



ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของ
ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่อยู่อาศัยในเขต
เทศบาลตำบลตระบอง อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี
Factors Affecting the Quality of Life among the Elderly during the
Epidemic of Corona Virus 2019 (COVID-19) in Trobon Subdistrict
Municipality, Saiburi District, Pattani Province

ชัยรัตน์ พรหมดวง
Chairat Phromduang

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Degree of Master of Public Administration
Prince of Songkla University
2565

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของ
ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่อยู่อาศัยในเขต
เทศบาลตำบลตระบอง อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี
Factors Affecting the Quality of Life among the Elderly during the
Epidemic of Corona Virus 2019 (COVID-19) in Trobon Subdistrict
Municipality, Saiburi District, Pattani Province

ชัยรัตน์ พรหมดวง
Chairat Phromduang

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Degree of Master of Public Administration
Prince of Songkla University
2565
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของ
 ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่อยู่อาศัยในเขตเทศบาล
 ตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี

ผู้เขียน นายชัยรัตน์ พรหมดวง

สาขาวิชา รัฐประศาสนศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรารธนา หลีกภัย)

.....ประธานกรรมการ
 (รองศาสตราจารย์ ดร.เจษฎา นกน้อย)

.....กรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรารธนา หลีกภัย)

.....กรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑามณี ตระกูลมุกดา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
 ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต

.....
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอกิง วงศ์ศิริโชติ)
 รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มี
ส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรารธนา หลีกภัย)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลงชื่อ

(นายชัยรัตน์ พรหมดวง)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ

(นายชัยรัตน์ พรหมดวง)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่อยู่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี
ผู้เขียน	ชัยรัตน์ พรหมดวง
สาขาวิชา	รัฐประศาสนศาสตร์
ปีการศึกษา	2565

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ก่อนและระหว่างเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 2019 2) ศึกษาเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล 3) ศึกษาปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และ 4) นำเสนอแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ การวิจัยเชิงปริมาณเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี และได้ขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลเตราะบอน จำนวน 295 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบไปด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้างเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจัดทำโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด 2019 อยู่ในระดับมาก โดยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด ในช่วงเวลาที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 2019 พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมียังคงอยู่ในระดับมาก โดยด้านสังคมมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับมาก จากผลการเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะการมีงานทำ และสภาพการอยู่อาศัยที่แตกต่างกัน จะมีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยเอื้อด้านสถานบริการผู้สูงอายุและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนจากภาครัฐส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยเสริมด้าน

การสนับสนุนจากครอบครัวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้สูงอายุเสนอแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมอาชีพ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และกิจกรรมส่งเสริมทางด้านสังคมและจิตใจ

คำสำคัญ โควิด-19, ผู้สูงอายุ, คุณภาพชีวิต, จังหวัดปัตตานี

Thesis Title Factors Affecting the Quality of Life among the Elderly during the Epidemic of Corona Virus (COVID-19) in Trobon Subdistrict Municipality, Saiburi District, Pattani Province

Author Chairat Phromduang

Major Program Public Administration

Academic Year 2022

Abstract

The purposes of this study were to investigate quality of life of the elderly in Trobon Municipality, Saiburi District, Pattani Province before and during the Covid-19 epidemic, to compare the elderly's quality of life with personal factors, to investigate enabling factors and reinforcing factors affecting on the elderly's quality of life, and to propose the suggestion for improving the elderly's quality of life. This research was mixed methods research. The research instrument was questionnaires. The sampling group consisted of 295 subjects who were living in Trobon Sub-district Municipality, Saiburi District, Pattani Province, and registered in the old age allowance at Trobon Sub-district Municipality. Statistical tools were comprised of frequency, percentage, average, standard deviation, T-test, One Way ANOVA, and multiple regression analysis. The qualitative research used a structured in-depth interview to collect data from 10 subjects. The qualitative data were analyzed using content analysis.

It was found that the quality of life of the elderly residing in Trobon Sub-district Municipality, Saiburi, Pattani before the Covid-19 epidemic was at a high level. The environmental aspect had the highest average which was at the highest level. While the epidemic of the Covid-19 was taking place, the elderly's quality of life was also at a high level. The social aspect had the highest level which was at a high level. The comparison of the elderly's quality of life with personal factors revealed that those who were different in employment and living conditions had different levels of quality of life with a statistical significance level of .05. Moreover, enabling factors regarding health care and accessibility of health service had an effect

on the elderly's quality of life at a statistical significance level of .05. Reinforcing factor regarding government support had an effect on the elderly's quality of life at a statistical significance level of .05 and a reinforcing factor regarding the family support had an effect on the elderly's quality of life at a statistical significance level of .01. Concerning the qualitative research results, it was found that the elderly proposed suggestions for improving the elderly's quality of life by conducting activities, namely occupational promotion activities, health promotion activities, and social and mental promotion activities.

Keywords: Covid-19, The Elderly, Quality of Life, Pattani Province

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรารณา หลีกภัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำเพิ่มเติม ตลอดจนช่วย ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์ ตั้งแต่เริ่มต้นจนสำเร็จลุล่วงสมบูรณ์ และขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร. เกษภูพานน้อย ประธานกรรมการที่ปรึกษา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑามณี ตระกูลมุกดา กรรมการที่ปรึกษา ที่ได้ให้ความดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่ ให้คำปรึกษาและคำแนะนำ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ คณาจารย์ผู้ประสาทวิชาความรู้ และเจ้าหน้าที่และผู้สูงอายุทุกท่านที่อำนวยความสะดวกและช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี

ชัยรัตน์ พรหมดวง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(5)
Abstract	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
รายการตาราง	(12)
รายการภาพประกอบ	(14)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาของปัญหาและปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์.....	3
1.3 คำถามวิจัย	4
1.4 สมมติฐาน.....	4
1.5 ความสำคัญและประโยชน์ของการวิจัย	4
1.6 ขอบเขตของการวิจัย.....	5
1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	8
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ.....	19
2.3 PRECEDE Framework	27
2.4 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ (โควิด-19).....	30
2.5 ลักษณะการปกครองของเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี.....	34
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	37
2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย	46
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	48
3.1 การวิจัยเชิงปริมาณ.....	48
3.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ	56

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	59
4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	59
4.2 ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ก่อนสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 2019 และระหว่างการเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 2019	62
4.3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบล เตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล	74
4.4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี	76
4.5 ข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบล เตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี	83
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	87
5.1 สรุปผลการวิจัย	87
5.2 อภิปรายผล	89
5.3 ข้อเสนอแนะ	103
บรรณานุกรม	107
ภาคผนวก	114
ภาคผนวก ก แบบสอบถามเพื่อการวิจัย	115
ภาคผนวก ข คำถามสัมภาษณ์เชิงลึก	125
ภาคผนวก ค รายงานผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องของ เครื่องมือการวิจัย (Item Objective Congruence: IOC)	128
ประวัติผู้เขียน	138

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามหมู่บ้าน.....	50
2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ (N = 295)	59
3 ค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งก่อนและขณะเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19	62
4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีระดับคุณภาพชีวิตในระดับต่าง ๆ ทั้งก่อนและขณะเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19	62
5 ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ในช่วงก่อนสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19	63
6 ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ในขณะเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19	64
7 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายแยกตามรายชื่อในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19	65
8 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจแยกตามรายชื่อในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19	65
9 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสังคมแยกตามรายชื่อในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19	66
10 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมแยกตามรายชื่อในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโรค โควิด-19.....	66
11 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายแยกตามรายชื่อในห้วงเวลาขณะที่มีการแพร่ระบาดของ โรคโควิด-19.....	68
12 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจแยกตามรายชื่อในห้วงเวลาขณะที่มีการแพร่ระบาดของ โรคโควิด-19.....	68
13 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสังคมแยกตามรายชื่อในห้วงเวลาขณะที่มีการแพร่ระบาดของ โรคโควิด-19.....	69
14 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมแยกตามรายชื่อในห้วงเวลาขณะที่มีการแพร่ระบาด ของโรคโควิด-19.....	70
15 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบล เตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ ศาสนา ภาวะการมีงานทำ และสภาพการอยู่อาศัย) ด้วยสถิติ T-TEST.....	74

รายการตาราง (ต่อ)

16 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลระบอง อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน) โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (ONE WAY ANALYSIS OF VARIANCE).....	75
17 ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณของปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมในภาพรวมที่ส่งผลต่อ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลระบอง อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี	76
18 ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณของปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมเป็นรายด้านที่ส่งผล ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลระบอง อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี.....	77

รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	47

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาของปัญหาและปัญหา

สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ในปี 2563 มีจำนวน 12 ล้านคน คิดเป็น 18 เปอร์เซ็นต์ และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเป็น 20.42 ล้านคน หรือคิดเป็น 31.28 เปอร์เซ็นต์ ในปี 2583 ขณะที่ประชากรวัยแรงงาน (15-59 ปี) มีแนวโน้มลดลงจาก 43.26 ล้านคน หรือคิดเป็น 65 เปอร์เซ็นต์ ในปี 2563 เป็น 36.5 ล้านคน หรือคิดเป็น 56 เปอร์เซ็นต์ ในปี 2583 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2563) ซึ่งจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2559) พบว่า มีการจัดผู้สูงอายุจำนวนมากอยู่ในภาวะเปราะบาง ซึ่งหนึ่งในสามของผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน บุตรซึ่งเคยเป็นแหล่งรายได้สำคัญของผู้สูงอายุมีสัดส่วนลดลง ร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากการที่ผู้สูงอายุมีจำนวนสัดส่วนเพิ่มขึ้นก่อให้เกิดความรับผิดชอบต่อภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การดูแลสุขภาพ ค่าใช้จ่ายเบี้ยยังชีพ การดูแลเกี่ยวกับสภาพที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม เป็นต้น ทั้งนี้ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2562) ได้รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ขาดรายได้ ไม่มีที่ดินทำกิน ไม่มีทรัพย์สิน สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมและปลอดภัย ส่วนใหญ่ต้องพึ่งพิงสวัสดิการจากรัฐ เช่น เงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เงินเยียวยาต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งยังมีความเหลื่อมล้ำเข้าไม่ถึงผู้สูงอายุทุกคน

จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นทำให้ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญที่จะยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลตราระบอน ซึ่งอยู่ในจังหวัดปัตตานี เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีสัดส่วนความยากจนติดอันดับ 1-6 ของประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2559 ในช่วงเวลาติดต่อกัน 10 ปี (สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561) ปัญหาความยากจนของประชาชนในจังหวัดปัตตานีเกิดมาจากหลายสาเหตุ ชลิตา บัณทวงศ์. (ม.ป.ป.) ได้เขียนบทความวิชาการ เรื่อง “เศรษฐกิจและการพัฒนา ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้: การสำรวจเชิงวิพากษ์” เพื่อสำรวจความรู้และความเข้าใจต่อประเด็นทางเศรษฐกิจและการพัฒนาในพื้นที่ชายแดนใต้ ซึ่งผู้วิจัยสรุปออกเป็น 4 ประเด็น (1) ขวามลาญมุสลิมซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ในพื้นที่ มีความใกล้ชิดทางวัฒนธรรม ศาสนา และภาษากับผู้คนในประเทศมาเลเซียอย่างมาก จึงมีความรู้สึกแปลกแยกจากรัฐชาติไทยและคนไทยส่วนใหญ่ สิ่งนี้ได้ส่งผลทำให้พวกเขาไม่ยอมพูดภาษาไทย ไม่เรียนหนังสือไทย และปิดรับการพัฒนาจากภายนอก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปิดรับในด้านการศึกษา (2) ผู้คนในจังหวัดชายแดนใต้มีอาชีพหลัก ได้แก่ ทำสวนยางพาราและการประมง

เท่านั้น ทำให้การขยายตัวทางเศรษฐกิจต่ำกว่าภูมิภาคอื่น (3) ขาดผู้นำที่ขยัน รู้จักใช้ประโยชน์จากที่ดินทำกิน ผู้คนจึงอยู่ในภาวะยากจน มีเงินพอใช้จ่ายไปวันๆ เท่านั้น และขาดการออมทรัพย์ และ (4) การไม่คุมกำเนิดของชาวมลายูมุสลิม อันเนื่องมาจากลักษณะเฉพาะทางศาสนาและวัฒนธรรมก็เป็นสิ่งที่ได้รับการเน้นย้ำมาจนถึงปัจจุบันว่าส่งผลอย่างสำคัญต่อความยากจนและความด้อยพัฒนา

ประกอบกับสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดชายแดนใต้ ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้ประชากรในจังหวัดปัตตานีมีความยากจน ปิยนาค บุนนาค (2546, อ้างถึงใน ชลิตา บัณฑิตพงศ์, ม.ป.ป.) ชี้ว่าการที่ผู้คนในพื้นที่ชายแดนใต้เปรียบเทียบกับความเป็นอยู่ของพวกเขาของชาวมลายูมุสลิมที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ทั้งในแง่รายได้เฉลี่ยและโครงสร้างพื้นฐาน ทำให้ง่ายที่จะคล้อยตามไปกับการโฆษณาชวนเชื่อว่า คนมลายูมุสลิมเป็นเพียงพลเมืองชั้นสองของไทย ขณะที่คนที่ยากจนหรือว่างงานก็มีโอกาสถูกชักจูงให้เข้าป่าและหาเลี้ยงชีพด้วยการเรียกค่าคุ้มครองได้ง่าย การเชื่อมโยงความยากจนและความด้อยพัฒนาเข้ากับความมั่นคงนั้นสอดคล้องกับตัวเลขหมู่บ้านที่มีความเคลื่อนไหวของกลุ่มก่อความรุนแรงสูง หรือ “หมู่บ้านพื้นที่สีแดง” ที่ถูกจัดกลุ่มโดยฝ่ายความมั่นคงในช่วงหลังปี พ.ศ. 2547 มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ (2564) กล่าวถึงผลกระทบของสถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นอย่างยาวนานในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ทำให้ความสมดุลในการดำรงชีวิตของประชาชนในพื้นที่เสียไป ปัจจัยนี้ยังส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมไปถึงด้านเศรษฐกิจ และด้านสุขอนามัย

นอกจากนี้ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ดังที่ อีระพงษ์ ทศวัฒน์ และปิยะกมล มหิวรรณ (2563) ที่กล่าวว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทางสังคม โดยส่งผลกระทบต่อประชาชนเป็นจำนวนมากและทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น ปัญหาทางด้านสาธารณสุข ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางทางสังคมไม่ว่าจะเป็นเด็ก ผู้หญิง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ คนไร้บ้าน หรือแม้กระทั่งผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ล้วนได้รับผลกระทบจากสถานการณ์นี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุพัตรา รุ่งรัตน์ ชูลพิทอร์ มาไซ และยุทธนา กาเต็ม (2563) ซึ่งผลการวิจัยทำให้ทราบว่า การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีผลกระทบต่อผู้มีรายได้น้อยและคนจนเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในช่วงที่มีการปิดเมือง (Lockdown) ที่ผลกระทบมีขนาดมากที่สุด และเมื่อหลังจากมีการเปิดเมืองหรือคลายล็อกดาวน์แล้วผลกระทบก็ยังคงอยู่ ไม่ว่าจะเป็นการลดลงของรายได้ การตกงาน การเป็นหนี้ การตกเกณฑ์ดัชนีความยากจน ส่งผลให้หลายคนกลายเป็นคนจนใหม่ ซึ่งตัวแปรต่าง ๆ เหล่านี้ไม่มีแนวโน้มว่าจะกลับไปเหมือนระดับเดิมก่อนมีการระบาดหรือก่อนการล็อกดาวน์ได้ ทั้งนี้การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดปัตตานีค่อนข้างรุนแรงมาก มติชนออนไลน์รายงานเมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม 2564 ว่าจังหวัดปัตตานีถึงขั้นโคมา คุมไม่อยู่ ผู้ป่วยใหม่พุ่ง 375 ราย ยอดผู้ป่วยสะสม 5,620 ราย เสียชีวิตเพิ่ม 5 ราย ยอด

สะสมผู้เสียชีวิตมีมากถึง 59 ราย รอดตรวจอีกนับพันคน ตอนนี้ต้องปิดหมู่บ้านในหลายพื้นที่ ประชาชนเริ่มอดอยาก ต้องรอการเยียวยาจากภาครัฐ ทั้งนี้ในส่วนของเมืองปัตตานีเกิดภาวะเศรษฐกิจซบเซาต่อเนื่อง บรรยากาศร้านค้า ตลาดสด มีผู้คนออกมาจับจ่ายน้อยลง (มติชนออนไลน์, 2564)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดปัตตานี โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบของเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี เนื่องจากเทศบาลตำบลเตราะบอนมีประชากรกลุ่มใหญ่ที่ครอบคลุม 2 ตำบล 16 หมู่บ้าน กลุ่มประชากรเป็นสังคมพหุวัฒนธรรมที่อยู่ร่วมกันทั้งชาวพุทธ ชาวมุสลิม และชาวพุทธเชื้อสายจีน มีอาชีพทางด้านเกษตร เช่น ทำนา ทำสวนยางพารา ฯลฯ ซึ่งเป็นลักษณะประชากรทั่วไปที่อาศัยอยู่ในจังหวัดปัตตานี เป็นพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การความไม่สงบบ่อยครั้ง และหลายหมู่บ้านก็ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เพราะมีหลายหมู่บ้านถูกปิดเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรค อีกทั้งรายได้ต่อครัวเรือนต่ำ จึงเล็งเห็นว่าควรจะมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อนำผลการวิจัยเสนอจัดทำนโยบายให้แก่เทศบาลตำบลเตราะบอนสำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ก่อนสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 2019 และระหว่างการเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 2019
- 2) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล
- 3) เพื่อศึกษาปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี
- 4) เพื่อนำเสนอแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี

1.3 คำถามวิจัย

1) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 2019 และระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 2019 ในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี อยู่ในระดับใด

2) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล มีความแตกต่างกันหรือไม่

3) ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี หรือไม่ อย่างไร

4) แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ควรเป็นอย่างไร

1.4 สมมติฐาน

1) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ก่อนสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 2019 อยู่ในระดับปานกลาง

2) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 2019 อยู่ในระดับน้อย

3) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี มีความแตกต่างกันตามปัจจัยส่วนบุคคล

4) ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี

1.5 ความสำคัญและประโยชน์ของการวิจัย

1) ผลจากการศึกษาจะทำให้ทราบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี

2) ผลจากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ในการกำหนดนโยบายและแผนการพัฒนาเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของเทศบาลตำบลเตราะบอน ให้ตรงต่อความต้องการของผู้สูงอายุ

3) ผลจากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อภาครัฐในการกำหนดนโยบายและแผนการพัฒนาของภาครัฐ ในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ตรงต่อความต้องการของผู้สูงอายุ

