามารถในการเขียนมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p\text{-value} < 0.000$)

ตาราง 46 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเขียนกับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

การเขียน	ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
เขียนได้	1	42	74	117	32.637	0.000
	(0.9)	(35.9)	(63.2)	(100.0)		
เขียนไม่ได้	14	111	56	181		
	(7.7)	(61.3)	(30.9)	(100.0)		

จากตาราง 46 พบว่า ผู้สูงอายุที่เขียนหนังสือได้มีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.2 ผู้สูงอายุที่เขียนหนังสือไม่ได้มีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.3 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ความสามารถในการเขียนมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p\text{-value} < 0.000$)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 47 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเขียนกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม

การเขียน	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
เขียนได้	13	46	58	117	9.328	0.009
	(11.1)	(39.3)	(49.6)	(100.0)		
เขียนไม่ได้	24	99	58	181		
	(13.3)	(54.7)	(32.0)	(100.0)		

จากตาราง 47 พบว่า ผู้สูงอายุที่เขียนหนังสือได้มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 49.6 ผู้สูงอายุที่เขียนหนังสือไม่ได้มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.7 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ความสามารถในการเขียนมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value = 0.009)

ตาราง 48 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเขียนกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

การเขียน	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
เขียนได้	8	54	55	117	24.640	0.000
	(6.8)	(46.2)	(47.0)	(100.0)		
เขียนไม่ได้	19	126	36	181		
	(10.5)	(69.6)	(19.9)	(100.0)		

จากตาราง 48 พบว่า ผู้สูงอายุที่เขียนหนังสือได้มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 47.0 ผู้สูงอายุที่เขียนหนังสือไม่ได้มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.6 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ความสามารถในการเขียนมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value $<$ 0.000)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 49 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเขียนกับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

การเขียน	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
เขียนได้	2	50	65	117	37.672	0.000
	(1.7)	(42.7)	(55.6)	(100.0)		
เขียนไม่ได้	14	128	39	181		
	(7.7)	(70.7)	(21.5)	(100.0)		

จากตาราง 49 พบว่า ผู้สูงอายุที่เขียนหนังสือได้มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 55.6 ผู้สูงอายุที่เขียนหนังสือไม่ได้มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.7 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ความสามารถในการเขียนมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value $<$ 0.000)

ตาราง 50 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นสมาชิกกลุ่มกับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

เป็นสมาชิกกลุ่ม	ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
เป็น	20	88	52	160	9.526	0.009
	(12.5)	(55.0)	(32.5)	(100.0)		
ไม่เป็น	26	88	24	138		
	(18.8)	(63.8)	(17.4)	(100.0)		

จากตาราง 50 พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกกลุ่มมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.0 ผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกกลุ่มมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.8 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การเป็นสมาชิกกลุ่มมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value = 0.009)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 51 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นสมาชิกกลุ่มกับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

เป็นสมาชิกกลุ่ม	ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
เป็น	3	74	83	160	13.985	0.001
	(1.9)	(46.2)	(51.9)	(100.0)		
ไม่เป็น	12	79	47	138		
	(8.7)	(57.2)	(34.1)	(100.0)		

จากตาราง 51 พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกกลุ่มมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ร้อยละ 51.9 ผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกกลุ่มมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.2 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การเป็นสมาชิกกลุ่มมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value = 0.001)

ตาราง 52 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นสมาชิกกลุ่มกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม

เป็นสมาชิกกลุ่ม	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
เป็น	12	74	74	160	11.898	0.003
	(7.4)	(46.3)	(46.3)	(100.0)		
ไม่เป็น	25	71	42	138		
	(18.2)	(51.4)	(30.4)	(100.0)		

จากตาราง 52 พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกกลุ่มมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลางและดี ร้อยละ 46.3 ผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกกลุ่มมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.4 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การเป็นสมาชิกกลุ่มมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value = 0.003)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 53 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นสมาชิกกลุ่มกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

เป็นสมาชิกกลุ่ม	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
เป็น	12	90	58	160	5.608	0.061
	(7.5)	(56.2)	(36.3)	(100.0)		
ไม่เป็น	15	90	33	138		
	(10.9)	(65.2)	(23.9)	(100.0)		

จากตาราง 53 พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกกลุ่มมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.2 ผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกกลุ่มมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.2 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่าการเป็นสมาชิกกลุ่มไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (p-value = 0.061)

ตาราง 54 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นสมาชิกกลุ่มกับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

เป็นสมาชิกกลุ่ม	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
เป็น	3	84	73	138	22.271	0.000
	(1.9)	(52.5)	(45.6)	(100.0)		
ไม่เป็น	13	94	31	160		
	(9.4)	(68.1)	(22.5)	(100.0)		

จากตาราง 54 พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกกลุ่มมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.5 ผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกกลุ่มมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.1 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การเป็นสมาชิกกลุ่มมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value $<$ 0.000)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 55 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการประกอบอาชีพกับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

อาชีพ	ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ประกอบ	11	82	52	145	23.458	0.000
	(7.6)	(56.6)	(35.9)	(100.0)		
ไม่ได้ประกอบ	35	94	24	153		
	(22.9)	(61.4)	(15.7)	(100.0)		

จากตาราง 55 พบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.6 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 61.4 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value $<$ 0.000)

ตาราง 56 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการประกอบอาชีพกับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

อาชีพ	ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ประกอบ	4	54	87	145	31.202	0.000
	(2.8)	(37.2)	(60.0)	(100.0)		
ไม่ได้ประกอบ	11	99	43	153		
	(7.2)	(64.7)	(28.1)	(100.0)		

จากตาราง 56 พบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ร้อยละ 60.0 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.7 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value $<$ 0.000)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 57 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการประกอบอาชีพกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม

อาชีพ	ระดับคุณภาพชีวิตสังคม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ประกอบ	15	67	63	145	2.808	0.246
	(10.4)	(46.2)	(43.4)	(100.0)		
ไม่ได้ประกอบ	22	78	53	153		
	(14.4)	(51.0)	(34.6)	(100.0)		

จากตาราง 57 พบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.2 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.0 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การประกอบอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (p-value = 0.246)

ตาราง 58 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการประกอบอาชีพกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

อาชีพ	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ประกอบ	11	71	63	145	22.211	0.000
	(7.6)	(49.0)	(43.4)	(100.0)		
ไม่ได้ประกอบ	16	109	28	153		
	(10.5)	(71.2)	(18.3)	(100.0)		

จากตาราง 58 พบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.0 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.2 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value $<$ 0.000)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 59 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการประกอบอาชีพกับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

อาชีพ	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ประกอบ	4	70	71	145	24.801	0.000
	(2.8)	(48.3)	(49.0)	(100.0)		
ไม่ได้ประกอบ	12	108	33	153		
	(7.8)	(70.6)	(21.6)	(100.0)		

จากตาราง 59 พบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 49.0 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.6 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value $<$ 0.000)

ตาราง 60 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับเบี้ยยังชีพกับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

เบี้ยยังชีพ	ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ได้รับ	46	173	71	290	6.328	0.042
	(15.9)	(59.7)	(24.4)	(100.0)		
ไม่ได้รับ	0	3	5	8		
	(0.0)	(37.5)	(62.5)	(100.0)		

จากตาราง 60 พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.7 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.5 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การได้รับเบี้ยยังชีพมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.042)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 61 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับเบี้ยยังชีพกับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

เบี้ยยังชีพ	ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ได้รับ	15	153	122	290	10.624	0.005
	(5.2)	(52.8)	(42.1)	(100.0)		
ไม่ได้รับ	0	0	8	8		
	(0.0)	(0.0)	(100.0)	(100.0)		

จากตาราง 61 พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.8 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100.0 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การได้รับเบี้ยยังชีพมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value = 0.005)

ตาราง 62 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับเบี้ยยังชีพกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม

เบี้ยยังชีพ	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ได้รับ	37	145	108	290	12.898	0.002
	(12.8)	(50.0)	(37.2)	(100.0)		
ไม่ได้รับ	0	0	8	8		
	(0.0)	(0.0)	(100.0)	(100.0)		

จากตาราง 62 พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100.0 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การได้รับเบี้ยยังชีพมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value = 0.002)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 63 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับเบี้ยยังชีพกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

เบี้ยยังชีพ	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ได้รับ	27	179	84	290	12.603	0.002
	(9.3)	(61.7)	(29.0)	(100.0)		
ไม่ได้รับ	0	1	7	8		
	(0.0)	(12.5)	(87.5)	(100.0)		

จากตาราง 63 พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.7 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 87.5 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การได้รับเบี้ยยังชีพมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value = 0.002)

ตาราง 64 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับเบี้ยยังชีพกับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

เบี้ยยังชีพ	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ได้รับ	16	178	96	290	15.335	0.000
	(5.5)	(61.4)	(33.1)	(100.0)		
ไม่ได้รับ	0	0	8	8		
	(0.0)	(0.0)	(100.0)	(100.0)		

จากตาราง 64 พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.4 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100.0 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การได้รับเบี้ยยังชีพมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value $<$ 0.000)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 65 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้กับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

ความเพียงพอรายได้	ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
พอ	11	61	36	108	7.289	0.026
	(10.2)	(56.5)	(33.3)	(100.0)		
ไม่พอ	35	115	40	190		
	(18.4)	(60.5)	(21.1)	(100.0)		

จากตาราง 65 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.5 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.5 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.026)

ตาราง 66 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้กับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ความเพียงพอรายได้	ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
พอ	3	44	61	108	11.839	0.003
	(2.8)	(40.7)	(56.5)	(100.0)		
ไม่พอ	12	109	69	190		
	(6.3)	(57.4)	(36.3)	(100.0)		

จากตาราง 66 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ร้อยละ 56.5 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.4 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value = 0.003)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 67 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม

ความเพียงพอรายได้	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
พอ	9	42	57	108	13.945	0.001
	(8.3)	(38.9)	(52.8)	(100.0)		
ไม่พอ	28	103	59	190		
	(14.7)	(54.2)	(31.1)	(100.0)		

จากตาราง 67 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 52.8 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.2 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value = 0.001)

ตาราง 68 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

ความเพียงพอรายได้	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
พอ	7	57	44	108	8.649	0.013
	(6.5)	(52.8)	(40.7)	(100.0)		
ไม่พอ	20	123	47	190		
	(10.5)	(64.8)	(24.7)	(100.0)		

จากตาราง 68 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.8 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.8 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value $<$ 0.013)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 69 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

ความเพียงพอรายได้	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
พอ	2	55	51	108	13.472	0.001
	(1.9)	(50.9)	(47.2)	(100.0)		
ไม่พอ	14	123	53	190	13.472	0.001
	(7.4)	(64.7)	(27.9)	(100.0)		

จากตาราง 69 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.9 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.7 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value = 0.001)

ตาราง 70 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับสิ่งของจากเทศบาลกับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

สิ่งของจากเทศบาล	ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
เคยได้รับ	13	77	17	107	11.926	0.003
	(12.1)	(72.0)	(15.9)	(100.0)		
ไม่เคยได้รับ	33	99	59	191		
	(17.3)	(51.8)	(30.9)	(100.0)		

จากตาราง 70 พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับสิ่งของจากเทศบาลมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.0 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับสิ่งของจากเทศบาลมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.8 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การได้รับสิ่งของจากเทศบาลมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value = 0.003)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 71 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับสิ่งของจากเทศบาลกับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

สิ่งของจากเทศบาล	ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
เคยได้รับ	7	64	36	107	6.899	0.032
	(6.5)	(59.8)	(33.6)	(100.0)		
ไม่เคยได้รับ	8	89	94	191		
	(4.2)	(46.6)	(49.2)	(100.0)		

จากตาราง 71 พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับสิ่งของจากเทศบาลมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.8 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับสิ่งของจากเทศบาลมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ร้อยละ 49.2 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การได้รับสิ่งของจากเทศบาลมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.032)

ตาราง 72 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับสิ่งของจากเทศบาลกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม

สิ่งของจากเทศบาล	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
เคยได้รับ	19	57	31	107	8.815	0.012
	(17.8)	(53.3)	(29.0)	(100.0)		
ไม่เคยได้รับ	18	88	85	191		
	(9.4)	(46.1)	(44.5)	(100.0)		

จากตาราง 72 พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับสิ่งของจากเทศบาลมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.3 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับสิ่งของจากเทศบาลมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.1 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การได้รับสิ่งของจากเทศบาลมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.012)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 73 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับสิ่งของจากเทศบาลกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

สิ่งของจากเทศบาล	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
เคยได้รับ	9	73	25	107	4.581	0.101
	(8.4)	(68.2)	(23.4)	(100.0)		
ไม่เคยได้รับ	18	107	66	191		
	(9.4)	(56.0)	(34.6)	(100.0)		