1.6 ขอบเขตของการวิจัย

1.6.1 ขอบเขตประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยมีอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่ไม่เกิน 79 ปี และพักอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลตราบอง อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี จำนวนทั้งสิ้น 1,111 คน ซึ่งได้มาจากฐานข้อมูลการลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลตราบอง ณ วันที่ 30 พฤษภาคม 2564 และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือกลุ่มอายุ 60-69 ปี จำนวน 179 คน และกลุ่มอายุ 70-79 ปี จำนวน 116 คน ทั้งนี้จะสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) จากผู้สูงอายุทั้ง 16 หมู่บ้าน

1.6.2 ขอบเขตเนื้อหาการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ จะทำการศึกษาตัวแปรต้น ประกอบด้วย (1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพการสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ภาวะการมีงานทำ และสภาพการอยู่อาศัย (2) ปัจจัยเอื้อ มี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสถานบริการผู้สูงอายุและการเข้าถึงบริการ ด้านนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และด้านกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ และ (3) ปัจจัยเสริม มี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการสนับสนุนจากภาครัฐ ด้านการสนับสนุนจากชุมชน และด้านการสนับสนุนจากครอบครัว ตามกรอบแนวทาง PRECEDE Framework

ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ของ WHOQoL-Brief ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

1.6.3 ขอบเขตด้านเวลา

การวิจัยฉบับนี้จัดทำในระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2564 - เดือนมีนาคม 2565

1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลเพศชายและหญิงทุกคนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) ที่ได้ขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสาวยบุรี จังหวัดปัตตานี

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง การเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ นโยบายด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ และกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย 3 ด้าน ดังนี้

- ด้านสถานบริการผู้สูงอายุและการเข้าถึงบริการ หมายถึง การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
- ด้านนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ หมายถึง นโยบายของภาครัฐที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ รายได้ และนันทนาการของผู้สูงอายุ
- ด้านกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ หมายถึง ความสม่ำเสมอในการมีส่วนร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ และความพึงพอใจของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นภายในชุมชน

ปัจจัยเสริม หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วยกลุ่มบุคคล 3 กลุ่ม ได้แก่

- หน่วยงานภาครัฐ ที่ให้การยกย่องและสนับสนุนผู้สูงอายุด้วยการให้คำแนะนำด้านสุขภาพ สัมพันธภาพ
- ชุมชน ที่ให้การยกย่องและสนับสนุนผู้สูงอายุด้วยการให้คำแนะนำด้านสุขภาพ สัมพันธภาพ
- ครอบครัว ที่ให้การยกย่องและสนับสนุนผู้สูงอายุด้วยการให้คำแนะนำด้านสุขภาพ สัมพันธภาพ

ระดับคุณภาพชีวิต หมายถึง การที่บุคคลมีความสามารถในการดำรงชีวิตที่เหมาะสมและพึงพอใจ โดยพิจารณาจากคุณภาพชีวิต 4 ด้านของ WHOQOL-BREF-THAI คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

- ด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล เช่น ความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกาย ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ฯลฯ
- ด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิการตัดสินใจ ฯลฯ

- ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม หมายถึง การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น เช่น การได้รับการช่วยเหลือ
- ด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การเป็นอยู่อย่างอิสระ ความมั่นคงและปลอดภัยในชีวิต การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี การคมนาคมที่สะดวก มีสถานบริการสุขภาพ การทำกิจกรรมสันทนาการ ฯลฯ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ได้ศึกษาจากวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และสวัสดิการผู้สูงอายุ ดังนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
- 2.3 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
- 2.4 ลักษณะการปกครองของเทศบาลตำบลเตราะบอน
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

คำว่า “ผู้สูงอายุ” ที่มาจากภาษาอังกฤษคือคำว่า Elderly หรือ Aging ได้ถูกบัญญัติขึ้นครั้งแรกในประเทศไทยโดย พล.ต.ต. อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร ในการประชุมระหว่างแพทย์อาวุโสและผู้สูงอายุจากวงการต่าง ๆ เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2505 และในปี พ.ศ. 2506 ซึ่งในที่ประชุมของผู้สูงอายุมีความเห็นว่า ไม่มีเครื่องชี้วัดความแก่ หนุม ชรา อีกทั้งคำว่า “ชรา” เป็นคำที่ไม่เหมาะสมในการเรียกผู้สูงอายุเพราะทำให้เกิดความหดหู่ จึงใช้คำว่า “ผู้สูงอายุ” สำหรับผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา นอกจากนี้เรื่องอายุแล้ว ผู้สูงอายุมีความเสื่อมของสภาพร่างกาย มีกำลังถดถอย เชื่องช้า และมีโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ จึงสมควรได้รับการช่วยเหลืออุปการะ (เพ็ญประภา การสร้าง, 2557, อ้างถึงใน สุพัตรา รุ่งรัตน์, ชูลีฟีกอร์ มาโซ และยุทธนา กาเต็ม, 2563)

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2553) มาตรา 3 ได้ให้นิยามของผู้สูงอายุ หมายความว่า บุคคลที่มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2553) ซึ่งมีความสอดคล้องกับช่วงอายุผู้สูงอายุที่กำหนดไว้โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1995) ที่ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่าเป็นประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และองค์การสหประชาชาติ ให้ความหมายผู้สูงอายุไว้เมื่อปี 2525 เมื่อคราวการจัดประชุมสมัชชาโลก

เรื่องผู้สูงอายุ (World Assembly on Aging: WAA) ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ไว้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (สุรกุล เจนอบรม, 2546)

อย่างไรก็ตาม Craig (1991, อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545) ได้แบ่งช่วงวัยของผู้สูงอายุเป็น 4 ช่วง ดังนี้

1) วัยสูงอายุตอนต้น (The Young Old) ช่วงอายุ 60–69 ปี เป็นช่วงที่ผู้สูงอายุพบกับ การเปลี่ยนแปลงหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การเสียชีวิตของญาติ เพื่อน หรือคู่ครอง รายได้ที่ลดลง การสูญเสียบทบาททางสังคม ผู้สูงอายุในวัยนี้ยังมีสุขภาพแข็งแรง แต่อาจจะต้องการพึ่งพาผู้อื่น ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการปรับตัว ยังสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม ทั้งในและนอกครอบครัว

2) วัยสูงอายุตอนกลาง (The Middle Age Old) ช่วงอายุ 70–79 ปี เป็นช่วงที่ผู้สูงอายุพบกับอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย และการเสียชีวิตของญาติและเพื่อนมากขึ้น การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมจะเริ่มน้อยลง

3) วัยสูงอายุมาก (The Old Old) ช่วงอายุ 80–89 ปี เป็นช่วงที่ผู้สูงอายุปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ยากขึ้น เหมาะกับสภาพแวดล้อมที่มีความเป็นส่วนตัวและสิ่งแวดล้อมที่ยังกระตุ้นสมรรถภาพในแง่ต่าง ๆ ตามวัยผู้สูงอายุ เป็นช่วงที่ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น

4) วัยสูงอายุมาก ๆ (The Very Old Old) ช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไป จำนวนผู้สูงอายุในวัยนี้ค่อนข้างมีจำนวนน้อยและเป็นระยะที่ผู้สูงอายุจะมีปัญหาด้านสุขภาพมาก กิจกรรมของผู้สูงอายุในวัยนี้ไม่ต้องการการแข่งขัน เน้นกิจกรรมที่ตนเองพอใจและอยากทำ เป็นวัยที่ผ่านวิกฤติต่าง ๆ ของชีวิตและเป็นช่วงวัยแห่งความสุขสงบ

จากการแบ่งช่วงวัยของผู้สูงอายุของ Craig สอดคล้องกับการแบ่งช่วงวัยผู้สูงอายุในการจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองท้องถิ่น พ.ศ. 2552 ได้แก่ ช่วงอายุ 60-69 ปี ช่วงอายุ 70-79 ปี ช่วงอายุ 80-89 ปี และช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไป (สำนักงานปลัด กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2552) เพราะผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้นในแต่ละช่วงวัยต้องการความช่วยเหลือเพิ่มขึ้นตามลำดับ

กล่าวโดยสรุป ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทุกคนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งสามารถแบ่งออกได้อีก 4 ช่วง อายุ ช่วงละ 10 ปี ได้แก่ ช่วงอายุ 60-69 ปี ช่วงอายุ 70-79 ปี ช่วงอายุ 80-89 ปี และช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไป ซึ่งมีคุณลักษณะที่ต่างกัน จึงมีความต้องการกิจกรรมและความช่วยเหลือที่แตกต่างกัน

2.1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.1.2.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory)

สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัวอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกายมนุษย์ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ทฤษฎีด้านพันธุกรรม ทฤษฎีอวัยวะ และทฤษฎีสรีรวิทยา (ภาณุ อดกกลิ่น, 2551)

ระดับที่ 1 ทฤษฎีทางด้านพันธุกรรม (Genetic Theory) ประกอบด้วย (1) ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution Theory) หรือทฤษฎีเซลล์ (Cell Theory) คือ สิ่งมีชีวิตต่างก็มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการตลอดเวลา (2) ทฤษฎีนาฬิกาชีวิต (Biological Clock) หรือทฤษฎีการถูกกำหนด (Programming Aging Theory) คือ อายุขัยของคนถูกกำหนดไว้แล้วโดยรหัสทางพันธุกรรม (Gene) (3) ทฤษฎีการกลายพันธุ์ (Somatic Mutation Theory) เกิดจากการได้รับรังสีที่ละเอียดที่ละน้อยเป็นประจำจนเกิดการเปลี่ยนแปลง DNA (Deoxyribonucleic Acid) และเกิดการผันแปรของเซลล์หรืออวัยวะในระบบต่างๆ ทำให้เกิดการแบ่งตัวผิดปกติ (Mutation) เกิดมีโรคภัยไข้เจ็บหรือเกิดมะเร็ง (4) ทฤษฎีการสะสมความผิดพลาดของเซลล์ (Cell Error Theory) หรือทฤษฎีโมเลกุล (Molecular Theory) คือ ความแก่เกิดจากนิวเคลียสของเซลล์ มีการถ่ายทอด DNA ที่ผิดปกติไปจากเดิม ทำให้เซลล์ใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิมและกลายเป็นสิ่งที่แปลกปลอมจนร่างกายต่อต้านโดยสร้างภูมิคุ้มกันมา เป็นผลทำให้เซลล์เสื่อมสลายและทำหน้าที่ไม่ได้

ระดับที่ 2 ทฤษฎีอวัยวะ (Organ Theory) อธิบายกระบวนการแก่ชราว่า เมื่ออวัยวะมีการใช้งานย่อมจะมีความเสื่อมเกิดขึ้น ทฤษฎีในกลุ่มนี้ประกอบด้วย (1) ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and Tear Theory) ความแก่เป็นกระบวนการ เกิดขึ้นเองเมื่ออวัยวะใช้งานมากย่อมเสื่อมได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น ข้อจำกัดของทฤษฎีนี้คือ อวัยวะส่วนใดของร่างกายที่ไม่ค่อยได้ทำงานจะเสื่อมสภาพไปก่อน ขณะที่อวัยวะส่วนอื่น ๆ ที่ทำงานกลับขยายใหญ่ขึ้น อย่างไรก็ตามทฤษฎีนี้สนับสนุนด้วยว่าขณะที่เซลล์ถูกใช้งานจะเกิดการผลิตสาร Lipofuscin สะสมไว้ ซึ่งเป็นโปรตีนที่เหลือใช้จากการเผาผลาญอาหาร ในวัยสูงอายุจะมีสารนี้สะสมมากบริเวณตับ หัวใจ รั้งไข เซลล์ประสาท และเมื่อมีสารนี้มากถึงระดับหนึ่งอวัยวะจะไม่สามารถทำงานได้และเสื่อมถอย (2) ทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine Theory) เมื่อเข้าสู่วัยชรา การทำงานของระบบประสาทจะลดลง การตอบสนองต่างๆ จะเชื่องช้า ความจำจะเสื่อมลง ต่อมไร้ท่อทำงานลดลง เช่น อินซูลินจะผลิตน้อยลง เกิดเป็นเบาหวานขึ้นได้ในผู้สูงอายุ (3) ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) เชื่อว่าเมื่ออายุมากขึ้นการสร้างสารภูมิคุ้มกันตามปกติจะลดลงเพราะอวัยวะที่มีส่วนช่วยสร้างภูมิคุ้มกันต่าง ๆ เช่น กระจุกต่อมไทมัส ระบบน้ำเหลือง ตับและม้ามเสื่อมสภาพ และจะสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเอง (Autoimmune) มากขึ้นทำให้ ร่างกายอ่อนแอ เจ็บป่วยได้ง่าย ซึ่งโรคที่พบได้บ่อย คือ มะเร็ง

เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจรูมาติก โดยสาเหตุที่แท้จริงเกิดจากความสามารถในการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันในผู้สูงอายุลดลง

ระดับที่ 3 ทฤษฎีสรีรวิทยา (Physiological Theory) อธิบายกระบวนการแก่ตามลักษณะการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ประกอบด้วยทฤษฎีย่อย ๆ ดังนี้ (1) ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว (Stress Adaptation Theory) เชื่อว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมีผลทำให้เซลล์ตายบุคคลเมื่อเผชิญความเครียดบ่อย ๆ จะทำให้เข้าสู่วัยชราได้เร็วขึ้น เมื่อคนอยู่ในภาวะเครียดร่างกายจะตอบสนองโดยสมองส่วนไฮโปทาลามัสและพิทูอิทารีถูกกระตุ้นให้หลั่ง Adreno Corticotropic Hormone ไปกระตุ้น Adrenal Cortex และ Adrenal Medulla ให้หลั่งสาร Cortisol Aldosterone และ Epinephine โดยจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ช่วยให้ร่างกายดำรงชีวิตอยู่ในภาวะเครียดได้ แต่ถ้าร่างกายเผชิญกับภาวะนี้บ่อย ๆ อาจเสื่อมและทำงานผิดปกติได้ (2) ทฤษฎีสะสมของเสีย (Waste Product Accumulation) เมื่อสิ่งมีชีวิตอายุมากขึ้นของเสียจะถูกสะสมทำให้เซลล์เสื่อมและตายเพิ่มขึ้น สารที่พบได้แก่ Lipofuscin ซึ่งเป็นสารสีดำไม่ละลายน้ำ เป็นสารจำพวก Lipoprotein ดังที่กล่าวไปแล้ว (3) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) กล่าวถึงกระบวนการออกซิเดชันของ O_2 ที่ไม่สมบูรณ์ในกระบวนการเผาผลาญสารจำพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และอื่น ๆ ทำให้เกิดอนุมูลอิสระ (Free Radical Substance) ซึ่งสามารถทำลายผนังเซลล์ โดยโมเลกุลของอนุมูลอิสระเมื่อแตกออกเป็นอิสระจะจับกับโมเลกุลอื่น ๆ ที่อยู่ใกล้เคียงทำให้โครงสร้างและหน้าที่ของเซลล์เปลี่ยนไป อนุมูลอิสระเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ได้อีก เช่น มลภาวะเป็นพิษ รังสี อาหาร บุหรี่ และเชื่อกันว่าสารจำพวกวิตามินเอ วิตามินซี และวิตามินอี ช่วยลดการเกิดและการทำงานของสาร Free Radical ได้ (4) ทฤษฎีการเชื่อมไขว้ (Cross Link Theory on Cross Link of Collagen T.) เชื่อว่าเมื่อชราสาร Fibrous Protein จะเพิ่มขึ้นและจับตัวกันมากขึ้น ทำให้ Collagen Fiber หดตัว ขาดความยืดหยุ่นและจับกันไม่เป็นระเบียบ มีผลให้เซลล์ตาย เสียหน้าที่ กระบวนการนี้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในระดับ DNA ของเซลล์โดยสาร Cross Link ที่เกิดจากปฏิกิริยาทางเคมีจะทำให้ DNA มีการเปลี่ยนแปลงและเสื่อมลง ปัจจุบันเชื่อกันว่าสารเคมีพวก Lathy Rogens, Prednisolone และ Penicillamine จะช่วยลดปฏิกิริยาการเกิดสาร Cross Link ได้ นอกจากนี้ยังมีความเชื่อที่เกี่ยวกับรังสีอัลตราไวโอเล็ตที่มีผลต่อความชราและการเปลี่ยนแปลงสรีระวิทยา ทำให้ผิวหนังเกิดริ้วรอยซึ่งเกิดจากการแทนที่ของ Collagen ด้วย Elastin (ลักษณะ เปราะบาง เหี่ยว แดงเป็นขุย) และยังมีผลทำให้เกิดมะเร็งผิวหนังได้ด้วย อีกทฤษฎีหนึ่งเชื่อกันว่าภาวะโภชนาการ บริโภคอาหารให้ได้สัดส่วนทั้งปริมาณและคุณภาพจะช่วยให้ชีวิตยืนยาว

2.1.2.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory)

ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) ได้อธิบายว่าผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือความทุกข์นั้น ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของบุคคลนั้น ถ้าพัฒนามาด้วยความมั่นคง อบอุ่น ถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นใจผู้อื่น ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข อยู่ร่วมกับบุตรหลานได้อย่างมีความสุข แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าชีวิตที่ผ่านมาไม่สามารถทำงานร่วมมือกับใครได้ จิตใจคับแคบ ไม่รู้จักช่วยเหลือเห็นใจผู้อื่น ผู้สูงอายุนั้นก็จะประสบปัญหาในบั้นปลายของชีวิต