จากตาราง 73 พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับสิ่งของจากเทศบาลมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.2 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับสิ่งของจากเทศบาลมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.0 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การได้รับสิ่งของจากเทศบาลไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (p-value = 0.101)

ตาราง 74 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับสิ่งของจากเทศบาลกับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

สิ่งของจากเทศบาล	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
เคยได้รับ	4	72	31	107	4.104	0.128
	(3.7)	(67.3)	(29.0)	(100.0)		
ไม่เคยได้รับ	12	106	73	191		
	(6.3)	(55.5)	(38.2)	(100.0)		

จากตาราง 74 พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับสิ่งของจากเทศบาลมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.3 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับสิ่งของจากเทศบาลมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.5 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การได้รับสิ่งของจากเทศบาลไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (p-value = 0.128)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 75 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการอยู่อาศัย/ผู้ดูแลกับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

ลักษณะการอยู่อาศัย	ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
อยู่คนเดียว	3	21	4	28	3.301	0.192
	(10.7)	(75.0)	(14.3)	(100.0)		
มีผู้ดูแล	43	155	72	270		
	(15.9)	(57.4)	(26.7)	(100.0)		

จากตาราง 75 พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.0 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับผู้อื่นหรือมีผู้ดูแลมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.4 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (p-value = 0.192)

ตาราง 76 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการอยู่อาศัย/ผู้ดูแลกับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ลักษณะการอยู่อาศัย	ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
อยู่คนเดียว	2	21	5	28	8.345	0.015
	(7.1)	(75.0)	(17.9)	(100.0)		
มีผู้ดูแล	13	132	125	270		
	(4.8)	(48.9)	(46.3)	(100.0)		

จากตาราง 76 พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.0 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับผู้อื่นหรือมีผู้ดูแลมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.9 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.015)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 77 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการอยู่อาศัย/ผู้ดูแลกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม

ลักษณะการอยู่อาศัย	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
อยู่คนเดียว	8	15	5	28	10.174	0.006
	(28.6)	(53.6)	(17.9)	(100.0)		
มีผู้ดูแล	29	130	111	270		
	(10.7)	(48.1)	(41.1)	(100.0)		

จากตาราง 77 พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.6 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับผู้อื่นหรือมีผู้ดูแลมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.1 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value = 0.006)

ตาราง 78 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการอยู่อาศัย/ผู้ดูแลกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

ลักษณะการอยู่อาศัย	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
อยู่คนเดียว	4	17	7	28	1.242	0.537
	(14.3)	(60.7)	(25.0)	(100.0)		
มีผู้ดูแล	23	163	84	270		
	(8.5)	(60.4)	(31.1)	(100.0)		

จากตาราง 78 พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.7 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับผู้อื่นหรือมีผู้ดูแลมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.4 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (p-value = 0.537)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 79 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการอยู่อาศัย/ผู้ดูแลกับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

ลักษณะการอยู่อาศัย	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
อยู่คนเดียว	2	21	5	28	3.959	0.138
	(7.1)	(75.0)	(17.9)	(100.0)		
มีผู้ดูแล	14	157	99	270		
	(5.2)	(58.1)	(36.7)	(100.0)		

จากตาราง 79 พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.0 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับผู้อื่นหรือมีผู้ดูแลมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.1 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (p-value = 0.138)

ตาราง 80 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

สูบบุหรี่	ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
สูบ	13	74	35	122	3.969	0.137
	(10.7)	(60.7)	(28.7)	(100.0)		
ไม่สูบ	33	102	41	176		
	(18.8)	(58.0)	(23.3)	(100.0)		

จากตาราง 80 พบว่า ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่มีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.7 ผู้สูงอายุที่ไม่สูบบุหรี่มีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.0 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (p-value = 0.137)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 81 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

สูบบุหรี่	ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
สูบ	3	66	53	122	3.027	0.220
	(2.5)	(54.1)	(43.4)	(100.0)		
ไม่สูบ	12	87	77	176		
	(6.8)	(49.4)	(43.8)	(100.0)		

จากตาราง 81 พบว่า ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่มีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.1 ผู้สูงอายุที่ไม่สูบบุหรี่มีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.4 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (p-value = 0.220)

ตาราง 82 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม

สูบบุหรี่	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
สูบ	17	57	48	122	0.552	0.759
	(13.9)	(46.7)	(39.4)	(100.0)		
ไม่สูบ	20	88	68	176		
	(11.4)	(50.0)	(38.6)	(100.0)		

จากตาราง 82 พบว่า ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.7 ผู้สูงอายุที่ไม่สูบบุหรี่มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (p-value = 0.759)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 83 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

สูบบุหรี่	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
สูบ	12	76	34	122	0.741	0.690
	(9.8)	(62.3)	(27.9)	(100.0)		
ไม่สูบ	15	104	57	176		
	(8.5)	(59.1)	(32.4)	(100.0)		

จากตาราง 83 พบว่า ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.3 ผู้สูงอายุที่ไม่สูบบุหรี่มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.1 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (p-value = 0.690)

ตาราง 84 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

สูบบุหรี่	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
สูบ	2	76	44	122	5.660	0.059
	(1.6)	(62.3)	(36.1)	(100.0)		
ไม่สูบ	14	102	60	176		
	(8.0)	(58.0)	(34.0)	(100.0)		

จากตาราง 84 พบว่า ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.3 ผู้สูงอายุที่ไม่สูบบุหรี่มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.0 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (p-value = 0.059)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 85 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ดื่ม	15	84	53	152	17.657	0.000
	(9.9)	(55.3)	(34.8)	(100.0)		
ไม่ดื่ม	31	92	23	146		
	(21.2)	(63.0)	(15.8)	(100.0)		

จากตาราง 85 พบว่า ผู้สูงอายุที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.3 ผู้สูงอายุที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.0 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value $<$ 0.000)

ตาราง 86 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ดื่ม	3	65	84	152	19.852	0.000
	(2.0)	(42.8)	(55.2)	(100.0)		
ไม่ดื่ม	12	88	46	146		
	(8.2)	(60.3)	(31.5)	(100.0)		

จากตาราง 86 พบว่า ผู้สูงอายุที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ร้อยละ 55.2 ผู้สูงอายุที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.3 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value $<$ 0.000)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 87 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ดื่ม	17	68	67	146	3.476	0.176
	(11.2)	(44.7)	(44.1)	(100.0)		
ไม่ดื่ม	20	77	49	152		
	(13.7)	(52.7)	(33.6)	(100.0)		