ทฤษฎีของอิริคสัน (Erikson's Epigenetic Theory) หรือทฤษฎี Psychosocial Developmental Stage อิริคสัน ได้อธิบายถึงการพัฒนาของคน ซึ่งแบ่งได้เป็น 8 ระยะ ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ พัฒนาการในระยะที่ 7 เป็นช่วงของวัยกลางคน และระยะที่ 8 เป็นช่วงของวัยสูงอายุ ซึ่งระยะที่ 7 แบ่งช่วงอายุระหว่าง 40-59 ปี เป็นช่วงที่มีความทะเยอทะยาน มีความคิดสร้างสรรค์ต่าง ๆ ต้องการสร้างความสำเร็จในชีวิต ถ้าประสบความสำเร็จจะรู้สึกพอใจในความมั่นคง ภาคภูมิใจและสืบทอดไปยังรุ่นลูกหลาน แต่ถ้าไม่ประสบผลสำเร็จในชีวิตในช่วงนี้ก็จะกลายเป็นคนที่มีชีวิตเหงาหงอย เบื่อหน่าย ขาดความกระตือรือร้น และขั้นที่ 8 เป็นช่วงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อิริคสันอธิบายว่าเมื่อถึงขั้นนี้แล้วบุคคลจะต้องพัฒนาความรู้สึกได้ว่าตนได้กระทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ควรทำเสร็จสิ้นตามหน้าที่ของตนแล้ว ยอมรับได้ทั้งความสำเร็จและผิดหวัง (ปล่อยวาง) ทำใจยอมรับความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นอย่างที่เขาเป็น และมีความพอใจในชีวิตของตน ตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่จมอยู่กับความหลัง อาลัยอาวรณ์ยอมรับอดีตไม่ได้ (ปล่อยวางไม่สำเร็จ) ก็คิดเพียงแต่ว่ามีเวลาน้อยลงไปทุกที ไม่สามารถทำอะไรใหม่ ๆ เพื่อแก้ไขอดีตที่ผิดพลาดไป กลัวความตายที่กำลังคืบคลานเข้ามา กลุ่มนี้จะมีความรู้สึกเศร้าสร้อยสิ้นหวังและหลีกเลี่ยงชีวิต บางรายอาจคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งความพอดีระหว่างความมั่นคงทางใจและความสิ้นหวังทำให้คนเกิดความเฉลี่ยฉลลาด รู้เท่าทันโลกและชีวิต โดยลักษณะความขัดแย้งทางจิตสังคมที่เกิดขึ้นในลำดับขั้นพัฒนาการชีวิตของอิริคสัน 8 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ชั้นความไว้วางใจแย้งกับความสงสัยน้ำใจผู้อื่น (Trust and Mistrust) วัยทารกอายุ 18 เดือน (2) ชั้นความเป็นตัวของตัวเองแย้งกับความละอายใจและมั่นใจ (Autonomy and Shame and Doubt) อายุระหว่าง 18 เดือน - 3 ปี (3) ชั้นความคิดริเริ่มแย้งกับความรู้สึกผิด (Initiative and Guilt) อายุระหว่าง 3-6 ปี (4) ชั้นเอาการเอางานแย้งกับความมีปมด้อย (Industry and Inferiority) อายุ ระหว่าง 6-12 ปี (5) ชั้นการพบอัตลักษณ์แห่งตนเองแย้งกับการไม่เข้าใจตนเอง (Identity and Identity Diffusion) อายุช่วง 12-20 ปี (6) ชั้นความสนิทเสน่หาร่วมมือร่วมใจแย้งกับความเปล่าเปลี่ยว (Intimacy and Solidarity and Isolation) อายุช่วง 20-40 ปี (7) ชั้นการบำรุงส่งเสริมแย้งกับความพะวงหลงเฉพาะตน (Generativity and Self Absorption) อายุช่วง 40-59 ปี (8) ชั้นความมั่นคงทางใจแย้งกับความสิ้นหวัง (Integrity and Despair) อายุ 60 ปี ขึ้นไป

ทฤษฎีของเพค (Peck's Theory) โรเบิร์ต เพค ได้แบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 56-75 ปี) และผู้สูงอายุ ตอนปลาย (อายุ 75 ปีขึ้นไป) ทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกัน ทั้งทางกายภาพ ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุ 3 ลักษณะ ได้แก่ (1) Ego Differentiation and Work-Role Preoccupation เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับงานที่ทำอยู่ โดยจะรู้สึกว่าตนยังมีคุณค่าอยู่ก็ต่อเมื่อมีบทบาทลดลงหรือเปลี่ยนไป จึงพอใจที่จะหาสิ่งอื่น ๆ มาทำทดแทน (วัยผู้สูงอายุตอนต้น) (2) Body Transcendence and Body Preoccupation เป็นความรู้สึกที่ผู้สูงอายุยอมรับว่าสภาพร่างกายของตนถดถอยลงและชีวิตจะมีสุขถ้าสามารถยอมรับและปรับความรู้สึกนี้ได้ (อายุที่เพิ่มขึ้น) (3) Ego Transcendence and Ego Preoccupation เป็นความรู้สึกที่ยอมรับกฎเกณฑ์และการเปลี่ยนแปลงทางธรรมชาติและยอมรับความตายโดยไม่รู้สึกหวาดวิตก (วัยผู้สูงอายุตอนปลาย)

ทฤษฎีเอกัตบุคลของจุง (Jung's Theory of Individualism) อธิบายว่าบุคลิกภาพของบุคคลประกอบด้วย จิตตน (Ego) โครงสร้างของจิตนี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ รับรู้เกี่ยวกับความจริง ความเป็นเหตุเป็นผล การเข้าใจตามสภาพแวดล้อมสังคมนั้น ผู้สูงอายุสามารถใช้จิตตนในการปรับมุมมองความคิดให้เหมาะสมกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตในแต่ละสถานการณ์ และจิตคุณธรรม (Superego) จิตคุณธรรมนี้จะถูกปลูกฝังและซึมซับมากับผู้สูงอายุตั้งแต่ช่วงวัยเด็กจากการเห็นตัวอย่างของคนในครอบครัวรวมถึงคนใกล้ชิด ซึ่งเป็นสิ่งที่ติดตัวบุคคลนั้นให้พัฒนาด้านนี้มากขึ้น

2.1.2.3 ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theory)

ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) เป็นอีกทฤษฎีหนึ่งที่ทำให้มองเห็นภาพทางสังคมของผู้สูงอายุได้มากยิ่งขึ้น ทฤษฎีกิจกรรมนี้พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีการวิเคราะห์ของ Robert Havighurst ผลสรุปของทฤษฎีกิจกรรมแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมปฏิบัติอยู่เสมอ ๆ จะมีบุคลิกที่กระฉับกระเฉง และการมีภารกิจอย่างสม่ำเสมอจะทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตและปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากกิจกรรมหรือบทบาทภารกิจหน้าที่ใด ๆ นอกจากนี้ Lemon, Bengton และ Peterson ศึกษาวิจัยว่าทฤษฎีกิจกรรมยืนยันว่า การที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมเป็นเพราะมีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเอง (Self-Image) ด้านบวก และชอบในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยต้องการจะคงลักษณะนิสัยนี้ไว้เหมือนเมื่ออยู่วัยกลางคนให้มากที่สุด นอกจากนี้การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุยังเป็นการทดแทนบทบาทที่เสียไปจากการที่ต้องเป็นหม้ายหรือการเกษียณอายุจากการปฏิบัติงาน ทฤษฎีกิจกรรมเชื่อว่ากิจกรรมทางสังคมเป็นแก่นแท้ของชีวิตและจำเป็นสำหรับทุกวัย กิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากการมีบทบาทที่ดีทางสังคม (Social Well-Being) ของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับความคล่องแคล่วที่ยังคงอยู่ ทัศนะเกี่ยวกับตนเอง (Self Conception) และเกี่ยวกับโลก ซึ่งจะเป็นทัศนะที่ถูกต้องเพียงไรนั้นเป็นผลมาจากการสร้างสรรค์และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทฤษฎีกิจกรรมยืนยันว่าผู้สูงอายุที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมไว้ได้จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง มี

ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองในด้านบวก กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีกิจกรรมเป็นทฤษฎีที่เชื่อว่าผู้สูงอายุมีชีวิตที่เป็นสุขได้นั้น ควรมีบทบาทหรือกิจกรรมทางสังคมตามสมควร เช่น การมีงานอดิเรกทำหรือการเป็นสมาชิกกลุ่ม กิจกรรม สมาคม ชมรม เป็นต้น กิจกรรมต่างๆ แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ (Informal activity) กิจกรรมที่มีรูปแบบ (formal activity) กิจกรรมที่ทำตามลำพังหรือทำคนเดียว (Solitary) เช่น กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ (Informal activity) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทำร่วมกับบุคคลอื่นทั้งในครอบครัวและสังคม ไม่มีรูปแบบเวลาและการปฏิบัติที่แน่นอน กิจกรรมที่ผู้สูงอายุให้ความสนใจร่วมประกอบไปด้วย 6 กิจกรรม (เลิศวัลลภ ศรีชะพลภูสิทธิ และ ธมนพัทธ์ ศรีชะพลภูสิทธิ, 2561) ได้แก่ กิจกรรมอาชีพบำบัด (Occupation therapy) กิจกรรมนันทนาการบำบัด (Recreation therapy) กิจกรรมบำบัดด้วยหนังสือ (Biblio therapy) กิจกรรมทางศาสนา (Religion therapy) กิจกรรมอาสาสมัคร (Volunteering) กิจกรรมการออกกำลังกาย (Physical exercise) แต่อย่างไรก็ดี ทฤษฎีกิจกรรมก็ไม่ได้อธิบายถึงเหตุผลที่แน่ชัดในการที่จะได้คำตอบว่า ถ้าผู้สูงอายุเหล่านั้นไม่ได้มีกิจกรรมแล้วอะไรจะเกิดขึ้น ทั้งนี้เพราะบุคลิกภาพของผู้สูงอายุอาจปฏิบัติมากแต่ไม่มีความสุข นอกจากนั้นข้อจำกัดของทฤษฎีกิจกรรมที่ไม่ได้ให้รายละเอียดที่ชัดเจนไว้ กล่าวคือ ผู้สูงอายุหลาย ๆ คน ที่อายุในวัยกลางคนมีกิจกรรมภารกิจปฏิบัติมาก แต่มาวางมือในกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ หันไปหาความสุขอย่างเรียบง่าย ปลีกตัวออกจากสังคมต่าง ๆ หรือลดบทบาททางสังคมลง นักทฤษฎีกิจกรรมเชื่อว่าผู้สูงอายุทั่วไปพยายามรักษากิจกรรมและทักษะของวัยกลางคนไว้ให้นานที่สุด บทบาทและกิจกรรมใด ๆ ก็ตามที่บุคคลถูกผลักดันให้เลิกกระทำจะต้องมีกิจกรรมใหม่ขึ้นทดแทน ทฤษฎีนี้ทำนายว่า บุคคลที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมไว้ได้ จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองดี (Self-Image) และมีการบูรณาการรวมหน่วยของสังคม (Social Integration) บุคคลเหล่านี้จะเป็นคนสูงอายุที่ประสบความสำเร็จในชีวิตและเชื่อว่าผู้สูงอายุจะมีความสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจช่วงที่ได้จากการมีกิจกรรมและการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ทำให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีความรู้สึกว่าเป็นประโยชน์

ทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagement Theory) ปรากฏเป็นครั้งแรกในหนังสือชื่อ “Growing Old” ของ Elaine Cumming และ William Henry ในปี ค.ศ. 1961 ซึ่งกล่าวว่า เป็นเรื่องธรรมดาและหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ผู้สูงอายุจะต้องลดกิจกรรมของตนเองและบทบาททางสังคมเมื่อตนเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุพยายามจะหลีกเลี่ยงความกดดันและความตึงเครียดโดยการถอนตัว (Withdrawal) ออกจากสังคม ซึ่งเป็นผลจากการที่รู้สึกกว่าตนเองมีความสามารถลดลง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป จะคุ้นเคยต่อการไม่เกี่ยวข้องกับสังคมหลังจากที่รู้สึกกระวนกระวาย วิตกกังวล และมีความบิบบิ้นในช่วงต้น ๆ ในที่สุดผู้สูงอายุจะยอมรับสภาพใหม่คือการไม่เกี่ยวข้อง นักทฤษฎีการแยกตนเอง มีความเห็นขัดแย้งกับนักทฤษฎีกิจกรรม โดยที่นักทฤษฎีการแยกตนเองไม่เชื่อว่าสิ่งที่สำคัญยิ่งสำหรับผู้สูงอายุคือการที่จำเป็นจะต้องคงสภาพของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมไว้ ทฤษฎีนี้มีความเห็น

ว่าตามปกติแล้วผู้สูงอายุจะลดกิจกรรมนั้นให้น้อยลง ในขณะที่จะปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงตามปกติของกระบวนการที่เป็นผู้สูงอายุ Cumming และ Henry ชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่ถอนตัวเองออกจากการมีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมสามารถที่จะมีเวลาในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ใช้เวลาส่วนใหญ่ทำงานหรือกิจกรรมนอกบ้าน

ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) เป็นทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นโดย Bernice Neugarten และคณะ ราวปี 1960 เพราะเหตุว่าทั้งทฤษฎีกิจกรรมและทฤษฎีการแยกตนเองไม่เพียงพอที่จะอธิบายถึงความเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมของผู้สูงอายุได้ นักทฤษฎีกลุ่มนี้มีความเชื่อใหม่ว่าการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จนั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละช่วงวัยที่ผ่านมา และมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เข้ามาช่วยอธิบาย ได้แก่ แรงจูงใจ สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และสังคม บุคลิกภาพ ความยืดหยุ่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยความสำเร็จและความล้มเหลวในชีวิตบั้นปลายของผู้สูงอายุ

ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) กล่าวว่าเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะปรับบทบาทและสภาพต่าง ๆ หลายอย่างที่ไม่ใช่บทบาทเดิมของตนมาก่อน เช่น การละทิ้งบทบาททางสังคมและความสัมพันธ์ซึ่งเป็นไปแบบวัยผู้ใหญ่ ยอมรับบทบาททางสังคมและความสัมพันธ์ในแบบผู้สูงอายุ และเว้นจากความผูกพันกับคู่สมรสเนื่องจากการตายไปของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง เป็นต้น จากการศึกษาศาสตร์ทางด้านการศึกษาสูงอายุ ทำให้เชื่อได้ว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงในร่างกายของคนเรามีอยู่ 2 ระยะ คือระยะแรกเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เริ่มตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 40 ปี ซึ่งมีลักษณะเป็นไปในทางเจริญงอกงาม เมื่อพ้นวัยผู้ใหญ่แล้วจะเข้าสู่ระยะที่ 2 (หลังจาก 40 ปีขึ้นไป) ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เสื่อมโทรมและไม่ปรากฏความเจริญงอกงาม ความพยายามค้นหาคำตอบว่าทำไมคนถึงแก่ชรายังคงมีอยู่แม้ว่าจะไม่มีใครเอาชนะความชราได้ก็ตาม ผู้เชี่ยวชาญในศาสตร์ทางชีวภาพ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ได้พยายามสรุปสาเหตุของความชราไว้ 2 ประการคือ พันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งพิจารณาจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของสิ่งมีชีวิต และพยายามศึกษามนุษย์ให้ครอบคลุมแบบองค์รวมนั่นเอง นักทฤษฎีทั้ง 3 สาขาต่างยอมรับว่าความรู้จากศาสตร์สาขาใดสาขาหนึ่งก็ยังไม่สามารถอธิบายกระบวนการแก่ชราได้อย่างสมบูรณ์ จึงเสนอทฤษฎีที่นำมาใช้อธิบายกระบวนการชราของมนุษย์ให้ชัดเจนที่สุด 3 กลุ่ม คือ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคมวิทยา ดังนั้นการอธิบายกระบวนการชราให้ชัดเจนที่สุด ต้องใช้ร่วมกันหลาย ๆ ทฤษฎี ดังรายละเอียดข้างต้น (ภาณุ อดกลั่น, 2551) จากทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า แต่ละทฤษฎีจะกล่าวถึงความสูงอายุแตกต่างกันไป ทฤษฎีทางชีววิทยาจะอธิบายความชราโดยพิจารณาจากประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายที่ลดลง ทฤษฎีทางจิตวิทยาจะมองความสูงอายุโดยพิจารณาจากความจำ การเรียนรู้ สติปัญญา อารมณ์ ส่วนทฤษฎีทางสังคมวิทยาพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากความสามารถในการคงบทบาทและสถานภาพทางสังคมไว้ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าไม่มีทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีเดียวที่จะอธิบาย

ความเสื่อมถอยของสังขาร การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ จิตใจ และสภาพทางสังคมของผู้สูงวัยได้ทั้งหมด

2.1.3 หลักเกณฑ์การพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุ

Hall (1976, อ้างถึงใน ญัฐพงศ์ อนุวัตรรณรงค์, 2536) ยังได้แบ่งความสูงอายุเป็น 3 มิติ ได้แก่ (1) มิติทางร่างกายหรือชีวภาพ (Biological Aging) เป็นความสูงอายุตามวัย (Chronological Aging) หรือความสูงอายุตามปีปฏิทิน โดยการนับตั้งแต่ปีที่เกิดเป็นต้นไป และสามารถบอกได้ทันทีว่าใครมีอายุน้อยเพียงใด ทางสภาพร่างกาย ผู้สูงอายุมีความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทำให้วัยจะมีประสิทธิภาพในการทำงานต่าง ๆ ลดน้อยลง (2) มิติทางจิตใจ (Psychological Aging) การเปลี่ยนแปลงของการรับรู้กระบวนการความคิด ความจำ การเรียนรู้ เชาวน์ปัญญา และลักษณะของบุคลิกภาพที่ปรากฏในระยะต่าง ๆ ของชีวิตของผู้สูงอายุ (3) มิติทางสังคม (Social Aging) เป็นมิติที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่ สถานภาพของผู้สูงอายุในระบบสังคม เช่น ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานของราชการ ฯลฯ

วิไลวรรณ ทองเจริญ (2545) ได้อธิบายการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของมนุษย์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ของผู้สูงอายุ ดังนี้ (1) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological Changes) คือ ความเสื่อมอย่างถดถอย ระบบทางร่างกายของผู้สูงอายุซึ่งเกิดขึ้นแต่บุคคลแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพันธุกรรม กรรมพันธุ์ เพศ อาชีพ การดูแลสุขภาพ อาหาร สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ รอบตัว ผู้สูงอายุ เช่น ผิวหนังบางลง เห็นย่นฉีกขาดง่าย การระบายความร้อนไม่ดี ผมขนมีจำนวนลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้ำ สายตาเสื่อมมองเห็นไม่ชัด หูตึง การรับกลิ่นลดลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง กระดูกเสื่อม ระบบหัวใจและหลอดเลือดเสื่อม ระบบภูมิคุ้มกันทำงานลดลง ระบบทางเดินหายใจเสื่อมลง ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคติดเชื้อต่าง ๆ (2) การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological Changes) คือ การเปลี่ยนทางบุคลิกภาพตามความคิดเห็นของตนเกี่ยวกับอายุและการยอมรับของสังคม เช่น ผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าเป็นที่ที่ต้องการจึงทำให้มีบุคลิกภาพเป็นคนขี้อาย อ่อนไหวง่าย รู้สึกไม่มั่นคง ไม่ปลอดภัย ซ้ำงบน โกรธง่าย คิดถึงแต่ตนเอง นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านความจำ เช่น เรียนรู้ช้า มีปัญหาเกี่ยวกับความจำระยะสั้น แต่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับความจำระยะยาว ส่วนความคิดริเริ่มยังมีอยู่มาก ในด้านสติปัญญาจะมีความเสื่อมถอยเล็กน้อยหรือไม่เปลี่ยนแปลงเลย (3) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social Changes) คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาททางสังคม อันเนื่องมาจากภาระหน้าที่ ข้อจำกัดของร่างกาย และการเกษียณอายุ เช่น เพื่อนฝูงลดน้อยลง รายได้ลดลง แบบแผนในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงของสังคมที่แต่เดิมจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว และการสูญเสียคนรู้จัก ทำ

ให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพังมากขึ้น เกิดความความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว รู้สึกซึมเศร้า และสิ้นหวัง ซึ่งอันตรายต่อสุขภาพจิต

ผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ หรือ Gerontologists ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ลักษณะ (ยุวดี ไวทยะโชติ, 2555) ได้แก่ (1) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological Aging) ความเป็นผู้สูงอายุที่เป็นไปตามอายุขัยของมนุษย์โดยคำนวณจากปีที่เกิด โดยไม่นำเรื่องสุขภาพ ความสามารถ สติปัญญา บทบาททางสังคม ฯลฯ เข้ามาเกี่ยวข้อง (2) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological Aging หรือ Biological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เช่น ผมขาว ผิวหนังเหี่ยวย่น ตกระ สายตายาว ศรีษะล้าน เป็นต้น ซึ่งจะมีลักษณะเปลี่ยนแปลงมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี (3) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological Aging) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น ซึมเศร้า จุกจิกจู้จี้ ขี้บ่น น้อยใจ หรือบางคนอาจสนุกสนาน ร่าเริง ใจเย็น มีความสงบสุขมากขึ้น ฯลฯ รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านสติปัญญา เช่น การรับรู้และการเรียนรู้เริ่มถดถอย (4) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological Aging) การเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคม เช่น ความสัมพันธ์กับผู้อื่น ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานและบทบาททางสังคมด้านอื่น ๆ ด้วย

ชนิษฐา กิจเจา, พิริยา เลิศมงคลนาม, พนิดา แน่นอุดร, ชนิษฐา แฝกหอม, อังศุณิษฐา ศิริพูล, วัฒนา กิรติกา, และคณะ (2558) ได้ศึกษาและจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามสภาพร่างกาย สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้

การแบ่งผู้สูงอายุตามสุขภาพร่างกายและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มาก (ติดสังคมหรือพึ่งตนเองได้) หมายถึงผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงดี แม้มีโรคประจำตัวแต่ยังสามารถทำกิจกรรมกิจวัตรประจำวันได้อย่างคล่องแคล่ว ยังสามารถช่วยเหลือตนเอง ผู้อื่น สังคม และชุมชนได้ (2) ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง (ติดบ้านหรือพึ่งตนเองได้บ้าง) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกายและมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อาจพิการทุพพลภาพบางส่วน แต่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมในโอกาสต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองในบางครั้ง เช่น รับประทานอาหาร ขับถ่าย อาบน้ำ และแต่งตัว เป็นต้น อาจจะต้องอาศัยความช่วยเหลือและดูแลจากสมาชิกในครอบครัว บุตรหลานญาติพี่น้องหรือบุคคลอื่นบ้าง (3) ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อย (ติดเตียงหรือพึ่งตนเองไม่ได้) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกาย มีอาการเจ็บป่วย โรคประจำตัว พิการ ทุพพลภาพ เดินไปมาไม่ได้และไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหรือทำกิจกรรมในโอกาสต่างๆ ได้ด้วยตนเอง เช่น รับประทานอาหาร ขับถ่าย อาบน้ำ และ

แต่งตัว เป็นต้น ต้องอาศัยความช่วยเหลือและดูแลสภาพอย่างต่อเนื่องจากสมาชิกในครอบครัว บุตรหลาน ญาติพี่น้องหรือบุคคลอื่น

การแบ่งตามสภาพทางเศรษฐกิจหรือการประกอบอาชีพสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มผู้สูงอายุที่ร่างกายแข็งแรงและยังประกอบอาชีพอยู่ (2) กลุ่มผู้สูงอายุที่ร่างกายแข็งแรงแต่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (3) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพไม่สามารถประกอบอาชีพได้ หากพิจารณาตามสภาพทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับเรื่องรายได้และรายจ่ายของผู้สูงอายุ อาจแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มที่มีรายได้เพียงพอสำหรับใช้จ่ายและเหลือเก็บ (2) กลุ่มที่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ (3) กลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายและต้องเป็นหนี้สิน

การแบ่งตามความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน โดยการจำแนกตามความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของประชากรผู้สูงอายุนั้น สามารถแบ่งออกได้ 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มปลอดภัย เป็นกลุ่มที่สามารถอยู่ในชุมชนอย่างมีคุณภาพไม่ว่าจะต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือไม่ก็ตาม ในกรณีที่ผู้สูงอายุทุกพลภาพยังมีผู้ดูแลจึงไม่จำเป็นต้องย้ายเข้าสู่สถานบริการ (2) กลุ่มพ่ายแพ้ เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพไม่ว่าจะมีเหตุอันเกิดจากสังคมหรือสุขภาพ เช่น ขาดแคลนผู้ดูแล หรือมีสุขภาพแยเกินกว่าผู้ดูแลจะจัดการได้ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะได้รับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าหากได้รับการสงเคราะห์จากสถานบริการ (3) กลุ่มเสี่ยง เป็นผู้สูงอายุในกลุ่มปลอดภัยจำนวนหนึ่งที่มีโอกาสที่จะกลายเป็นกลุ่มพ่ายแพ้ในอนาคต ลักษณะเสี่ยง ได้แก่ เพศหญิง อ่านไม่ออก/เขียนไม่ได้ อาศัยอยู่คนเดียว ไร้ญาติ ฐานะยากไร้ มีปัญหาทางสุขภาพมาก มีภาวะทุพพลภาพ ผู้สูงอายุที่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีฐานะยากจนมีรายได้ต่ำกว่า 1,234 บาทต่อเดือน ส่วนมากมักจะเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป แต่ส่วนใหญ่จะอยู่ในอายุระหว่าง 60-69 ปี กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มคนที่มึลुकน้อยจึงทำให้ไม่มีผู้ดูแล ฉะนั้นในครอบครัวจึงมีแต่ผู้สูงอายุดูแลกันเอง กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ นอนติดเตียง ส่วนมากจะเป็นผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป

นอกจากนี้ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ยังกล่าวถึงการแบ่งผู้สูงอายุตามลักษณะความต้องการความช่วยเหลือ อาจจำแนกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Aging) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (Young Old อายุ 60-69 ปี) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ พึ่งพาตนเองได้ ไม่ยากจน และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ในกลุ่มนี้ต้องเน้นการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง เพิ่มช่องทางในการทำงานตามความสมัครใจ โดยการขยายอายุของการทำงาน ส่งเสริมอาชีพภายหลังเกษียณอายุราชการ เปิดโอกาสให้มีการถ่ายทอดความรู้และภูมิปัญญาแก่คนรุ่นหลัง รวมทั้งการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มที่ประสบปัญหาให้กลับมาใช้ชีวิตได้ปกติสุข (2) กลุ่มที่พอช่วยเหลือตนเองได้ (Independent Living for Elderly) เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่พอช่วยเหลือตนเองได้

แต่ยังไม่มีบทบาทในการพัฒนาสังคมส่วนรวม ต้องเน้นการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การสร้างหลักประกันรายได้อย่างต่อเนื่องตามความสมัครใจ เช่น การส่งเสริมอาชีพที่หลากหลายตามความต้องการและเหมาะสมกับวัย การส่งเสริมพฤติกรรมการใช้จ่ายที่เหมาะสม การบริหารจัดการเงินออมอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต (3) กลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือ (Disabled Elderly) เป็นผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ยากจน ขาดคนเลี้ยงดู หรือประสบปัญหาต่าง ๆ เช่น พิการ ทูพพลภาพ ถูกทำร้าย เป็นต้น ควรได้รับการช่วยเหลือด้วยการจัดสวัสดิการด้านต่าง ๆ ให้ทั่วถึง เช่น ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ด้านสุขภาพและสังคมอย่างเป็นองค์รวมตั้งแต่บริการขั้นพื้นฐานในชุมชน บริการรักษาผู้ป่วยเรื้อรัง จนถึงบริการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพรวดเร็วควบคู่ไปกับการดูแลผ่านครอบครัว เช่น การใช้มาตรการทางภาษี การอุดหนุนทางการเงิน ฯลฯ รวมทั้งการดูแลผ่านชุมชน เช่น การจัดสวัสดิการชุมชนและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ การรวมกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อประกอบอาชีพ เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป เกณฑ์ความเป็นผู้สูงอายุพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ซึ่งแตกต่างกันไป คุณลักษณะที่เห็นได้ชัดเจนนี้อาจเป็นลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เสื่อมถอยและอายุที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังสามารถแบ่งออกได้จากภาวะสุขภาพ การช่วยเหลือตนเอง สภาพเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลต่อบทบาทหน้าที่และสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2.2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

WHO (1994 อ้างถึงใน สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคลภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

องค์การอนามัยโลก (ม.ป.ป., อ้างถึงใน พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง มุมมองหรือความคิดของปัจเจกบุคคลที่มีต่อสภาวะชีวิตของตนเองภายใต้บริบททางวัฒนธรรม ระบบคุณค่าในตัวบุคคลที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความสนใจของเขา

คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน (2551) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การมีสุขภาพอนามัยที่ดี แต่ต่อมาได้มีการรับรู้ร่วมกันในระดับหนึ่งว่าความ

เป็นอยู่ที่ดีในสังคมหนึ่ง ๆ ไม่ควรถูกมองในแง่เศรษฐกิจหรือสุขภาพเพียงด้านเดียวเท่านั้น แต่มีแง่มุมอื่นที่ควรได้รับการพิจารณาร่วมด้วย เช่น คุณภาพของที่อยู่อาศัย ความพึงพอใจในชีวิต/หน้าที่การงาน สิ่งแวดล้อม การมีส่วนร่วมทางการเมือง การมีส่วนร่วมทางสังคม ตลอดจนความสัมพันธ์ทางสังคมของสมาชิกในสังคมนั้น

มันโซร์ ดอเลาะ (2559) คุณภาพชีวิต หมายถึง การที่บุคคลสามารถดำรงชีวิตในระดับที่เหมาะสมตามสภาพความจำเป็นพื้นฐานที่ได้กำหนดไว้ในสังคมหนึ่ง ๆ ในลักษณะที่ตนเองมีความพึงพอใจ มีความสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจ และสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมและสังคมที่ตนเองอยู่อาศัยได้เป็นอย่างดี สืบเนื่องจากการได้รับการตอบสนองของความต้องการในด้านต่าง ๆ อย่างเพียงพอและเหมาะสม

สมชาย เพชรรัตน์ (2562) คุณภาพชีวิต คือ การที่บุคคลมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีปราศจากความทุกข์ในหลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสุขภาพ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และด้านสังคม

กล่าวโดยสรุป คุณภาพชีวิต หมายถึง การที่บุคคลมีความสามารถในการดำรงชีวิตที่เหมาะสมและพึงพอใจ โดยพิจารณาจากด้านร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ จิตใจที่มีความสุขและตัดสินใจด้วยตนเอง สภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ที่เหมาะสม และการมีส่วนร่วมในสังคมในฐานะสมาชิก ซึ่งล้วนหล่อหลอมมาจากวัฒนธรรมและประสบการณ์ที่บุคคลนั้นได้สั่งสมมา

2.2.2 กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต

ในปี ค.ศ. 2007 Walker, A. และ Mollenkopf, H. (2007) ได้นำเสนอโมเดลคุณภาพชีวิตในหนังสือ International and Multidisciplinary Perspectives on Quality of Life in Old Age ได้อธิบายว่า เกณฑ์การวัดระดับคุณภาพชีวิตไม่ได้สร้างขึ้นสำหรับผู้สูงอายุโดยตรง แต่ที่จริงแล้วแนวคิดนี้ก็สามารถโต้แย้งได้เนื่องจากในการวัดระดับคุณภาพชีวิตนั้น ในทางปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้กับคนทุกช่วงอายุ และ Walker, A. และ Mollenkopf, H. (2007) อ้างถึง European Forum Project ว่า Brown และทีมงาน ได้จัดทำอนุกรมวิธานและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับทฤษฎีคุณภาพชีวิต และหนึ่งในนั้น คือ Bowling ได้แยกคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับมหัพภาค (สังคม (การให้ความเห็นจากความจริง)) และระดับจุลภาค (ลักษณะส่วนบุคคล (การให้ความเห็นจากความคิดส่วนตัว)) ซึ่งเป็นการรวบรวมปัจจัยต่าง ๆ มาจากนักทฤษฎีที่เคยศึกษามาก่อนหน้า ประกอบด้วย บทบาทของรายได้ การจ้างงาน ความเป็นอยู่ในบ้าน การศึกษา สถานการณ์รอบตัวอื่น ๆ ประสบการณ์ การให้คุณค่า เพื่อเป็นตัววัดความเป็นอยู่ที่ดี ความสุขและความพอใจในชีวิต นอกจากนี้ Bowling ยังอธิบายเพิ่มเติมว่า โมเดลคุณภาพชีวิตยังเกี่ยวข้องกับทฤษฎีต่าง ๆ มากมาย เช่น ทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ของ Maslow ทฤษฎีความเป็นอยู่ทางจิตวิทยาที่ดี

ความสุข คุณธรรม และความพอใจของชีวิตของ Andrews, Withey และ Larson ทฤษฎีความคาดหวังทางสังคมของ Calman หรือเอกลักษณ์ของการรับรู้รายบุคคลของ O'Boyle และ Brown et al.

ท้ายที่สุด Bowling ได้จัดทำ 8 Models of QoL สำหรับการทบทวนวรรณกรรมเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนี้ (1) Objective Social Indicators เป็นตัวชี้วัดมาตรฐานการเป็นอยู่ สุขภาพ และชีวิตอันยืนยาว โดยใช้การอ้างอิงข้อมูลในเรื่องรายได้ ความมั่งคั่ง และการเจ็บป่วย (2) Satisfaction of Human Needs ของ Maslow 1954 วัดค่าโดยใช้ความพึงพอใจของแต่ละบุคคล (3) Subjective Social Indicators เป็นตัวชี้วัดความพึงพอใจ ความผาสุกทางจิต ขวัญ กำลังใจ ความเคารพในตนเอง การเติมเต็มปรารถนาและความสุข ซึ่งจะวัดจากการทดสอบมาตรฐาน Psychometric Scales and Test (4) Social Capital เป็นตัวชี้วัดทางด้านสังคม เช่น เครือข่ายสังคม การสนับสนุน การเข้าร่วมกลุ่มต่าง ๆ (5) Ecological and Neighborhood Resources เป็นตัวชี้วัดสภาพแวดล้อมที่อาศัยอยู่ เป็นลักษณะตัวชี้วัดเชิงวัตถุวิสัย ความถี่ในการเกิดอาชญากรรม คุณภาพของที่อยู่อาศัย บริการที่ได้รับ และการเข้าถึงการคมนาคม และตัวชี้วัดเชิงอัตวิสัย เช่น ความพึงพอใจในที่อยู่อาศัย สิ่งอำนวยความสะดวกและการคมนาคมในท้องถิ่น ความสามารถทางด้านเทคโนโลยี การช่วยเหลือกันของเพื่อนบ้าน และความปลอดภัย (6) Health and Functioning เป็นตัวชี้วัดความสามารถและการไร้ความสามารถทางด้านร่างกายและจิตใจ (7) Psychological Model หมายถึงปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ทักษะการรู้คิด ความสามารถของตน ความสามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง การควบคุม การปรับตัว และการแก้ไขปัญหา และ(8) Hermeneutic Approaches เป็นตัวชี้วัดที่เน้นการให้คุณค่าของแต่ละบุคคล การตีความหมาย และการรับรู้ ซึ่งอ้างอิงมาจากทฤษฎีความเชื่อส่วนบุคคล (Implicit Theories)

Burckhardt, Anderson, Archenholtz, และ Hägg, (2003) ได้นำ The Flanagan Quality of Life Scale มาทำการวิจัยและตีพิมพ์ในวารสาร Health and Quality of Life Outcomes ซึ่งมีตัวชี้วัด 5 ด้าน ดังนี้ (1) ความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ (Physical and Material Well-Being) หมายถึง ความเป็นอยู่ที่ดี ความปลอดภัยทางการเงิน และความปลอดภัยส่วนบุคคล (2) ความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Relations with Other People) หมายถึง ความสัมพันธ์กับพ่อแม่ พี่น้อง ญาติ คู่ครอง และเพื่อน ๆ (3) กิจกรรมเกี่ยวกับชุมชน สังคม และพลเมือง (Social, Community, and Civic Activities) หมายถึง กิจกรรมเกี่ยวกับการช่วยเหลือหรือส่งเสริมผู้อื่น และกิจกรรมที่จัดโดยรัฐบาล (4) การพัฒนาดตนเองและการบรรลุสิ่งที่ปรารถนา (Personal Development and Fulfillment) หมายถึง การพัฒนาเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ อาชีพ และความสร้างสรรค์และการแสดงออก และ (5) การสันถนาการ หมายถึง การพบปะพูดคุย กิจกรรม

นันทนาการในรูปแบบการพักผ่อนหย่อนใจ เช่น การอ่านหนังสือ ชมธรรมชาติ ฯลฯ และกิจกรรมที่ต้องการการมีส่วนร่วม