จากตาราง 87 พบว่า ผู้สูงอายุที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.7 ผู้สูงอายุที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.7 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (p-value = 0.176)

ตาราง 88 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ดื่ม	10	89	53	152	4.190	0.123
	(6.6)	(58.5)	(34.9)	(100.0)		
ไม่ดื่ม	17	91	38	146		
	(11.6)	(62.4)	(26.0)	(100.0)		

จากตาราง 88 พบว่า ผู้สูงอายุที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.5 ผู้สูงอายุที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.4 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (p-value = 0.123)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 89 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ดื่ม	3	82	67	152	15.891	0.000
	(2.0)	(53.9)	(44.1)	(100.0)		
ไม่ดื่ม	13	96	37	146		
	(8.9)	(65.8)	(25.3)	(100.0)		

จากตาราง 89 พบว่า ผู้สูงอายุที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.9 ผู้สูงอายุที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.8 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value $<$ 0.000)

ตาราง 90 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายกับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

ออกกำลัง	ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ออก	12	57	36	105	7.216	0.027
	(11.4)	(54.3)	(34.3)	(100.0)		
ไม่ออก	34	119	40	193		
	(17.6)	(61.7)	(20.7)	(100.0)		

จากตาราง 90 พบว่า ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.3 ผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.7 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.027)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 91 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายกับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ออกกำลัง	ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ออก	2	41	62	193	16.767	0.000
	(1.9)	(39.0)	(59.1)	(100.0)		
ไม่ออก	13	112	68	105		
	(6.7)	(58.1)	(35.2)	(100.0)		

จากตาราง 91 พบว่า ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ร้อยละ 59.1 ผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.1 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p\text{-value} < 0.000$)

ตาราง 92 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม

ออกกำลัง	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ออก	12	43	50	193	5.253	0.072
	(11.4)	(41.0)	(47.6)	(100.0)		
ไม่ออก	25	102	66	105		
	(13.0)	(52.8)	(34.2)	(100.0)		

จากตาราง 92 พบว่า ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 47.6 ผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.8 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม ($p\text{-value} = 0.072$)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 93 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

ออกกำลัง	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ออก	10	50	45	105	12.483	0.002
	(9.5)	(47.6)	(42.9)	(100.0)		
ไม่ออก	17	130	46	193		
	(8.8)	(67.4)	(23.8)	(100.0)		

จากตาราง 93 พบว่า ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.6 ผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.4 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.002)

ตาราง 94 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายกับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

ออกกำลัง	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ออก	5	49	51	105	13.428	0.001
	(4.8)	(46.7)	(48.6)	(100.0)		
ไม่ออก	11	129	53	193		
	(5.7)	(66.8)	(27.5)	(100.0)		

จากตาราง 94 พบว่า ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 48.6 ผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.8 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value = 0.001)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 95 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเลือกรับบริการสุขภาพกับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

การเลือกรับบริการ	ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
รัฐ	28	102	52	182	2.447	0.294
	(15.4)	(56.0)	(28.6)	(100.0)		
เอกชน	18	74	24	116		
	(15.5)	(63.8)	(20.7)	(100.0)		

จากตาราง 95 พบว่า ผู้สูงอายุที่เลือกรับบริการสุขภาพของรัฐมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.0 ผู้สูงอายุที่เลือกรับบริการสุขภาพของเอกชนมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.8 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การเลือกรับบริการสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (p-value = 0.294)

ตาราง 96 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเลือกรับบริการสุขภาพกับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

การเลือกรับบริการ	ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
รัฐ	8	79	95	182	13.991	0.001
	(4.4)	(43.4)	(52.2)	(100.0)		
เอกชน	7	74	35	116		
	(6.0)	(63.8)	(30.2)	(100.0)		

จากตาราง 96 พบว่า ผู้สูงอายุที่เลือกรับบริการสุขภาพของรัฐมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ร้อยละ 52.2 ผู้สูงอายุที่เลือกรับบริการสุขภาพของเอกชนมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.8 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การเลือกรับบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value = 0.001)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 97 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเลือกรับบริการสุขภาพกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม

การเลือกรับบริการ	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
รัฐ	14	82	86	182	17.978	0.000
	(7.6)	(45.1)	(47.3)	(100.0)		
เอกชน	23	63	30	116		
	(19.8)	(54.3)	(25.9)	(100.0)		

จากตาราง 97 พบว่า ผู้สูงอายุที่เลือกรับบริการสุขภาพของรัฐมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 47.3 ผู้สูงอายุที่เลือกรับบริการสุขภาพของเอกชนมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.3 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การเลือกรับบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value $<$ 0.000)

ตาราง 98 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเลือกรับบริการสุขภาพกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

การเลือกรับบริการ	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
รัฐ	11	105	66	182	10.286	0.006
	(6.0)	(57.7)	(36.3)	(100.0)		
เอกชน	16	75	25	116	10.286	0.006
	(13.7)	(64.7)	(21.6)	(100.0)		

จากตาราง 98 พบว่า ผู้สูงอายุที่เลือกรับบริการสุขภาพของรัฐมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.7 ผู้สูงอายุที่เลือกรับบริการสุขภาพของเอกชนมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.7 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การเลือกรับบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value = 0.006)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 99 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเลือกรับบริการสุขภาพกับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

การเลือกรับบริการ	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
รัฐ	9	98	75	182	8.201	0.017
	(4.9)	(53.8)	(41.3)	(100.0)		
เอกชน	7	80	29	116		
	(6.0)	(69.0)	(25.0)	(100.0)		

จากตาราง 99 พบว่า ผู้สูงอายุที่เลือกรับบริการสุขภาพของรัฐมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.8 ผู้สูงอายุที่เลือกรับบริการสุขภาพของเอกชนมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.0 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การเลือกรับบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value $<$ 0.017)

ตาราง 100 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการนอนโรงพยาบาลกับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

นอนโรงพยาบาล	ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
เคย	9	31	12	52	0.292	0.864
	(17.3)	(59.6)	(23.1)	(100.0)		
ไม่เคย	37	145	64	246		
	(15.1)	(58.9)	(26.0)	(100.0)		

จากตาราง 100 พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยนอนโรงพยาบาลมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.6 ผู้สูงอายุที่ไม่เคยนอนโรงพยาบาลมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.9 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การนอนโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (p-value = 0.864)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 101 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการนอนโรงพยาบาลกับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