Beadle-Brown, Murphy และ DiTerlizzi (2009) ได้นำเสนอตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต (Indicators of QoL) ของ Schalock และคณะ (2002) ซึ่งเป็นที่ยอมรับในระดับสากลไว้ใน Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities ตัวชี้วัดดังกล่าวสามารถวัดได้ทั้งในรูปแบบอัตวิสัย (Subjective) กับภาววิสัย (Objective) แบ่งออกเป็น 8 ตัวชี้วัด ดังนี้ (1) คุณภาพชีวิตด้านการรวมกลุ่มทางสังคม (Social Inclusion) หมายถึง การรวมกลุ่ม การมีส่วนร่วม การเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับชุมชน บทบาทหน้าที่ (เช่น การดำเนินชีวิต การปรับตัว ปัญหาทางพฤติกรรม) การสนับสนุน (เช่น การบริการและความพึงพอใจ) การเป็นที่ยอมรับ และสถานภาพทางสังคม (2) คุณภาพชีวิตด้านชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีทางกาย (Physical Well-Being) หมายถึง สุขภาพ (เช่น ความปลอดภัย สิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับสุขภาพ เงื่อนไขทางกายภาพ ฯลฯ) การทำกิจกรรมในเวลาว่าง ความเป็นอยู่ที่ดีทางกายภาพ กิจกรรมประจำวัน การนันทนาการ โภชนาการ ความสามารถในการแก้ไข และการบริการทางสุขภาพ (3) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) หมายถึง ความสัมพันธ์ในที่ทำงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อน (เช่น ความผูกพัน และความโดดเดี่ยว) การสนับสนุน (เครือข่ายทางสังคม) ความสนิทสนม และความรัก (4) คุณภาพชีวิตด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นอยู่ที่ดี (Material Well-Being) หมายถึง การมีงานทำ การเงิน ความเป็นเจ้าของ ความปลอดภัย สถานะทางเศรษฐกิจ สังคม ลักษณะที่อยู่อาศัย และการคมนาคมขนส่ง (5) คุณภาพชีวิตด้านลักษณะทางอารมณ์ (Emotional Well-Being) หมายถึง ความพึงพอใจในการทำงาน ความพึงพอใจในที่อยู่อาศัย ความพึงพอใจในการช่วยเหลือ ความสุขเกี่ยวกับชุมชน และความพึงพอใจเกี่ยวกับบริการ ฯลฯ นอกจากนี้ คุณภาพชีวิตด้านลักษณะทางอารมณ์ ยังหมายถึง ลักษณะทางอารมณ์ทั่วไป ลักษณะทางอารมณ์ส่วนบุคคล ลักษณะทางอารมณ์ทางจิตวิทยา มโนภาพแห่งตน การไร้ความเครียด จิตวิญญาณ และความสุข (6) คุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-Determination) หมายถึง ด้านความสามารถในการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เช่น การกระทำโดยอิสระ ทางเลือก การควบคุมตนเอง การตัดสินใจ การกำหนดทิศทางด้วยตนเอง การพิจารณาด้วยตนเอง อิทธิพลของที่อยู่อาศัย และการสนับสนุนตนเอง (7) คุณภาพชีวิตด้านการพัฒนาตนเอง (Personal Development) หมายถึง การศึกษา การปรับตัว ทักษะ ความสามารถส่วนบุคคล การบรรลุสิ่งที่ปรารถนา กิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์ ความก้าวหน้า และการพัฒนา และ (8) คุณภาพชีวิตด้านสิทธิเสรีภาพ (Rights) หมายถึง ความเป็นส่วนตัว ความเคารพเสรีภาพ สิทธิมนุษยชน ความเป็นพลเมือง (เช่น การมีสิทธิ์เลือกตั้ง) การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ ความรับผิดชอบในฐานะพลเมือง กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชนท้องถิ่นและรัฐบาล

Ingrand, Paccalin, Liuu, Gil และ Ingrand (2018) ได้กล่าวถึงการวัดระดับคุณภาพชีวิตระดับสากล (Global Quality of Life) โดยใช้ CASP-12 Quality of Life Scale โดยพิจารณาจาก 7 ด้าน ดังนี้ (1) แบบวัดสภาวะปัญหาสุขภาพจิต (Psychological Distress) หมายถึง การประเมินปัญหาสุขภาพจิตจากปริมาณของอาการความไม่สบายทางจิตใจ โดยใช้เครื่องมือ The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (2) การรับรู้ทางสุขภาพ หมายถึง สุขภาพทางกาย วัดโดย Visual Analogue Scale (Euro QoL Scale) (3) การสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การวัดจากจำนวนครั้งในการติดต่อกับครอบครัวในแต่ละสัปดาห์ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้มาจาก Social Network Index (4) สถานะทางการเงิน (Financial Status) หมายถึง การวัดสถานะทางการเงินจากการรับรู้ส่วนบุคคล เช่น สภาพคล่องทางการเงิน รายได้เพียงพอต่อความต้องการพื้นฐาน ความขัดสนทางการเงิน (5) การแก้ปัญหา (Coping) มีการจัดทำเครื่องมือที่ชื่อว่า Brief Cope เพื่อพิจารณากลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาส่วนตัวที่นำมาใช้บ่อยที่สุด ซึ่งเน้นการแก้ปัญหาจากการหาความช่วยเหลือจากสังคม การแก้ปัญหาโดยพิจารณาจากปัญหา การแก้ปัญหาด้วยอารมณ์ (6) การรับรู้คุณค่าของตัวเอง (Self-Esteem) เป็นการให้ผู้สูงอายุวัดคุณค่าของตนเอง โดยใช้ Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSES) และ (7) การรับรู้ความเป็นผู้สูงอายุ (Perception of Aging) ได้นำแบบสอบถาม Aging Perceptions Questionnaire (APQ)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization ตัวย่อ WHO) ได้จัดทำ WHOQoL-100 เพื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิต 5 ด้าน ด้วยแบบสอบถาม 100 ข้อ ทั้งนี้จะประเมินการรับรู้ตำแหน่งในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมและระบบการให้คุณค่าของผู้ที่ถูกประเมินอาศัย อีกทั้งยังประเมินเกี่ยวกับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความวิตกกังวล ซึ่งได้พัฒนาและทดลองในวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน 15 แบบ และมีการแปลไว้ 29 ภาษา (World Health Organization, 2012) รายละเอียดดังนี้

ด้านที่ 1 สมรรถนะทางร่างกาย (Physical Capacity) ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้ (1) อาการเจ็บปวดและความไม่สบายกาย (Pain and Discomfort) หมายถึง ความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดทางกายและการหายจากอาการปวด เช่น ความอึดอัด อาการปวด และอาการคัน ทั้งแบบระยะสั้นและระยะยาว อาการความเจ็บปวดนี้ขึ้นอยู่กับความคิดของแต่ละคน เช่น อาการเจ็บปวดที่หายได้ง่าย จะทำให้เกิดการกล้วในการเจ็บปวดน้อยลง อาการเจ็บปวดที่รุนแรงต่อเนื่องก็ย่อมกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน (2) พลังงานและความเหนื่อยล้า (Energy and Fatigue) หมายถึง พลังงาน ความกระตือรือร้น และความอดทนที่บุคคลหนึ่งจะใช้ในการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน และนำมาใช้ตัดสินใจในการเลือกทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น กิจกรรมสันทนาการ หมายถึงรวมถึงการจัดการความเหนื่อยล้าที่สามารถทำให้เกิดพลังงานที่เพียงพอที่จะทำให้รู้สึกมีชีวิตชีวา ความเหนื่อยล้าเกิดมาจากหลายสาเหตุ เช่น อาการป่วย ปัญหาต่างๆ

ฯลฯ นอกจากนี้ ความเหนื่อยล้าที่เกิดกับความสัมพันธ์ต่อบุคคลอื่น เนื่องจากการที่ตนเองต้องพึ่งพาคนอื่นที่มากขึ้น ย่อมส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและความสัมพันธ์ต่อบุคคลอื่น และ (3) การนอนหลับและพักผ่อน (Sleep and Rest) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เช่น อาการนอนไม่หลับ อาการตื่นแล้วหลับยาก หลับยากแต่ตื่นเช้า การใช้ยานอนหลับ ซึ่งเน้นการพิจารณาจากสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการนอน

ด้านที่ 2 จิตใจ (Psychological) ประกอบไปด้วย (1) ความรู้สึกเชิงบวก (Positive Feeling) หมายถึง ความรู้สึกที่ทำให้พึงพอใจ ความสมดุล ความสงบ ความสุข ความหวัง และความสนุกสนานในชีวิต ไม่มีการนำความรู้สึกเชิงลบเข้ามาประเมิน (2) ความคิด การเรียนรู้ ความทรงจำ และสมาธิ (Thinking, Learning, Memory, and Concentrate) หมายถึง มุมมองของบุคคลหนึ่งที่จะคิด เรียนรู้ จำ มีสมาธิ และสามารถตัดสินใจ ประกอบกับความเร็วในการคิด และความคิดที่ชัดเจน (3) การรับรู้คุณค่าของตัวเอง (Self-Esteem) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลหนึ่งที่มีต่อตนเองทั้งในทางบวกและทางลบ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถตนเอง ความพึงพอใจในตนเอง (4) บุคลิกภาพ (Bodily Image and Appearance) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลหนึ่งที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตาว่าตรงตามมาตรฐานที่ตนคิดไว้ ซึ่งมีทั้งในทางบวกและทางลบ เช่น การเสริมสวย แต่งหน้า แต่งตัว ฯลฯ และ (5) ความรู้สึกเชิงลบ (Negative Feelings) หมายถึง ประสบการณ์ ความรู้สึกเชิงลบ เช่น ความสิ้นหวัง ความรู้สึกผิด ความเศร้า สิ่งที่ทำให้เสียน้ำตา ความหมดอาลัยตายอยาก ความวิตกกังวล และความไม่พอใจในชีวิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานในแต่ละวัน

ด้านที่ 3 ระดับการพึ่งพาตนเอง (Level of Independence) ประกอบไปด้วย (1) ความสามารถในการเคลื่อนไหว (Mobility) หมายถึง ความสามารถที่เคลื่อนที่จากที่หนึ่งไปยังที่หนึ่ง ความสามารถในการเคลื่อนที่ในบ้าน ความสามารถในการเดินทางไปทำงาน (2) กิจกรรมประจำวัน (Activities of Daily Living) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันและการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม (3) การพึ่งพายาและการรักษาพยาบาล (Dependence on Medication or Treatments) หมายถึง การที่บุคคลหนึ่งมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือก เช่น การฝังเข็ม การรักษาด้วยสมุนไพร ฯลฯ เพื่อสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้น (4) สมรรถนะในการทำงาน (Work Capacity) หมายถึง พลังงานในการทำงาน รวมไปถึงงานที่ได้รับเงิน งานที่ไม่ได้รับเงิน งานจิตอาสาเพื่อชุมชน การเรียนแบบเต็มเวลา การดูแลเด็กและงานบ้าน

ด้านที่ 4 ความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) ประกอบไปด้วย (1) ความสัมพันธ์ต่อบุคคลอื่น (Personal Relationship) หมายถึง ความรู้สึกของมิตรภาพ ความรัก และการช่วยเหลือที่ต้องการจากคนใกล้ชิด และหมายรวมถึงความผูกพันและการให้ต่อผู้อื่น (2) การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลหนึ่งที่ถูกพัน ได้รับการยอมรับ

และการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและเพื่อน คำถามในแบบสอบถามจะเกี่ยวกับการแบ่งปัน ความรับผิดชอบ การทำงานร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหา และความรู้สึกที่บุคคลหนึ่งในการช่วยเหลือ ครอบครัวและเพื่อน (3) กิจกรรมทางเพศ (Sexual Activity) หมายถึง การที่บุคคลหนึ่งมีความ ต้องการกิจกรรมทางเพศซึ่งสามารถแสดงออกและมีความสุขกับกิจกรรมทางเพศอย่างเหมาะสม

ด้านที่ 5 สิ่งแวดล้อม (Environment) ประกอบไปด้วย (1) ความปลอดภัยทาง ร่างกาย (Physical Safety and Security) หมายถึง ความรู้สึกปลอดภัยจากอันตรายทางร่างกาย เช่น การถูกทำร้ายโดยผู้อื่น หรือจากผู้ที่อยู่ฝั่งตรงข้ามทางการเมือง ซึ่งมุ่งเน้นไปถึงความรู้สึกแห่ง อิศรภาพ คำถามมักจะเกี่ยวกับการมีชีวิตที่ปราศจากความกังวลในสิ่งแวดล้อมรอบบ้านที่ปลอดภัย (2) สิ่งแวดล้อมรอบบ้าน (Home Environment) หมายถึง สถานที่ที่บุคคลหนึ่งอาศัย และสิ่งทีกระทบ กับชีวิตของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งเกี่ยวกับคุณภาพของบ้านที่สะดวกสบายและปลอดภัย (3) แหล่งรายได้ (Financial Resources) หมายถึง ความคิดเห็นที่เกี่ยวกับแหล่งรายได้ และความเพียงพอในการใช้ จ่ายเพื่อสุขภาพและชีวิตที่สุขสบาย (4) บริการสุขภาพและสังคม การเข้าถึงสวัสดิการและคุณภาพ (Health and Social Care: Accessibility and Quality) หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลหนึ่ง เกี่ยวกับบริการสุขภาพและสังคมที่อยู่บริเวณใกล้เคียง (5) โอกาสในการรับข้อมูลใหม่และพัฒนา ทักษะ (Opportunities for Acquiring New Information and Skills) หมายถึง โอกาสที่บุคคล ต้องการเรียนรู้ทักษะใหม่ ได้รับความรู้ใหม่ ๆ ผ่านโปรแกรมการศึกษาแบบปกติ การศึกษาสำหรับ ผู้ใหญ่ กิจกรรมสันทนาการ การเรียนรู้แบบกลุ่มหรือคนเดียว (6) การเข้าร่วมและโอกาสในการทำ กิจกรรมสันทนาการ (Participation in and Opportunities for Recreation/ Leisure Activities) หมายถึง ความสามารถ โอกาส และความชอบในการเข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการยามว่างและการ พักผ่อน (7) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) หมายถึง มลพิษต่าง ๆ สภาพอากาศ บรรยากาศที่เป็นสุข เป็นต้น และ (8) การขนส่ง (Transport) หมายถึง การเข้าถึงบริการขนส่งนั้นมีความ ยากง่ายอย่างไร

หลังจากนั้น องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้พัฒนา WHOQoL-BREF ซึ่งเป็นแบบ ประเมินที่ปรับย่อ WHOQoL-100 จำนวน 100 ข้อ ให้เหลือข้อคำถามเพียง 26 ข้อ ต่อมากรมสุขภาพจิต (2545) ได้จัดทำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQoL-BREF-THAI) ซึ่งมีข้อคำถาม 2 แบบ คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived Objective) และแบบอัตวิสัย (Self-Report Subjective) โดยตัวแบบประเมินประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

(1) ด้านร่างกาย (Physical Domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึก สุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การ

รับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องพึ่งพายารักษาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

(2) ด้านจิตใจ (Psychological Domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึก ภาวะภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งมีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

(3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

(4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตจากนักทฤษฎีที่ผ่านมา จะพบว่าตัวชี้วัดมีความแตกต่างกัน แต่หากพิจารณาคุณลักษณะแล้วจะพบว่ามีส่วนที่คล้ายกัน คือ เป็นการวัดปัจจัยภายใน ได้แก่ สุขภาพทั้งทางกายและทางจิต รายได้ การพึ่งพาตนเอง ความสามารถทางด้านสมอง และปัจจัยภายนอก ได้แก่ บริการที่ได้รับ สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย และความสัมพันธ์กับผู้อื่น นอกจากนี้ ก็ยังสามารถแบ่งออกได้เป็นรายด้าน เช่น ด้านสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง ความคิดและความจำ ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม เพื่อใช้ประเมินจากความคิดเห็นของผู้สูงอายุครอบคลุมในเรื่องเกี่ยวกับความเสื่อมของร่างกายตามอายุ อาการเจ็บป่วย ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกต่ออุปสรรค ภาวะภูมิใจ ความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง ความจำ ความสามารถในการเรียนรู้ ความสัมพันธ์ต่อบุคคลทั้งภายในและ

ภายนอกครอบครัว ความมั่นคงปลอดภัย ความเป็นอยู่อย่างอิสระ แหล่งรายได้ บริการต่าง ๆ เช่น ด้านสาธารณสุข ด้านความรู้ เป็นต้น

จากงานวิจัยที่ผ่านมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2563 ในการวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นิยมใช้ตัวชี้วัด WHOQoL-BREF-THAI ของกรมสุขภาพจิต ที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก เช่น จิรัชยา เคล้าดี สุภชัย นาคสุวรรณ และ จักรวาล สุขไมตรี (2560) สมชาย เพชรรัตน์ (2562) ปทุมวรรณ กาลปัก และวรรษยา ศิริวัฒน์ (2563) และ เพชรธยา เป้นวงษา และคณะ (2563) ดังนั้น ในวิจัยฉบับนี้จึงเลือกตัวชี้วัด WHOQoL-BREF-THAI มาใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2.3 PRECEDE Framework

Lawrence W. Green (1991, อ้างถึงใน นรลักษณ์ เอื้อกิจ และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี, 2558) และคณะ จากมหาวิทยาลัย The John Hopkins ได้พัฒนาแบบจำลอง PRECEDE ขึ้นในปี ค.ศ. 1980 มีวัตถุประสงค์เพื่อนำมาใช้ในงานวิจัยและประเมินโครงการทางพฤติกรรมศาสตร์ และโครงการส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ ครอบคลุมคิดนี้สามารถนำมาวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย ได้แก่ พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอกบุคคล ในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินการหลายด้านประกอบกัน โดยวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อ พฤติกรรม แล้วนำมาวางแผนในการกำหนดวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อมาในปี 1991 Green and Kreuter ได้ร่วมกันพัฒนาแบบจำลอง PRECEDE ใหม่ เป็น PRECEDE-PROCEED Model เพื่อใช้วินิจฉัยประเมินตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพและการวางแผนสุขภาพ Howat, Brown, Burns และ McManus (2008) ได้เขียนหนังสือบทหนึ่ง เรื่อง Use of the PRECEDE-PROCEED Framework to guide planning and evaluation for health promotion ในหนังสือชื่อว่า Population health, communities and health promotion ได้อธิบายวิธีการใช้ PRECEDE-PROCEED Framework แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ระยะเวลาการวินิจฉัยปัญหา (Diagnosis Phase) ซึ่งเรียกว่า PRECEDE (Predisposing Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) ซึ่งเป็นกระบวนการใช้ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อในการวิเคราะห์ วินิจฉัย และประเมินผลทางพฤติกรรม เพื่อให้ได้ผลลัพธ์จากการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งหมายถึงสุขภาพและคุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 2 เป็นระยะของการพัฒนาแผนหลังจากดำเนินการส่วนที่ 1 เสร็จสิ้นแล้ว จึงนำผลลัพธ์ไปวิเคราะห์เพื่อวางแผน นำไปสู่การปฏิบัติและประเมินผล ซึ่งเรียกว่า PROCEED (Policy Regulatory and Organization Constructs in Educational and Environment Development)

หมายถึง นโยบาย กฎระเบียบ และโครงสร้างขององค์กรในการพัฒนาการศึกษาและสิ่งแวดล้อม ในส่วนนี้เกี่ยวกับการนำไปใช้ (Implementation Aspects) และการประเมินผล (Evaluation Steps)

ขั้นตอนการทำงานของ PRECEDE Framework ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม (Social Diagnosis) เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์ “คุณภาพชีวิต” ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผลการประเมินจะเป็นเครื่องชี้วัดและเป็นตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มเป้าหมายนั้น เพื่อหาตัวชี้วัดของคุณภาพชีวิต เป็นการศึกษาชุมชนจากการหาปัญหา ความต้องการ แรงบันดาลใจ แหล่งทรัพยากร และอุปสรรคในการจัดการกับปัญหา และศึกษาจากเอกสารต่าง ๆ เพื่อหาสาเหตุของปัญหา ความต้องการหรือคุณลักษณะเฉพาะของปัญหา หลังจากนั้นก็จะลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการของชุมชน ในระยะนี้เป็นระยะของการรวบรวมข้อมูลภายในชุมชน

ระยะที่ 2 ประกอบไปด้วย 2 ขั้นตอน โดยขั้นตอนแรกเป็นการทบทวนความสำคัญเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจากข้อมูลระบาดวิทยา (Epidemiological Data) การลำดับปัญหาสุขภาพโดยพิจารณาจากความสำคัญและความไม่แน่นอนของปัญหา และแหล่งที่เกิดปัญหา ตัวชี้วัดปัญหาสุขภาพอาจเกิดจากการเสียชีวิต (Mortality) ความเจ็บป่วย (Morbidity) และการทุพพลภาพ (Disability) ส่วนตัวชี้วัดอื่น ๆ อาจนำมาใช้ประเมินได้ เช่น คุณลักษณะเฉพาะของประชากรในช่วงเวลานั้น ๆ (Prevalence) สถานการณ์ (Incidents) และการกระจายของปัญหาสุขภาพ (Distribution) ขั้นตอนที่สองเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรค (Etiological Factors) หรือคุณลักษณะเฉพาะของสุขภาพที่เกิดขึ้นในพันธุกรรม รูปแบบพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมของประชากร ซึ่งเชื่อมโยงไปสู่ลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ ในการระบุสาเหตุของโรค (Etiological Factors) สามารถแบ่งออกเป็น 2 ปัจจัย ดังนี้ (1) ปัจจัยด้านพฤติกรรม (Behavioral Factors) หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลหนึ่งหรือกลุ่มบุคคลที่อยู่ในสถานการณ์ทางสังคมเดียวกัน หรือวิถีชีวิตเหมือนกัน ซึ่งอาจจะปกป้องบุคคลหนึ่งจากอันตราย หรือนำไปสู่ความเสี่ยงต่อสุขภาพได้ โดยพิจารณาจากพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย และ (2) อิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม (Environmental Influence) อาจประเมินด้วยวิธีเดียวกับการประเมินอิทธิพลจากบุคคล ซึ่งอาจสนับสนุนหรือขัดขวางพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมจะเกี่ยวกับสังคมมากกว่าทางร่างกาย การปฏิสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพ หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการกระทำของสังคมและนโยบายทางสุขภาพ ในส่วนของสิ่งแวดล้อมทางสังคมประกอบไปด้วยเครือข่ายทางสังคม (เช่น การสนับสนุนทางสังคม) วัฒนธรรม และประวัติดครอบครัว ส่วนอิทธิพลสิ่งแวดล้อมทางร่างกาย ได้แก่ การอยู่อาศัย ทางเดิน ที่สำหรับออกกำลังกาย อาหารแบบไขมันต่ำที่มีในร้านอาหาร การออกแบบถนน สนามเด็กเล่นที่มีร่มเงา

ระยะที่ 3 การประเมินด้านการศึกษานิเวศวิทยา (Educational and Ecological Assessment) เป็นการนำอิทธิพลของปัจจัยทางพฤติกรรม (Behavioral Factors) และสิ่งแวดล้อม (Environmental Influences) มาแยกประเภทออกเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ (1) ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) เป็นปัจจัยพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมของบุคคล และก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล กล่าวคือ ปัจจัยนำอาจหมายถึงความพอใจของบุคคลที่ได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ และอาจมีส่วนช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพซึ่งเกิดจากแรงจูงใจในการกระตุ้นที่ตัดสินใจให้กระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ส่วนปัจจัยที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างรวดเร็ว คือ ความรู้ ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมหรือการรับรู้ความสามารถในการกระทำ พฤติกรรมทางสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพของบุคคล (2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง แหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลในชุมชน รวมถึงทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ และสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ได้ เช่น การหาง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) นอกจากนี้ปัจจัยเอื้อยังหมายรวมถึง สิ่งอำนวยความสะดวกที่ทำให้บุคคลสามารถใช้บริการ สิ่งของ และสถานที่ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพได้ การส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอาจทำได้ด้วยการจัดทำรูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยการเสริมสร้างทักษะใหม่ ๆ หรือการส่งเสริมสภาพแวดล้อมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ (3) ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมได้รับการสนับสนุนหรือไม่ แหล่งปัจจัยเสริมขึ้นอยู่กับปัญหาในแต่ละเรื่อง เช่น การดำเนินงานสาธารณสุขในโรงเรียน ปัจจัยเสริมที่สำคัญคือบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ เพื่อน ครอบครัว ครูอาจารย์ ฯลฯ การกระตุ้นปัจจัยเสริมโดยการให้รางวัล การชมเชย การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับบุคคลนั้น ๆ ให้ปฏิบัติตาม

ระยะที่ 4 การประเมินด้านการบริหารและนโยบาย (Administration and Policy Assessment) เป็นการเลือกลำดับความสำคัญ กลุ่มเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ ในระยะนี้เป็นการประเมินทรัพยากรที่มี ได้แก่ เวลา บุคลากร และเงิน) อุปสรรคที่เกิดขึ้นในองค์กร สิ่งอำนวยความสะดวกที่ส่งผลกระทบต่อกรนำนโยบายมาใช้ ทั้งนี้เพื่อใช้ในการวางแผนงานที่ประกอบไปด้วยตารางการทำงาน การใช้ทรัพยากร ความรับผิดชอบ และงบประมาณ ในระยะนี้จะมีการพิจารณาสถานที่ (Setting) ในการนำนโยบายไปใช้ เช่น โรงเรียน ชุมชน คลินิก เป็นต้น เพื่อจะพิจารณาว่าจะใช้วิธีการและวัสดุใดนำมาใช้ประกอบการทำกิจกรรม ในกระบวนการนี้การเลือกกลยุทธ์เป็นสิ่งสำคัญจึงจำเป็นต้องใช้วิธีการที่หลากหลาย เช่น การเลือกช่วงเวลาที่เหมาะสม เช่น การรวมตัวของคนมาทำกิจกรรมทางศาสนา กลุ่มคนที่มาทำกิจกรรมกีฬา ฯลฯ และสถานที่ที่สามารถจัดกิจกรรมได้อย่าง

ยั่งยืน ซึ่งเป็นสถานที่ที่มีคุณค่า เป็นทางการ และเป็นแหล่งรวมตัว เช่น โรงเรียน วัด โรงพยาบาล ฯลฯ นอกจากนี้ การพบปะแบบจำลอง เช่น การพบปะผ่านระบบอินเทอร์เน็ตก็สามารถทำได้ หรือ การพบปะแบบเป็นทางการที่น้อยลง เช่น ในคลับ บนท้องถนน ฯลฯ

PRECEDE Framework ถูกนำมาใช้ในการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในงานวิจัย ดังนี้ กฤษดา พรหมสุวรรณ (2560) พัชรภรณ์ พัฒนะ (2560) จิรพันธ์ ปุริมาตย์ สุธรรม นันทมงคลชัย โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์ ศุภชัย ปิติกุลตั้ง และกรวรรณ ยอดไม้ (2562) สุรจิตต์ วุฒิการณ และคณะ (2558) และสุภาภรณ์ ทันธอธิต์ และคณะ (2562) ซึ่งศึกษาเฉพาะการนำปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตซึ่งอยู่ในขั้นตอนที่สาม นอกจากนี้ พัชรี วงศ์ผืน (2560) ได้สนับสนุนแนวความคิดการหาความสัมพันธ์ระหว่าง PRECEDE Framework และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเอาไว้ในวารสารศาสตร์พระราชาเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ไว้ว่า การประยุกต์ใช้ทฤษฎี PRECEDE Framework กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้นเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการศึกษาขั้นตอนที่ 3 ที่มีการศึกษาปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสามารถทำได้โดยการให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่แบ่งแยกฐานะทางสังคม ผู้สูงอายุควรได้รับข่าวสารทางด้านสาธารณสุข และรับรู้สิทธิในการรักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ควรส่งเสริม ค่านิยม ความเชื่อและเจตคติที่ดีในด้านการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในชุมชน ควรให้ความสำคัญและความเชื่อมั่นในศักยภาพของผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในสมรรถนะและคุณค่าในตัวเอง รวมทั้งการดูแลผู้สูงอายุและไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุให้อยู่เพียงลำพังจากคนในครอบครัว ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดีทั้งทางกาย ทางปัญญา ทางจิตวิญญาณ และทางสังคม และทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ดังนั้น ในวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยจึงเลือก 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมของ PRECEDE Framework มาศึกษาหาความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อีกทั้งมีการเลือกใช้ปัจจัยทั้ง 3 ด้าน มาศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2.4 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19

2.4.1 ข้อมูลทั่วไปของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19

กรมควบคุมโรค (ม.ป.ป.) ได้อธิบายเกี่ยวกับไวรัสโคโรนาว่า เป็นไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นตระกูลของไวรัสที่ก่อให้เกิดอาการป่วยตั้งแต่โรคไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงโรคที่มีความรุนแรง

มาก เช่น โรคระบบทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS-CoV) เป็นต้น ซึ่งเป็นสายพันธุ์ใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อนในมนุษย์ก่อให้เกิดอาการป่วยระบบทางเดินหายใจในคน และสามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้ โดยเชื้อไวรัสชนิดนี้พบครั้งแรกในการระบาดในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ในช่วงปลายปี 2019 โดยตระกูลโคโรนาไวรัสเป็นสาเหตุการป่วยในคนและในสัตว์ เช่น อูฐ แมว ค่างคาว ซึ่งไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ไม่เหมือนกับไวรัสโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (Middle East Respiratory Syndrome: MERS) หรือไวรัสโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (Severe Acute Respiratory Syndrome: SARS)

อาการทั่วไป ได้แก่ อาการระบบทางเดินหายใจ มีไข้ ไอ หายใจถี่ หายใจลำบาก ในกรณีที่อาการรุนแรงมากอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิต เมื่อเทียบกับไวรัสโคโรนาสายพันธุ์อื่น ๆ นั้น ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 มีอาการคล้ายไข้หวัดจากทางเดินหายใจ เช่น มีไข้ ไอ มีน้ำมูก ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการรุนแรงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิต แม้ว่าอาการหลายอย่างจะคล้ายคลึง แต่เนื่องจากเกิดจากเชื้อไวรัสที่แตกต่างกันจึงเป็นเรื่องยากที่จะสามารถระบุโรคตามอาการเพียงอย่างเดียว จึงต้องอาศัยการทดสอบทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันเชื้อ

2.4.2 การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 ในประเทศไทย

ชาวไทยพีบีเอส (2563) รายงานเมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2563 เกี่ยวกับการเริ่มต้นของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระบุว่า มีข้อมูลว่าตลาดค้าสัตว์เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน เป็นแหล่งระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 หรือโควิด-19 ซึ่งพบผู้ป่วยหญิงที่มาจากเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ซึ่งเป็นนักท่องเที่ยวที่ติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทยเป็นรายแรก เมื่อวันที่ 12 มกราคม 2563 ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค ได้ติดตามอาการผู้สัมผัสความเสี่ยงสูง 40 คน และรวบรวมข้อมูลสำหรับติดตามผู้สัมผัสความเสี่ยงต่ำอีก 145 คน ต่อมาในวันที่ 31 มกราคม 2563 ชายไทยวัย 50 ปี ซึ่งขับแท็กซี่ในกรุงเทพมหานคร ได้รับผลตรวจว่าติดเชื้อโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ เพราะก่อนหน้านี้เขาได้รับผู้โดยสารชาวจีนจากเมืองอู่ฮั่น นั่นจึงเป็นจุดกำเนิดการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นครั้งแรกและลูกกลมต่อไปเป็นวงกว้าง สาเหตุหลักเกิดจากนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ และคนไทยที่กลับมาจากต่างประเทศ

ทั้งนี้เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2563 คณะรัฐมนตรี (ครม.) ได้มีมติให้หลีกเลี่ยงหรือเลื่อนการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีคนเข้าร่วมเกิน 5 คนขึ้นไป เช่น การจัดคอนเสิร์ต การจัดการแข่งขันกีฬาต่าง ๆ แต่ก็มีวามมีเหตุการณ์ให้เกิดการแพร่ระบาดของโควิด-19 ระลอกแรกที่หนักหน่วงซึ่งเกิดจาก 3 เหตุการณ์หลักที่เป็นจุดกระเพื่อมในการระบาดของโรคในช่วงเดือนมีนาคม 2563 โดยเหตุการณ์แรก

เกิดขึ้นในวันที่ 6 มีนาคม 2563 ณ สนามมวยเวทีลุมพินี ที่ได้จัดการแข่งขันชกมวยรายการใหญ่ ชื่อว่า “ลุมพินีแชมเปียนเกียรติเพชร” ซึ่งมีการจัดคู่มวยดั่งขึ้นชก 11 คู่ และแจกเหรียญ 3 คัน ทำให้มีเซียนมวยและประชาชนเข้าชมเป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในวงกว้าง ต่อมาในวันที่ 12 มีนาคม 2563 พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่ไปพบปะสังสรรค์กันที่สถานบันเทิงย่านทองหล่อ กรุงเทพมหานคร ในเบื้องต้นกรมควบคุมโรคระบุว่าคนไทยกลุ่มนี้ได้รับเชื้อโควิด-19 จากเพื่อนชาวฮ่องกง และเหตุการณ์สุดท้ายเกิดขึ้นเมื่อ วันที่ 14 มีนาคม 2563 สถานเอกอัครราชทูตไทย ณ กรุงกัวลาลัมเปอร์ โพสต์ข้อความผ่านเฟซบุ๊กระบุว่า "ด่วนที่สุด" ขอให้ทุกคนช่วยประชาสัมพันธ์และแจ้งข้อมูลเพื่อติดตามคนไทยจำนวน 132 คน ที่เข้าร่วมงานชุมนุมทางศาสนา "Jhor Qudamak & Ulamak Malaysia 2020" ที่กรุงกัวลาลัมเปอร์ ประเทศมาเลเซีย หลังจากพบว่า มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 เข้าร่วมงานชุมนุมดังกล่าว ต่อมาในวันที่ 16 มีนาคม 2563 พบผู้ติดเชื้อหลังจากไปร่วมงานชุมนุมนี้จำนวน 2 คน ที่จังหวัดยะลาและนราธิวาส จากนั้นยังมีรายงานผู้ติดเชื้อจากงานชุมนุมทางศาสนา นี้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้รัฐบาลออกมาตรการเพื่อควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาด เช่น การสั่งปิดโรงเรียนตั้งแต่วันที่ 18 มีนาคม 2563 (ประชาชาติธุรกิจออนไลน์, 2563) นอกจากนี้ เมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2563 พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงกลาโหม ได้แถลงประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 หรือ พรก. ฉุกเฉิน เพื่อควบคุมสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 หรือ Covid-19 ซึ่งให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 เป็นต้นไป สาระสำคัญของ พรก. ฉุกเฉิน ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับประชาชนหลัก ๆ ได้แก่ ห้ามมิให้บุคคลใดออกนอกเคสด้านภายในระยะเวลาที่กำหนด ห้ามมิให้มีการชุมนุมหรือมั่วสุมกัน ห้ามการเสนอข่าว การจำหน่าย หรือทำให้แพร่หลายซึ่งหนังสือ สิ่งพิมพ์ หรือสื่ออื่นใดที่มีเจตนาบิดเบือนข้อมูลข่าวสาร ห้ามการใช้เส้นทางคมนาคม หรือยานพาหนะ หรือกำหนดเงื่อนไขการใช้เส้นทาง ห้ามการใช้อาคาร หรือเข้าไป หรืออยู่ในสถานที่ใด ๆ ให้อพยพประชาชนออกจากพื้นที่ที่กำหนดเพื่อความปลอดภัย (กระทรวงแรงงาน, 2564) ส่งผลให้ป็นิ่งดเทศกาลสงกรานต์ไปด้วย ซึ่งต่อมาสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคดังกล่าวก็เริ่มผ่อนคลายลง ในช่วงเดือนพฤษภาคม-พฤศจิกายน 2563 มีการปลดล็อกมาตรการหลาย ๆ มาตรการ เช่น ลดระยะเวลาเคอร์ฟิวส์ อนุญาตให้มีการเรียนการสอนในเดือนกรกฎาคม-พฤศจิกายน 2563 เปิดร้านอาหารภายใต้การควบคุม ฯลฯ (ประชาชาติธุรกิจ, 2564)

จากนั้น ในเดือนตุลาคม 2563 มีการตรวจพบผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ที่มีการกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์แอฟริกาใต้ ที่อาละวาดอย่างหนักในมาเลเซียช่วงเดือนเมษายนท่ามกลางการเฝ้าระวังอย่างเต็มที่ตามแนวชายแดน แต่ก็มิผู้ลักลอบเข้าประเทศไทยในวันที่ 3 พฤษภาคม 2564 และถูกตรวจพบว่าติดเชื้อโควิดสายพันธุ์แอฟริกาใต้ อยู่ที่อำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส และเริ่มแพร่ระบาดเข้าสู่ชุมชนภายใน 20 วัน ส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อ 83 ราย (ไทยรัฐออนไลน์, 2564)

โดยสรุป การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 ระลอกเดือนมกราคม 2563 (ม.ค.-14 ธ.ค. 2563) มีผู้ป่วย 4,237 ราย เสียชีวิตสะสม 60 ราย คิดเป็น 1.42% (ปีซีไทย, 2564)

สถานการณ์ดูเหมือนจะคลี่คลาย แต่สุดท้ายก็ยังมีการระบาดในระลอกที่ 2 ที่ในเวลานั้นถูกเรียกว่า “การระบาดระลอกใหม่” ซึ่งเป็นการระบาดคลัสเตอร์ใหญ่จากตลาดมหาชัย จังหวัดสมุทรสาคร นับว่าเป็นการพบผู้ติดเชื้อมากที่สุดนับตั้งแต่มีการระบาดในประเทศไทย โดยในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา พบผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มถึง 576 ราย รวมผู้ติดเชื้อที่ยืนยันก่อนหน้านี้เป็น 689 ราย และหลังจากนี้คาดว่าจะพบผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอีกเรื่อย ๆ จากมาตรการค้นหาเชิงรุก นพ.เกียรติภูมิ วงศ์รจิต ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) รายงานในวันที่ 20 ธันวาคม 2563 (ประชาชาติธุรกิจ, 2563) จึงทำให้เกิดการควบคุมการเข้า-ออกในจังหวัดสมุทรสาคร และจังหวัดใกล้เคียง ได้แก่ กรุงเทพฯ สมุทรปราการ นนทบุรี และเพชรบุรี แต่ที่อื่นๆ ก็ยังมีการผ่อนปรนมาตรการต่าง ๆ ภายใต้การควบคุม ต่อมาเกิดคลัสเตอร์ใหม่ในเดือนมกราคม 2564 จากบ่อนการพนันในจังหวัดระยอง ตราด จันทบุรี อ่างทอง กรุงเทพฯ และชลบุรี ทำให้การแพร่ระบาดหนักมากขึ้น (ปีซีไทย, 2564) ชาวร้ายซ้ำสอง คือ เชื้อโรคสายพันธุ์เดิมมีการกลายพันธุ์ ซึ่งเริ่มมีความรุนแรงมากขึ้น คือ สายพันธุ์อังกฤษ โดยโควิดสายพันธุ์อังกฤษเริ่มตรวจเจอในไทยเมื่อต้นเดือนมกราคม 2564 จากคนในครอบครัวชาวอังกฤษ 4 คน ที่เดินทางมาจากเมืองเคนท์ ซึ่งได้เข้าระบบตรวจคัดกรองและกักกันตน โดยรักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชน และยังพบโควิดสายพันธุ์บราซิล โควิดกลายพันธุ์น้องใหม่ที่ตรวจเจอเมื่อเดือนมกราคม 2564 โดยเป็นผู้เดินทางมาจากประเทศบราซิลเข้าสู่ประเทศไทย ส่วนในประเทศไทยตรวจพบโควิดสายพันธุ์บราซิลจากผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศตามระบบเมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2564 (ไทยรัฐออนไลน์, 2564) ดังนั้น ในระลอกธันวาคม 2563 (15 ธันวาคม 2563-31 มีนาคม 2564) มีผู้ป่วย 24,626 ราย เสียชีวิตสะสม 34 ราย คิดเป็น 0.14% (ปีซีไทย, 2564)