นอนโรงพยาบาล	ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
เคย	1	32	19	52	3.211	0.201
	(1.9)	(61.6)	(36.5)	(100.0)		
ไม่เคย	14	121	111	246		
	(5.7)	(49.2)	(45.1)	(100.0)		

จากตาราง 101 พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยนอนโรงพยาบาลมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.6 ผู้สูงอายุที่ไม่เคยนอนโรงพยาบาลมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.2 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การนอนโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (p-value = 0.201)

ตาราง 102 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการนอนโรงพยาบาลกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม

นอนโรงพยาบาล	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
เคย	3	25	24	52	3.091	0.213
	(5.8)	(48.0)	(46.2)	(100.0)		
ไม่เคย	34	120	92	246		
	(13.8)	(48.8)	(37.4)	(100.0)		

จากตาราง 102 พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยนอนโรงพยาบาลมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.0 ผู้สูงอายุที่ไม่เคยนอนโรงพยาบาลมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.8 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การนอนโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (p-value = 0.213)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 103 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการนอนโรงพยาบาลกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

นอนโรงพยาบาล	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
เคย	4	33	15	52	0.287	0.866
	(7.7)	(63.5)	(28.8)	(100.0)		
ไม่เคย	23	147	76	246		
	(9.3)	(59.8)	(30.9)	(100.0)		

จากตารางที่ 103 พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยนอนโรงพยาบาลมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.5 ผู้สูงอายุที่ไม่เคยนอนโรงพยาบาลมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.8 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การนอนโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (p-value = 0.866)

ตาราง 104 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการนอนโรงพยาบาลกับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

นอนโรงพยาบาล	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
เคย	2	35	15	52	1.539	0.463
	(3.8)	(67.4)	(28.8)	(100.0)		
ไม่เคย	14	143	89	246		
	(5.7)	(58.1)	(36.2)	(100.0)		

จากตาราง 104 พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยนอนโรงพยาบาลมีระดับคุณภาพชีวิตด้านโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.4 ผู้สูงอายุที่ไม่เคยนอนโรงพยาบาลมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.1 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การนอนโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (p-value = 0.463)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 105 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการหกล้มกับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

หกล้ม	ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
เคย	34	121	67	222	10.533	0.005
	(15.3)	(54.5)	(30.2)	(100.0)		
ไม่เคย	12	55	9	76		
	(15.8)	(72.4)	(11.8)	(100.0)		

จากตาราง 105 พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.5 ผู้สูงอายุที่ไม่เคยหกล้มมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.4 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การหกล้มมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value = 0.005)

ตาราง 106 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการหกล้มกับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

หกล้ม	ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
เคย	12	109	101	222	1.791	0.408
	(5.4)	(49.1)	(45.5)	(100.0)		
ไม่เคย	3	44	29	76		
	(3.9)	(57.9)	(38.2)	(100.0)		

จากตาราง 106 พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.1 ผู้สูงอายุที่ไม่เคยหกล้มมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.9 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การหกล้มไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (p-value = 0.408)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 107 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการหกล้มกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม

หกล้ม	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
เคย	28	102	92	222	2.757	0.252
	(12.6)	(45.9)	(41.5)	(100.0)		
ไม่เคย	9	43	24	76		
	(11.8)	(56.6)	(31.6)	(100.0)		

จากตาราง 107 พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.9 ผู้สูงอายุที่ไม่เคยหกล้มมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.6 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การหกล้มไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (p-value = 0.252)

ตาราง 108 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการหกล้มกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

หกล้ม	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
เคย	24	123	75	222	9.548	0.008
	(10.8)	(55.4)	(33.8)	(100.0)		
ไม่เคย	3	57	16	76		
	(3.9)	(75.0)	(21.1)	(100.0)		

จากตาราง 108 พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.4 ผู้สูงอายุที่ไม่เคยหกล้มมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.0 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การหกล้มมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value = 0.008)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 109 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการหกล้มกับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

หกล้ม	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
เคย	12	124	86	222	5.868	0.053
	(5.4)	(55.9)	(38.7)	(100.0)		
ไม่เคย	4	54	18	76		
	(5.3)	(71.1)	(23.7)	(100.0)		

จากตาราง 109 พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.9 ผู้สูงอายุที่ไม่เคยหกล้มมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.1 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การหกล้มไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (p-value = 0.053)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณค่าในตนเองกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ตาราง 110 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณค่าในตนเองกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ตัวแปร	r	p-value
- การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	0.190	0.000**
- สมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุ	0.498	0.000**

หมายเหตุ **. P-value < 0.01

*. P-value < 0.05

จากตาราง 110 พบว่า ปัจจัยคุณค่าในตนเองที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (p-value $<$ 0.001) และสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุ (p-value $<$ 0.001)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ตาราง 111 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นสมาชิกกลุ่มกับคุณภาพชีวิต

การเป็นสมาชิกกลุ่ม	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
เป็น	3	84	73	160	22.271	0.000
	(1.9)	(52.5)	(45.6)	(100.0)		
ไม่เป็น	13	94	31	138		
	(9.4)	(68.1)	(22.5)	(100.0)		

จากตาราง 111 พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกกลุ่มมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.5 ผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกกลุ่มมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.1 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การเป็นสมาชิกกลุ่มมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value = 0.000)

ตาราง 112 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับเบี้ยยังชีพกับคุณภาพชีวิต

การได้รับเบี้ยยังชีพ	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ได้	16	178	96	290	15.335	0.000
	(5.5)	(61.4)	(33.1)	(100.0)		
ไม่ได้	0	0	8	8		
	(0.0)	(0.0)	(100.0)	(100.0)		

จากตาราง 112 พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.4 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100.0 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่าการได้รับเบี้ยยังชีพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value = 0.000)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ตาราง 113 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับสิ่งของจากเทศบาลกับคุณภาพชีวิต

การได้รับสิ่งของจากเทศบาล	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (ร้อยละ)			รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ได้	4	72	31	107	4.104	0.128
	(3.7)	(67.3)	(29.0)	(100.0)		
ไม่ได้	12	106	73	191		
	(6.3)	(55.5)	(38.2)	(100.0)		

จากตาราง 113 พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับสิ่งของจากเทศบาลมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.3 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับสิ่งของจากเทศบาลมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.5 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การได้รับสิ่งของจากเทศบาลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม (p-value = 0.128)