ต่อมาเกิดการระบาดระลอกใหญ่ จากคลัสเตอร์สถานบันเทิงย่านทองหล่อ ที่คาดว่ามาจากคนไทยที่เดินทางมาจากกัมพูชาตั้งแต่ต้นเดือนเมษายน 2564 จนกลายเป็นการระบาดใหญ่ระลอกที่ 3 ในไทย โดยมีผู้ป่วยติดเชื้อกว่า 9 หมื่นราย ซึ่งเป็นการติดเชื้อโควิดสายพันธุ์อังกฤษ นอกจากนี้ ในวันที่ 21 พฤษภาคม 2564 ตรวจพบผู้ติดเชื้อโควิดสายพันธุ์อินเดียในแคมป์คนงานก่อสร้างย่านหลักสี่ (ไทยรัฐออนไลน์, 2564) วันที่ 9 กรกฎาคม 64 พ.ญ.อภิสมัย ศรีรังสรรค์ ผู้ช่วยโฆษก “ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” หรือ “ศบค.” แถลงมติ ศบค.ชุดใหญ่ อย่างเป็นทางการโดยมีการประกาศเคอร์ฟิวและมาตรการ “ล็อกดาวน์” งดเดินทางห้ามออกจากเคหสถานในเวลาที่กำหนด ในช่วงเวลา 21.00-04.00 น. และยกระดับมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยเริ่มมาตรการดังกล่าวในวันที่ 12 กรกฎาคม 2564 เป็นต้นไป ใช้งบพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด 10 จังหวัด ไม่ได้รวมทั้งประเทศ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี

สมุทรปราการ สมุทรสาคร นนทบุรี นครปฐม นราธิวาส ปัตตานี ยะลา และสงขลา ซึ่งจังหวัดปัตตานี เป็นจังหวัดที่อยู่ในกลุ่มสีแดงและสีส้มตลอดระยะเวลาตั้งแต่การแพร่ระบาดในปี พ.ศ. 2563-2564

สถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทยจนถึงทุกวันนี้ ยังคงย่ำแย่และรุนแรงมาก ในวันที่ 14 กรกฎาคม 2564 ไทยรัฐออนไลน์ ได้รายงานสถานการณ์การระบาดระลอกที่ 3 ว่า นับตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 จนถึงกลางเดือนกรกฎาคม 2564 ที่ประเทศไทยเผชิญการระบาดของโควิด-19 ระลอกล่าสุดอย่างหนัก หลังจากที่ต่อสู้นานนับตั้งแต่ต้นปี 2563 ซึ่งการระบาดระลอกใหม่นี้ถือว่ารุนแรงเพราะมีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นสูง โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มเสี่ยง จากข้อมูลของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค ในรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 จนถึงวันที่ 14 กรกฎาคม 2564 มีผู้ติดเชื้อ 332,299 ราย คิดเป็นเฉลี่ยวันละ 3,165 ราย หรือชั่วโมงละ 131 ราย

เมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2564 ไทยรัฐออนไลน์ ได้รายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในจังหวัดปัตตานี ซึ่งเป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุด และเป็นพื้นที่สีแดงเข้มว่า ยังคงวิกฤตหนัก การแพร่ระบาดของเชื้อขยายไปทุกพื้นที่อย่างรวดเร็ว โดยตัวเลขผู้ติดเชื้อรายใหม่ของวันที่ 20 กรกฎาคม 2564 พุ่งขึ้นถึง 297 ราย ยอดสะสม 6,672 ราย รักษาหาย 3,683 ราย เสียชีวิตเพิ่ม 5 ราย ทำให้ยอดสะสมผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น 74 รายแล้ว และอยู่ระหว่างรอผลตรวจอีกหลายพันคน (ไทยรัฐออนไลน์, 2564) จากสถานการณ์นี้ ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องเดินทางไปรับผู้ป่วยตามอำเภอต่าง ๆ เพื่อนำตัวไปเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนาม ทำให้ประชาชนหวาดผวาท่อความปลอดภัยและการดำรงชีวิตของประชาชนเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ในวันที่ 21 กรกฎาคม 2564 เป็นวันฮารีรายออีดิลอัฎฮา หรือรายอเชือดสัตว์พลีทานของพี่น้องมุสลิมในจังหวัดปัตตานี พบว่าบรรยากาศเป็นไปอย่างเงียบเหงาที่สุดจากครั้งที่ผ่าน ๆ มา เนื่องจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่มีความรุนแรงมากขึ้น มีการสั่งการไปยังทุกมัสยิดงดทำการละหมาดวันฮารีรายออีดิลอัฎฮา ให้ละหมาดที่บ้านแทนแต่ห้ามเกิน 5 คน งดเยี่ยมสุสาน งดเยี่ยมญาติ งดกิจกรรมที่รวมตัวเกินกว่า 5 คน ส่วนการเชือดสัตว์ เช่น วัว แพะ แกะ จะต้องจำกัดจำนวนคน เฉพาะคนที่เชือด-ชำแหละ (ไทยรัฐออนไลน์, 2564)

2.5 ลักษณะการปกครองของเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี

ข้อมูลจากเว็บไซต์เทศบาลตำบลเตราะบอน (เทศบาลตำบลเตราะบอน, 2558) ประกอบไปด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้

2.5.1 สภาพทั่วไป

2.5.1.1 ลักษณะที่ตั้งและเนื้อที่

เทศบาลตำบลเตราะบอน ได้ยกฐานะจากองค์การบริหารส่วนตำบลเตราะบอน ตามประกาศกระทรวงมหาดไทย ลงวันที่ 27 สิงหาคม 2556 เรื่อง จัดตั้งองค์การบริหารส่วนตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี เป็นเทศบาลตำบลเตราะบอน โดยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 42 แห่งพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2546 และมาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 โดยมีผลตั้งแต่วันที่ 27 สิงหาคม 2556 เป็นต้นไป จึงทำให้องค์การบริหารส่วนตำบลเตราะบอนพ้นจากสภาพแห่งการเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตำบลเตราะบอนตั้งอยู่ในเขตอำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี อยู่ห่างจากตัวอำเภอสายบุรี ประมาณ 8 กิโลเมตร เทศบาลตำบลเตราะบอนมีเนื้อที่ประมาณ 22.192 ตารางกิโลเมตร และมีการยุบรวมสภาตำบลทุ่งคล้าร่วมกับเทศบาลตำบลเตราะบอน ตำบลทุ่งคล้ามีเนื้อที่ประมาณ 12.133 ตารางกิโลเมตร รวมเป็นพื้นที่ 34.325 ตารางกิโลเมตร

2.5.1.2 อาณาเขตติดต่อ

ทิศเหนือ	มีพื้นที่ติดต่อกับ ตำบลควน อำเภอปะนาเระ
ทิศใต้	มีพื้นที่ติดต่อกับ ตำบลตะบิ้ง อำเภอสายบุรี
ทิศตะวันออก	มีพื้นที่ติดต่อกับ ตำบลปือเระและตำบลแป้น อำเภอสายบุรี
ทิศตะวันตก	มีพื้นที่ติดต่อกับ ตำบลกะดุนง อำเภอสายบุรี
ทิศตะวันตก	มีพื้นที่ติดต่อกับ ตำบลปล่องหอย อำเภอกะพ้อ
ทิศตะวันตก	มีพื้นที่ติดต่อกับ ตำบลลานา อำเภอมายอ

2.5.2 ลักษณะภูมิประเทศ

เทศบาลตำบลเตราะบอน มีลักษณะพื้นที่เป็นที่ราบ มีภูเขา เหมาะแก่การเพาะปลูก ในบางพื้นที่เมื่อเกิดฝนตกหนักก่อให้เกิดสภาวะน้ำท่วมขัง และมีที่ราบสูงเขาอยู่ในเขตป่าสงวน ประกอบไปด้วย 16 หมู่บ้าน ใน 2 ตำบล ได้แก่ 1) ในตำบลเตราะบอน หมู่ที่ 1 บ้านตรวจน้ำ หมู่ที่ 2 บ้านกะลุแป หมู่ที่ 3 บ้านฮูแตกอแล หมู่ที่ 4 บ้านสือดั่ง หมู่ที่ 5 บ้านชะเมาสามต้น หมู่ที่ 6 บ้านบาโงมูลง หมู่ที่ 7 บ้านกะลาพอ หมู่ที่ 8 บ้านกะลาพอดก หมู่ที่ 9 บ้านกะลุแปเหนือ หมู่ที่ 10 บ้านลูบ๊ะซูลง หมู่ที่ 11 บ้านกะลุปี และ 2) ตำบลทุ่งคล้า หมู่ที่ 1 บ้านทุ่งคล้า หมู่ที่ 2 บ้านบลูกาตือแร หมู่ที่ 3 บ้านนาหว่า หมู่ที่ 4 บ้านเตราะปลิง และหมู่ที่ 5 บ้านพอเหมาะ

2.5.3 ลักษณะทางสังคม

ประชากรในตำบลเตราะบอน/ทุ่งคล้า มีจำนวนทั้งสิ้น 10,455 คน แยกเป็นเพศชาย 5,171 คน และเพศหญิง 5,284 คน ความหนาแน่นเฉลี่ย 305 คน/ตารางกิโลเมตร ประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบของเทศบาลตำบลเตราะบอนส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามประมาณร้อยละ 86 และเป็นผู้นับถือศาสนาพุทธประมาณร้อยละ 14

2.5.4 สภาพเศรษฐกิจและแรงงาน

ประชากรในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา การเกษตร ค้าขาย รับจ้างทั่วไป นอกจากนี้ตำบลเตราะบอนยังเป็นตำบลที่มีความเจริญ ซึ่งมีทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 42 เป็นเส้นทางหลัก ทำให้มีการขยายกิจการร้านค้าตามแนวถนน และมีการเกษตรเพาะพันธุ์ยางพาราในพื้นที่ส่วนใหญ่ของตำบล

แรงงานที่ใช้ในภาคเกษตรในตำบล ส่วนใหญ่ใช้แรงงานจากสมาชิกในครัวเรือนเป็นสำคัญแต่บางครัวเรือนอาจทำการจ้างแรงงานที่อยู่ในตำบลเข้าช่วยในฤดูการผลิตและเมื่อสิ้นสุดการผลิตก็จะมีการออกไปรับจ้างทั่วไป

อุตสาหกรรมในตำบลเตราะบอนเป็นอุตสาหกรรมขนาดเล็กที่ใช้วัตถุดิบทางการเกษตรเป็นสำคัญ ได้แก่ โรงทำขนม โรงทำขนมจีน โรงทำอิฐบล็อกและแวนบ่อ

รายได้เฉลี่ยของประชากรในตำบลเตราะบอนเฉลี่ยต่อคนต่อปี แยกตามหมู่บ้านดังนี้ หมู่ที่ 1 มีรายได้เฉลี่ย 48,156 บาท หมู่ที่ 2 มีรายได้เฉลี่ย 47,123 บาท หมู่ที่ 3 มีรายได้เฉลี่ย 31,952 บาท หมู่ที่ 4 มีรายได้เฉลี่ย 51,291 บาท หมู่ที่ 5 มีรายได้เฉลี่ย 34,453 บาท หมู่ที่ 6 มีรายได้เฉลี่ย 51,086 บาท หมู่ที่ 7 มีรายได้เฉลี่ย 43,231 บาท หมู่ที่ 8 มีรายได้เฉลี่ย 35,233 บาท หมู่ที่ 9 มีรายได้เฉลี่ย 32,034 บาท หมู่ที่ 10 มีรายได้เฉลี่ย 44,000 บาท และหมู่ที่ 11 มีรายได้เฉลี่ย 47,864 บาท

รายได้เฉลี่ยของประชากรในตำบลทุ่งคล้าเฉลี่ยต่อคนต่อปี แยกตามหมู่บ้านดังนี้ หมู่ที่ 1 มีรายได้เฉลี่ย 43,958 บาท หมู่ที่ 2 มีรายได้เฉลี่ย 41,003 บาท หมู่ที่ 3 มีรายได้เฉลี่ย 45,808 บาท หมู่ที่ 4 มีรายได้เฉลี่ย 60,780 บาท และหมู่ที่ 5 มีรายได้เฉลี่ย 36,062 บาท

2.5.5 การศึกษา

โรงเรียนประถมศึกษา 6 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนบ้านกะลาพอ โรงเรียนบ้านสือดิ่ง โรงเรียนบ้านชะเมาสามต้น โรงเรียนบ้านบาโงมุลอง โรงเรียนบ้านทุ่งคล้า และโรงเรียนบ้านพอเหมาะ

โรงเรียนสอนศาสนา 2 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนศาสนอิสลาม และโรงเรียนอิสลามพัฒนาปัญญา

มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 5 แห่ง ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านเตราะบอน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมัสยิดบ้านฮูแตกอแล ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมัสยิดบ้านยามูตีกอ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมัสยิดบ้านตายุลอิสลาม และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมัสยิดบ้านปลุกาตือแร

ที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน จำนวน 13 แห่ง ได้แก่ ที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 2 บ้านกะลุแป ที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 4 บ้านสือดิง ที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 5 บ้านชะเมาสามตัน ที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 6 บ้านบาโงมูลง ที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 8 บ้านกะลาพอดก ที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 9 บ้านกะลุแปเหนือ ที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 10 บ้านลูโ๊ะชะฮูลง ที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 11 บ้านกะลุปี ที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 1 บ้านหัวนา ตำบลทุ่งคล้า ที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 2 บ้านปลุกาตือแร ตำบลทุ่งคล้า ที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 3 บ้านนาหว้า ตำบลทุ่งคล้า ที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 4 บ้านเตราะปลิง ตำบลทุ่งคล้า และที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 5 บ้านพอเหมาะ ตำบลทุ่งคล้า

เทศบาลตำบลเตราะบอนมีศูนย์การเรียนชุมชน จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ ศูนย์เรียนรู้ชุมชนตำบลเตราะบอน ตั้งอยู่ หมู่ที่ 10 บ้านลูโ๊ะชะฮูลง และศูนย์เรียนรู้ชุมชนตำบลทุ่งคล้า ตั้งอยู่ หมู่ที่ 1 บ้านหัวนา ตำบลทุ่งคล้า

เทศบาลตำบลเตราะบอนมีสถาบันและองค์กรทางศาสนาจำนวน 15 แห่ง ได้แก่ มัสยิดเตราะบอน 10 แห่ง มัสยิดทุ่งคล้า 2 แห่ง และวัด 3 แห่ง

เทศบาลตำบลเตราะบอนมีสาธารณสุข 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเตราะบอน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งคล้า

เทศบาลตำบลเตราะบอนมีจุดตรวจความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ จุดตรวจบ้านกะลาพอ จุดตรวจบ้านเตราะปลิง และป้อมยามตำรวจทางหลวง

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุรจิตต์ วุฒิการณ์ พิสิษฐ์ จอมบุญเรือง และไพศาล สรรสรวิสุทธิ์ (2558) ได้ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบางมูลนาก และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบางมูลนาก ได้แก่ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองบางมูลนาก อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร จำนวน 294 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้คือ

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า 1) ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ผู้สูงอายุมีอายุอยู่ระหว่าง 60-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.20 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 39.10 2) ข้อมูลกลุ่มปัจจัยนำในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง 3) ข้อมูลกลุ่มปัจจัยเอื้อในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง 4) ข้อมูลกลุ่มปัจจัยเสริมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง 5) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปร พบว่า ตัวแปรปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรคุณภาพชีวิต ในขณะที่ตัวแปรทั้ง 4 ด้าน คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และตัวแปรต้นซึ่งเป็นปัจจัยทั้ง 4 ด้าน คือ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ร้อยละ 46.60 นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากที่สุด คือ ปัจจัยนำ รองลงมา คือ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ตามลำดับ ส่วนตัวแปรปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

อภิสิทธิ์ สนน้อย ปิยาภรณ์ ศิริภานุมาศ และ สุรัชย์ ปิยานุกูล (2559) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ 2) ศึกษาระดับของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ 3) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ และ 4) สร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยแบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง ระยะที่ 2 สุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุด้วยวิธีแบบหลายขั้นตอน จำนวน 400 คนด้วยแบบสอบถาม และระยะที่ 3 ร่างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ จากข้อมูลในระยะที่ 1 และ 2 ร่วมกับผู้สูงอายุ และผู้ทรงคุณวุฒิจากภาครัฐและเอกชน โดยจัดสนทนากลุ่ม จำนวน 20 คน ผลจากการวิจัยพบว่า 1) สภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ด้านร่างกายและสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุไม่แข็งแรงและมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดัน ด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุมีความอบอุ่น ด้านความเป็นอยู่ดี พบว่า ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่เหมาะสม ด้านความสัมพันธ์กับครอบครัวชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมทำกิจกรรมพอสมควร และด้านสภาพแวดล้อม พบว่า ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีความเหมาะสม 2) ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับสูงมี 2 ด้าน ได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านจิตใจ และระดับปานกลางมี 2 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายและด้านสภาพแวดล้อม 3) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่ ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ และปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง 4) รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัด

บุรีรัมย์ ในส่วนของผู้สูงอายุ ได้แก่ การพัฒนาตนเอง/ช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุและครอบครัว ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุและให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ ส่วนหน่วยงานภาครัฐ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จัดสวัสดิการ กิจกรรมเพื่อสุขภาพ ดูแลความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ อบรมให้ความรู้ จัดสิ่งอำนวยความสะดวก จัดบริการสาธารณะ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในชุมชน