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบศึกษาภาคตัดขวาง (cross sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยคุณค่าในตนเอง ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยคุณค่าในตนเอง และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จำนวน 298 คนผลการศึกษาอภิปรายได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขออภิปรายผลวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังรายละเอียดต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยคุณค่าในตนเองและปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ของผู้สูงอายุ

1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60–69 ปี ร้อยละ 55.1 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.7 ส่วนใหญ่มีสถานะภาพสมรสร้อยละ 65.1 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.8 ป่วยเป็นโรคที่เกี่ยวกับกระดูกและข้อมากที่สุด ร้อยละ 23.8 ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 52.7 ส่วนใหญ่อ่านหนังสือไม่ออก ร้อยละ 60.4 ส่วนใหญ่เขียนหนังสือไม่ได้ ร้อยละ 60.7 ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกกลุ่ม ร้อยละ 53.7 ซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มชมรมผู้สูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 30.5 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 51.3 ส่วนใหญ่มีรายได้มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 97.3 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย ร้อยละ 63.8 ซึ่งไม่เคยได้รับสิ่งของจากเทศบาลตำบลหนองหล่ม ร้อยละ 64.1 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส/บุตรหลาน ร้อยละ 65.4 ส่วนใหญ่ไม่สูบสูบบุหรี่/ยาเส้น/ยาฉุน ร้อยละ 59.1 ส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 51.0 ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 64.8 ส่วนใหญ่เลือกรับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 61.1 ส่วนใหญ่ไม่เคยนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 82.6 และส่วนใหญ่เคยหกล้ม ร้อยละ 74.5

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

2. ปัจจัยคุณค่าในตนเอง

ข้อมูลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถอาบน้ำเองได้ ร้อยละ 89.3 สามารถดูแลเรื่องการแต่งตัว เช่น การหวีผม โกนหนวดได้ ร้อยละ 90.3 สามารถไปห้องน้ำเองได้ ร้อยละ 90.6 สามารถขึ้น/ลงเตียงหรือที่นอนได้ ร้อยละ 89.3 สามารถขึ้นบันได 1 ขั้นได้ ร้อยละ 90.3 สามารถรับประทานอาหารได้เอง ร้อยละ 97.7 สามารถสวม/ถอดเสื้อผ้าได้เอง ร้อยละ 94.0 สามารถเดินได้ ร้อยละ 88.6 สามารถกลั้นปัสสาวะระยะสั้น ๆ ในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาได้ ร้อยละ 57.4 และสามารถกลั้นอุจจาระระยะสั้น ๆ ในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาได้ ร้อยละ 77.5

ข้อมูลด้านสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (MMSE–Thai 2002) ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุสามารถตอบคำถามในข้อที่ 1. Orientation for time ได้คะแนนเฉลี่ย 3 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 24.5 ข้อที่ 2. Orientation for place ได้คะแนนเฉลี่ย 5 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 31.2 ข้อที่ 3. Registration ได้คะแนนเฉลี่ย 3 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 36.9 ข้อที่ 4. Attention/ Calculation ได้คะแนนเฉลี่ย 1 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 31.9 ข้อที่ 5. Recall ได้คะแนนเฉลี่ย 0 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 38.3 ข้อที่ 6. Naming ได้คะแนนเฉลี่ย 2 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 91.9 ข้อที่ 7. Repetition ได้คะแนนเฉลี่ย 1 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 77.5 และข้อที่ 8. Verbal Command ได้คะแนนเฉลี่ย 0 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 71.1

3. ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม

ข้อมูลปัจจัยสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นสมาชิกกลุ่ม ร้อยละ 53.7 ซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มชมรมผู้สูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 30.5 มีรายได้มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 97.3 ซึ่งไม่เคยได้รับสิ่งของจากเทศบาลตำบลหนองหล่ม ร้อยละ 64.1

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง พบว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านร่างกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.1 ด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 51.3 ด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.7 ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.4 และคุณภาพชีวิตโดยรวมส่วนใหญ่ในอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 59.7

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยคุณค่าในตนเองและปัจจัยสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

จากข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ (p-value = 0.006) เพศ (p-value = 0.018) สถานภาพ (p-value = 0.001) โรคประจำตัว (p-value = 0.037) การศึกษา (p-value = 0.001) ความสามารถในการอ่าน (p-value < 0.000) ความสามารถในการเขียน (p-value < 0.000) อาชีพ (p-value < 0.000) ความเพียงพอของรายได้ (p-value = 0.001) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (p-value < 0.000) การออกกำลังกาย (p-value = 0.001) การเลือกรับบริการสุขภาพ(p-value = 0.017)

2. ปัจจัยคุณค่าในตนเองที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

จากข้อมูลปัจจัยคุณค่าในตนเองที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (p-value = 0.010) และสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุ (p-value = 0.001)

3. ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

จากข้อมูลปัจจัยสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ การเป็นสมาชิกกลุ่ม (p-value = 0.001) การได้รับเบี้ยยังชีพ (p-value = 0.001)

อภิปรายผล

1. ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ (2554) นริสา วงศ์พนารักษ์ และอภิญญา วงศ์พิริยโยธา (2558) ปัทมา ผ่องศิริ และคณะ (2561) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

จากผลการวิจัยด้านปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อายุ เพศ สถานะภาพสมรส โรคประจำตัว ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การเลือกรับบริการสุขภาพ ความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ มณัฐกร คงทอง (2554) ดวงใจ คำคง (2554) ภรภัทร ดอกไม้ และคณะ (2556) นงนุช แย้มวงษ์ (2557) ปรางทิพย์ ภักดีศิริไพรวัลย์ (2559) ที่พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับ

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

คุณภาพชีวิต นอกจากนี้ยังพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงสูงอายุซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นงนุช แย้มวงษ์ (2557) ภรภัทร ดอกไม้ และคณะ (2556) ที่พบว่า เพศหญิงมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสถานะภาพสมรส การมีโรคประจำตัว ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การเลือกรับบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของดวงใจ คำคง (2554) วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ (2554) เด่น นวลไธสง และสุภาภรณ์ สุดหนองบัว (2556); ภรภัทร ดอกไม้ และคณะ (2556) นงนุช แย้มวงษ์ (2557) ปรางทิพย์ ภักดีศิริไพรวัลย์ (2559) ศรันยา สถิตย์ (2559) อภินันท์ สนน้อย และคณะ (2560) ปัทมา ผ่องศิริ และคณะ (2561) ที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและผลการวิจัยด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง สมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อภินันท์ สนน้อย และคณะ (2560) อรรจน์มน ธรรมไชย และคณะ (2560) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวการณ์ทำงานของสมองดีหรือสมองทำงานปกติมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่สมองทำงานผิดปกติและสุดท้ายด้านแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งประกอบด้วย การเป็นสมาชิกกลุ่มและการได้รับเบี้ยยังชีพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เด่น นวลไธสง และสุภาภรณ์ สุดหนองบัว (2556) ธาริน สุขอนันต์ และคณะ (2554) ภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี (2555), ศรันยา สถิตย์ (2559) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกกลุ่มมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่แต่ภายในบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัยครั้งนี้

จากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำพาไปวางแผนการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนเพื่อพัฒนาการดูแลและรองรับกับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบัน ที่มีการเติบโตขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุ โดยคาดกันว่าในปี 2564 จะเพิ่มขึ้นจากเดิมอีกร้อยละ 20 ซึ่งหากไม่มีการเตรียมพร้อมตั้งรับก็จะทำให้ไม่สามารถดูแลประชากรกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสิ่งที่ตามมาเป็นเงาตามตัว คือ งบประมาณที่จะสูงขึ้นแน่นอนว่าส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศชาติต่อไป

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. วิเคราะห์สถานการณ์ความชุกและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่าง ๆ กับความต้องการในการพัฒนาตนเองเพื่อความอยู่รอดในสังคมอย่างมีความสุขของผู้สูงอายุ

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3938429681 UP iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

บรรณานุกรม

Branden. (1996). **Taking Responsibility: Self Reliance and the Accountable Life.** New York*:* Simon & Schuster*.*

Calhoum, G., & Morse, W. (1977). **Self Concept and Self–Esteem: Another Perspective.** Psychology in the School.

Caplan. (1974). **Support systems and community mental health.** New York. Behavioral Publicatiems

Coopersmith, S. (1984). **SEI: Self–Esteem Inventories.** Colifornia*:* Consulting Psychologist Press,Inc*.*

Kahn. (1979). **Aging and social support. In aging from birth to death.** Interdisciplinary perspective Coro *:* Westview Press*.*

krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). **Determining sample size for research activities.** Education and Psychological Measurement*.*

Lawrence. (1987). **Enhancing Self–Esteem in the Classroom.** London *:* Paul Chapman Publishing*.*

Mussen, Paul, John, Conger, Jerom, & Kagan. (1969). **Child Development and Personality.** New York *:* Harper&Row*.*

Roger. (1951). Historical origins of the health nursing; Concepts and practice. **Phiaddephia*:*Sauders*.*

Sasse, C. B. (1978). **Person to Person.** Peoria*:* Benefit*.*

กรมสุขภาพจิต. (2545). **เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL–BREF–THAI).** สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2562, จาก https://www.dmh.go.th/test/whoqol/.

กัญญา ชื่นอารมย์ และวลัยนารี พรมลา. (2560). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี. **วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ**, 3(2), 94–104.

เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. (2528). **การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ.** กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.

3938429681 UP iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และเนตรทราย รุ่งเรืองธรรม. (2537). **การรักษาพยาบาลขั้นต้น.** นครปฐม: ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

จักรพงษ์ เกเย็น. (2554). **คุณภาพชีวิตผู้อยู่อาศัยในชมุชนของการเคหะแห่งชาติในเขตกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพฯ.

จันทนา สารแสง. (2561). **คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์ ส.ม. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, เชียงใหม่.

จันทร์ฉาย พิทักษ์ศิริกุล. (2532). **ผลของการจัดโปรแกรมฝึกความกล้าแสดงออกต่อความรู้สึกเห็นแก่ตัวของนักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 3.** สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2562 จาก http://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/37472/7/Janchay_pi_front.pdf.

จิรัชยา เคล้าดี สุภชัย นาคสุวรรณ์ และจักรวาล สุขไมตรี. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช. **วารสารราชพฤกษ์**, 15(1), 27–32.

ชัญญานุช ไพรวงษ์ และคณะ. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ,** 15(1), 380–393.

ชัยวัฒน์ วงศ์อาษา. (2556). **การเห็นคุณค่าในตนเอง.** สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2562, จาก http://ns2.ph.mahidol.ac.th/phklb/knowledgefiles/Selfteem.pdf.

ชุติเดช เจียนดอน และคณะ. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์**, 41(3), 229–239.

ดวงกมล คณโฑเงิน. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่มาบตาพุด จังหวัดระยอง. **วารสารการจัดการสิ่งแวดล้อม**, 9(2), 65–88.

ดวงใจ คำคง. (2554). **ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง.** วิทยานิพนธ์ วท.ม มหาวิทยาลัยทักษิณ, สงขลา.

เด่น นวลไธสง และสุภาภรณ์ สุดหนองบัว. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอน อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย. **การประชุมวิชาการราชภัฏนครสวรรค์วิจัย**, 1(1), 921–933.

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ธันวา บัวมี. (2557). แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหนองน้อย อำเภอวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท. **การนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติเครือข่ายบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ,** 17(1), 1451–1463.

ธาริน สุขอนันต์ และคณะ. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์**, 41(3), 240–249.

นงนุช แย้มวงษ์. (2557). **คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ.** คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2562, จาก http://med.swu.ac.th/research/images/Journal/21-1-4-56/4.pdf.

นริสา วงศ์พนารักษ์ และอภิญญา วงศ์พิริยโยธา. (2558). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของคนพิการในเขตเมือง. **วารสารพยาบาลทหารบก**, 16(3), 14–22.

นันทิยา ใจเย็น. (2557). **แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่พิการในพื้นที่ของเทศบาลตำบลท่าไม้ อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี.** วิทยานิพนธ์ รป.ม. มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม.

ประจวบ แหลมหลัก และคณะ. (2560). **แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลจำป่าหวาย อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา.** สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2562, จาก https://www.tcithaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/113073.

ปรางทิพย์ ภักดีคีรีไพรวัลย์. (2559). **การศึกษาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนบ้านแสนตอหมู่ 11 ตำบลท่าผา อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง.** สารนิพนธ์ สส.ม. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.

ปลื้มใจ ไพจิตร. (2558). คุณภาพในการดำารงชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. **วารสารการจัดการ**, 2(2), 157–179.

ปวีร์ ศิริรักษ์. (2556). **โครงการศึกษาความพอเพียงของบุคลากรสำหรับดูแลผู้สูงอายุ**. การวิจัยมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี, นครราชสีมา. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2562, จาก https://core.ac.uk/download/pdf/70941144.pdf.

ปัทมา ผ่องศิริ และคณะ. (2561). คุณภาพชีวิตภาวะสุขภาพจิตและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาเขตเมือง อุบลราชธานี. **วารสารเกื้อการุณย์**, 25(2), 137–151.

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ปิยภรณ์ เลาหบุตร. (2557). **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ 7 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี.** วิทยานิพนธ์ รป.ม. มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ. (2555). ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในสถาบันบริการสุขภาพและในชุมชน. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**, 35(2), 15-24.

พนิษฐา พานิชาชีวะกุล. (2537). **การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสหมิติสำหรับผู้สูงอายุในชนบท.** วิทยานิพนธ์ ส.ด. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

พรพิมล เพ็ชรบุรี. (2559). **ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.

พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2550). คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ. **วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ**. 2(3), 327-337.

พลอยพรรณ เชี่ยวชาญ. (2559). **บทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชน**. การศึกษาอิสระ รป.ม. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์ กรุงเทพฯ. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2562, จาก https://repository.rmutr.ac.th/bitstream/handle/123456789/1011/fulltext_is_85.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

ไพโรจน์ วงศ์วุฒิวัฒน์. (2552). **เราจะเตรียมรับมือกันอย่างไร?...สังคมผู้สูงอายุ**. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2562, จาก https://hilight.kapook.com/view/34319.

ภรภัทร ดอกไม้ และคณะ. (2556). ปจจัยที่มีความสัมพันธกับคุณภาพชีวิตของผูสูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเมืองเกา อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย. **การประชุมสาธารณสุขระดับนานาชาติ**, 6(1), 132-153.

ภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร. **สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น**, 19(2), 55-64.

ภาณุ อดกลั้น. **ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ**. สืบค้นเมื่อ 11 มกราคม 2562, จาก http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://110.164.51.229/newbcnu/attachments/WorksTeacher/Panu/20panu.pdf.

มณัฐกร คงทอง. (2554). **คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กรณีศึกษามชนริมทางรถไฟภายในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา.** สารนิพนธ์ รป.ม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2554). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554.** สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2562, จาก http://thaitgri.org/?p=37060.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2556). **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2556**. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2556, จาก http://thaitgri.org/?p=36172.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2525). **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525.** กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์การพิมพ์.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542.** กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์การพิมพ์.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหล่ม. (2562). **สถานการณ์ผู้สูงอายุในตำบลหนองหล่ม.** สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2562, จาก โปรแกรม HosxP : Primary Care Unit Information System 3.60.5.8 DB:5.5.31–MariaDB.

ลัญชนา พิมพันธ์ชัยยบูลย์. (2558). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว้าเหว่ของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

วรรณา กุมารจันทร์. (2543). **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน.** วิทยานิพน์ พย.ม. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว. (2557). **พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี.** วิทยานิพนธ์ รป.ม. มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

วันทนี ขำเพ็ง. (2540). **ปัจจัยที่มีความสำพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนบท จังหวัดนครราชสีมา**. วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลบางกร่าง อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. **วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**, 5(2), 32–40.

ศรันยา สถิตย์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลเกาะขนุน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา. **วารสารราชนครินทร์**, 1(1), 113–141.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2544). **สวัสดิการผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริสุข นาคะเสนีย์. (2561). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ. **วารสารวิจัยรำไพพรรณี**, 12(1), 39–48.

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

สมศรี สัจจะสกุลรัตน์ และคณะ. (2560). **รูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุเชิงพุทธบูรณาการเทศบาลตำบลบานตอม จังหวัดพะเยา.** สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2562 จาก https://www.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/125466.

สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. (2536). **ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต.** ปริญญานิพนธ์ กศ.ด. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2562). **สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา.** สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2562, จาก https://pyo.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php.

สุกิจ ทองพิลา และคณะ. (2553). ปั**จจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วย ด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 43 เขตมีนบุรี กรุงเทพฯ.** สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2562, จาก https://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/4796.

สุรกุล เจนอบรม. (2541). **วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย.** กรุงเทพฯ: นิชินแอดเวอร์ไทชิ่งกรุ๊ฟ. สืบค้นเมื่อ 5 มกราคม 2562, จาก http://opac.mbu.ac.th/Record/*641.*

เสาวณีย์ ระพีพรกุล. (2560). **ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงคำพร้อยหมู่ 11 อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี**. พย.บ. วัชรพล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น, ปทุมธานี.

องค์การอนามัยโลก. ((WHO),1995). **ความหมายของคุณภาพชีวิต**. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2562, จาก http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/FileUpload/PDF/425-Quality-of-Life.pdf.

อภินันท์ สนน้อย และคณะ. (2560). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์. **วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์**, 8(2), 153-169.

อรรจน์มน ธรรมไชย และคณะ. (2560). ความสัมพันธ์ของความสามารถด้านการเคลื่อนไหวและคุณภาพชีวิตกับการทำงานของสมองระดับสูงในผู้สูงอายุ. **ศรีนครินทร์เวชสาร,** 32(5), 435-443.

อาภรณ์ ชีวะเกรียงไกร. (2560). **ผลกระทบของสังคมผู้สูงอายุ ของประเทศไทย คอลัมนิสต์ประจำคอลัมน์ส่องกล้องเศรษฐกิจ**. สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2562, จาก http://www.bangkokbiznews.com/blog /detail/641444.

3938429681 up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	บุศยมาศ พลเศษ
วัน เดือน ปี เกิด	14 มกราคม 2534
สถานที่เกิด	พะเยา
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2559 วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์), มหาวิทยาลัยพะเยา,พะเยา
ที่อยู่ปัจจุบัน	146 หมู่ที่ 6 ตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา 56120
ผลงานตีพิมพ์	ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า บุศยมาศ พลเศษ (ผู้บรรยาย) (8 มิถุนายน 2562) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ในการประชุมวิชาการบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 5 (หน้า 2-16). พะเยา: กองบริหารงานวิจัยและประกันคุณภาพการศึกษา มหาวิทยาลัยพะเยา.

3938429681
up iThesis 60058010 independent study / recv: 16022563 13:42:47 / seq: 126