มันโตร์ ดอเลาะ (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดชายแดนภาคใต้กรณีศึกษาในตำบลบาระ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยครอบครัว และปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 289 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นโดยการกำหนดโควตาร้อยละ 50 ของหมู่บ้านทั้งหมด จำนวน 11 หมู่บ้าน ด้วยวิธีการจับฉลาก จากนั้นกำหนดโควตาหมู่บ้านละ ร้อยละ 50 แต่ละหมู่บ้านสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย การเก็บข้อมูลใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQoL-BREF-THAI ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ศาสนา อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การออกกำลังกาย ลักษณะการอยู่กับครอบครัว รายได้ การเป็นสมาชิกกลุ่ม การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา โรคประจำตัว และการนอนหลับที่เพียงพอ ส่วนระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง และข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในเรื่องของการปฏิบัติตนทั้งในด้านของการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันและจัดการความเครียด และการปฏิบัติศาสนกิจที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุตามบริบทของแต่ละพื้นที่

จิรัชยา เคล้าดี และคณะ (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช และ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามจากผู้สูงอายุ จำนวน 400 คน ซึ่งผลการวิจัย พบว่า 1) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับมากในทุกด้าน โดยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ส่วนปัจจัยด้านจิตในมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด และ 2) การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในทุกด้าน ได้แก่ (1) อายุ (2) เพศ (3) สถานภาพ (4) ความมีโรค/อาการป่วย (5) ความสามารถในการอ่านหนังสือ (6) ความสามารถในการเขียนหนังสือ (7) ระดับการศึกษา (8) การเป็นสมาชิกกลุ่มของชุมชน (9) แหล่งที่มาของรายได้ (10) รายได้ (11) ภาระหนี้สิน (12) เงินออม (13) การได้รับเบี้ยยังชีพ และ (14) บุคคลที่ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ด้วย ไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

กฤษฎา พรหมสุวรรณ (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองไม้แก่น อำเภอหนองไม้แก่น จังหวัดฉะเชิงเทรา จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 225 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย และรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ที่ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผลวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง 2) ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคลต่างกัันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพต่างกัน 3) ปัจจัยนำ ได้แก่ ทศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนด้านการมีและการเข้าถึงบริการสุขภาพ และการมีชมรมผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 5) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากเพื่อนและบุคคลในครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

วชิรญาณ จิตต์รุ่งเรือง (2560) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยการอยู่อาศัย และปัจจัยด้านสุขภาพ ในกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จำนวน 92 คน โดยใช้แบบสอบถาม WHOQoL-OLD ที่แปลโดย สิริมา อินประเสริฐ เป็นเครื่องมือ ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางทุกด้าน ยกเว้นด้านการเผชิญหน้าความตายซึ่งมีคุณภาพชีวิตในระดับดี หากเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุในศูนย์ฯ ที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ต่างกัน

พัชราภรณ์ พัฒนะ (2560) การศึกษาคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุทุกคน จำนวน 340 คน ใช้แบบสอบถามและแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย WHOQoL-BREF-THAI วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเพียร์สันและสถิติเชิงอนุมาน T-test และ ANOVA ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงร้อยละ 70.60 มีอายุ 60-69 ปี

สถานภาพสมรส จบการศึกษามัธยมศึกษา มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ผู้สูงอายุร้อยละ 57.60 ระบุว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดี มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.30 เกือบทุกคนเข้าถึงบริการสาธารณสุข ร้อยละ 86.10 เป็นสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุ 1-2 ปี โดยให้เหตุผลในการเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อพบปะ แลกเปลี่ยนพูดคุยกับเพื่อนเป็นหลัก ผู้สูงอายุเกือบครึ่งมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ เดือนละ 2 -3 ครั้ง การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ได้รับแรงสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.50 และระดับดี ร้อยละ 28.50 โดยมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมากที่สุด รองลงมาคือด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคมตามลำดับ สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวม คือ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการพักอาศัย การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง จำนวนโรคเรื้อรัง ระดับการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือด้านการเงินเมื่อเจ็บป่วย การเดินทาง ข่าวสารความรู้ ผู้ที่มีส่วนในการตัดสินใจเมื่อมีปัญหาไม่สบายใจหรือกลุ่มใจ และการปลอดภัยเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ สูญเสีย ท้อแท้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรทิพย์ ท้าววัฒน์ (2561) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพตามนโยบายของรัฐบาลในเขตเทศบาลเมืองชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ โดยศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพตามนโยบายของรัฐบาล เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพตามนโยบายของรัฐบาลโดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งจัดเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 316 คน ด้วยแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า 1) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพตามนโยบายของรัฐบาลในเขตเทศบาลเมืองชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านสภาวะจิตใจ 2) ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุที่มี เพศ อายุ สถานภาพสมรสและลักษณะการอยู่อาศัยที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพตามนโยบายของรัฐบาลในเขตเทศบาลเมืองชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ โดยภาพรวมไม่แตกต่างกัน และ 3) ปัญหาและอุปสรรคของผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาด้านสุขภาพเสื่อม ไม่ได้รับความอบอุ่นจากลูกหลานอย่างเพียงพอ และความพอเพียง รวมถึงความเหมาะสมด้านจำนวนเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุที่ยังรู้สึกว่ามีเพียงพอ

วาสนา หลวงพิทักษ์ และจิตติมา ดวงแก้ว (2562) มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์และอำนาจทำนายระหว่างปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสุพรรณ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุจำนวน 120 คนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดปัตตานี เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วยข้อมูลโดยใช้สถิติ

พรรณนา สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ และวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุนิต Enter และพบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง รายได้ การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

สมชาย เพชรรัตน์ (2562) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี โดยศึกษาเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จำนวน 380 คน พบว่า 1) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านร่างกาย และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านจิตใจ 2) ผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ รายได้ต่อเดือน แหล่งรายได้ปัจจุบัน จำนวนสมาชิกในครอบครัว และสิทธิในบ้านพักอาศัยต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน และ 3) การจัดสวัสดิการผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ในภาพรวมด้านสุขภาพอนามัย ด้านรายได้ ด้านบริการสังคม และด้านนันทนาการ มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

สุภาภรณ์ ทันธธัตต์ สุธรรม นันทมงคลชัย โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์ พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ และศุภชัย ปิติกุลตั้ง (2562) ได้ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีอิทธิพลและทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพทำสวนผลไม้ในจังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ยังประกอบอาชีพทำสวนผลไม้ จำนวน 354 คน ซึ่งสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ และศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สถิติไคสแควร์ สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพทำสวนผลไม้ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 55.10 และคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 44.9 ปัจจัยที่มีอิทธิพลและทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพทำสวนผลไม้ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพกาย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($p < .05$) โดยสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพทำสวนผลไม้ได้ ร้อยละ 39.20 ส่วนวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพทำสวนผลไม้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพกายที่ดี สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการทำสวนได้ มีความพึงพอใจในอาชีพทำสวน และประเมินตนเองว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมดูแลผู้สูงอายุควรมุ่งเน้นการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกายที่ดี การสร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และการสนับสนุนให้มีสถานบริการสุขภาพที่เข้าถึงได้สะดวก เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

จิรนนท์ ปุริมาตย์ และคณะ (2562) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดจันทบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลัก คือ บุตรหลานหรือญาติ อายุ 18-59 ปี จำนวน 334 คน และเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแควร์ และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมในระดับดี ร้อยละ 63.50 ปัจจัยที่มีอิทธิพลและทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การได้รับการสนับสนุนทางสังคม รายได้ ทศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล และสถานภาพสมรส ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิการทางสังคมในจังหวัดจันทบุรี ควรส่งเสริมการสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีรายได้ที่เพียงพอ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ดีขึ้น

ศรีเมือง พลังฤทธิ์ นติมา ตีเยาว์ และวดี วงศ์ประดิษฐ์ (2563) ได้ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครรังสิต ตำบลประชาธิปัตย์ อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี โดยการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อสะท้อนข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครรังสิต กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ จำนวน 828 คน และต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) พัง พุด สื่อสารภาษาไทยได้ 3) พักอาศัยอยู่ในตำบลประชาธิปัตย์ อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี 4) ได้รับเบี้ยยังชีพจากเทศบาลนครรังสิต 5) ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านสุขภาพจิต รองลงมาเป็นด้านพลังงาน/มีชีวิตชีวา ส่วนด้านการทำงานของร่างกาย และด้านการปวดตามร่างกาย มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละ 50 ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและดี ร้อยละ 49.60 และ 48.80 ตามลำดับ ส่วนผู้ที่มีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดีมีเพียงร้อยละ 1.80 เท่านั้น

อรณิชรุ้ แสงทองสุข (2563) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี วัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และ 2) เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุสัญชาติไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี จำนวน 384 คน และเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้าน

สภาพร่างกายที่ดี และด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ส่วนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง การรวมกลุ่มทางสังคม และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

เพชรธยา แป้นวงษา ไพฑูรย์ สอนทน และ กมล อยู่สุข (2563) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดเพชรบูรณ์ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 968 คน ด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับสูง การมีสัมพันธภาพกับชุมชนระดับสูง สถานภาพหม้าย หย่า แยก การมีโรคประจำตัวเรื้อรัง การเป็นสมาชิกกลุ่มชมรม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างอิสระ และการมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ หน่วยงานและชุมชนควรจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น บุคลากรสาธารณสุขควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้า และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อป้องกันและช่วยเหลือผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

พทุมวรรณ กาลปัก และวรัชยา ศิริวัฒน์ (2563) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และเพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้เกี่ยวข้องในการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ พบว่า สวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คือ ด้านการประกอบอาชีพ ส่วนผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ จำนวนบุตร ที่แตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครแตกต่างกัน ยกเว้น ลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย

นัสมล บุตรวิเศษ และอุปรีษฐา อินทรสาด (2563) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และสร้างสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้ง 21 ตำบล ในเขตอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 394 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ระดับคุณภาพชีวิตรายด้าน อยู่ในระดับสูงทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทาง

สังคม และด้านสภาพแวดล้อม และปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ความแข็งแรงของร่างกาย การมีสมาธิในการทำงาน ความพึงพอใจที่ได้ผูกมิตรกับคนอื่น และชีวิตความเป็นอยู่ในภาพรวม ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตด้าน ร่างกาย ด้านจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม ตามลำดับ

อัญรัช สาริกัลยะ (2564) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร โดยจำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพ โดยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร จำนวน 26,072 คน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 393 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยใช้ทฤษฎีความน่าจะเป็น ด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัย พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยสูงสุดซึ่งอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดตามลำดับ แต่ก็ยังอยู่ในระดับมาก

วิเชียร เขียวเข้ม (ม.ป.ป.) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิต การสร้างความสุขต่อตนเองและต่อส่วนรวมของบุคลากรในสถานการณ์โควิด-19 โรงพยาบาลปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยจุดประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต การสร้างความสุขต่อตนเองและส่วนรวมของบุคลากรโรงพยาบาลปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคัดเลือกแบบกำหนดโควตา จากสายงานบริการและสายงานสนับสนุน ตามสัดส่วนประชากร ได้กลุ่มตัวอย่าง 103 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI) ฉบับย่อ 26 ข้อ และแบบสอบถามปลายเปิด ความรู้สึก การสร้างความสุขต่อตนเองและส่วนรวมในสถานการณ์โควิด-19 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.19 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตระดับดีด้านจิตใจ มีค่ามากที่สุด ร้อยละ 55.34 รองลงมาคือ ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม ร้อยละ 40.20 ความรู้สึกต่อสถานการณ์โควิด-19 พบมากที่สุด คือ ความกังวล กลัว เหนื่อย การสร้างความสุขให้ตนเอง ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ดูแลสุขภาพกายให้แข็งแรง ส่งเสริม สุขภาพจิตใจให้เข้มแข็ง ออกกำลังกาย ป้องกันตัวเอง ฟังเพลง ให้กำลังใจตัวเอง ให้ความรักกับครอบครัว การสร้างความสุขต่อส่วนรวม โดยสนับสนุนกิจกรรมขององค์กร ปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ให้กำลังใจเพื่อน ร่วมงาน การสนับสนุนขององค์กรในการปฏิบัติงาน

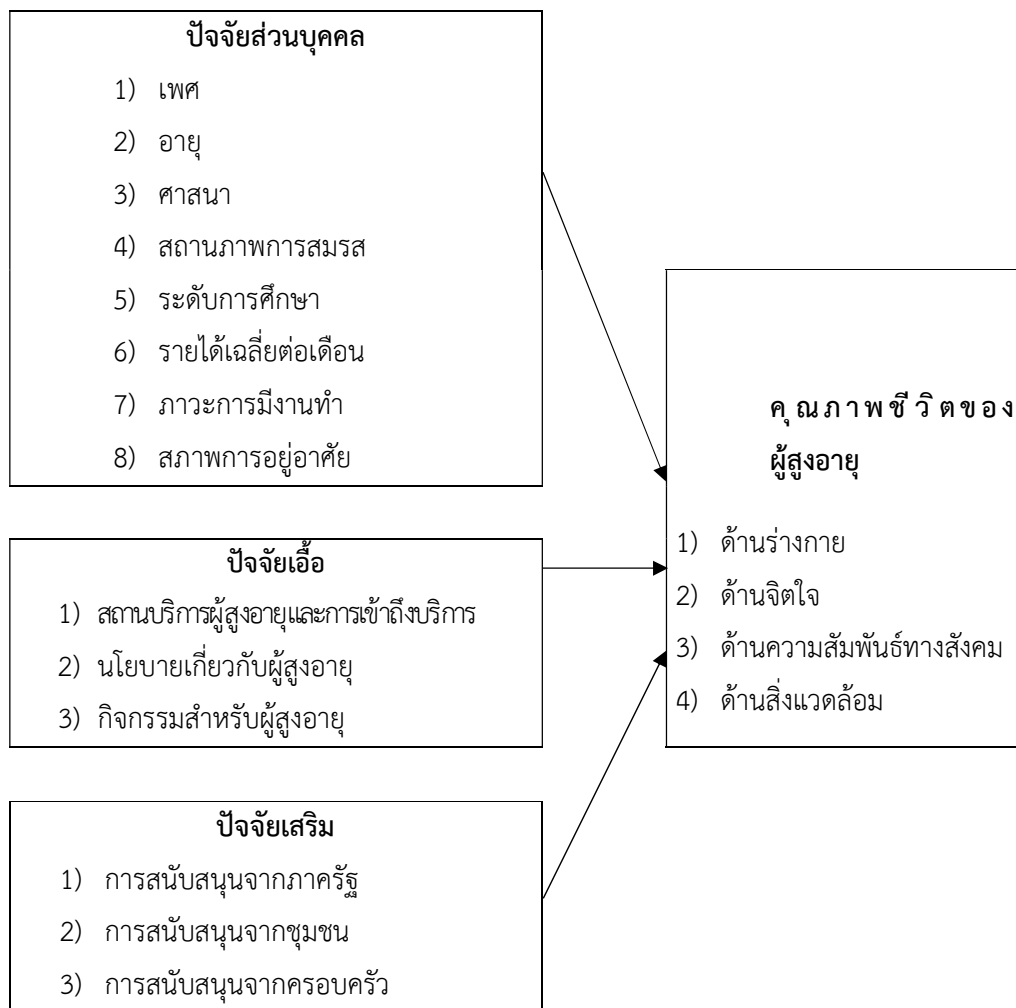
กล่าวโดยสรุป จากการทบทวนงานวิจัยที่เผยแพร่มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558–2564 ผู้วิจัยหลายท่าน ได้แก่ สุรจิตต์ วุฒิการณ์ และคณะ (2558) จิรัชยา เคล้าดี และคณะ (2560) สมชาย เพชรรัตน์ (2562) สุภาภรณ์ ทันธธัตต์ และคณะ (2562) ปทุมวรรณ กาลปัก และวิรัชยา ศิริวัฒน์ (2563) และเพชรธยา แป้นวงษา และคณะ (2563) และวิเชียร เขียวเข้ม (ม.ป.ป.) นิยมนำการวัดระดับคุณภาพชีวิตของ WHOQoL-BREF-THAI มาใช้วัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมีหลากหลาย เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล สวัสดิการสังคม ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยการอยู่อาศัย และปัจจัยด้านสุขภาพ ฯลฯ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยสนใจปัจจัยตามแนวคิดของ PRECEDE Framework ซึ่งมีผู้วิจัยหลายท่านเคยมีการศึกษาถึงผลกระทบของปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ สุรจิตต์ วุฒิการณ์ และคณะ (2558) กฤษดา พรหมสุวรรณ (2560) พัชรภรณ์ พัฒนะ (2560) จิรนนท์ ปุริมาตย์ สุธรรม นันทมงคลชัย โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์ ศุภชัย ปิติกุลตั้ง และกรวรรณ ยอดไม้ (2562) และสุภาภรณ์ ทันธธัตต์ และคณะ (2562)

1.8 2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังนั้น วิจัยฉบับนี้ ประกอบไปด้วยตัวแปรต้น 3 ตัว ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ตามแนวทางของ PRECEDE Framework และตัวแปรตาม 1 ตัว ได้แก่ คุณภาพชีวิตของ WHOQoL-BREF-THAI ดังปรากฏในรูป

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) โดยใช้แบบแผนการออกแบบการวิจัยเป็นลำดับ (Sequential Designs) ซึ่งเป็นรูปแบบเชิงอธิบายเป็นลำดับ (Sequential Explanatory) กล่าวคือ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 เป็นการดำเนินการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือการวิจัย

ระยะที่ 2 เป็นการดำเนินการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์เชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นเครื่องมือในการวิจัย เพื่อใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพในการส่งเสริมและสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณ

3.1 การวิจัยเชิงปริมาณ

3.1.1 ประชากร กลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่าง

3.1.1.1 ประชากร

กลุ่มตัวอย่างประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 60–69 ปี และผู้สูงอายุวัยกลาง อายุ 70–79 ปี ที่ได้ขึ้นทะเบียนและรับเงินสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลเตราะบอน และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี จำนวน 1,111 คน (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น, 2564)

3.1.1.2 กลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยเลือกใช้สูตรคำนวณประชากรกลุ่มตัวอย่างของ Taro Yamane โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และได้ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) แบ่งสัดส่วนตามจำนวนประชากรแต่ละหมู่บ้านเพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งในการคำนวณหากกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนดังนี้

1) หาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (ความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05) ดังสมการด้านล่างนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

เมื่อ n หมายถึง จำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่าง

N หมายถึง จำนวนประชากรทั้งหมด

e หมายถึง ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ระดับ .05

$$\text{แทนค่า } n = \frac{1,111}{1+1,111(0.05)^2}$$

$$n = \frac{1,111}{1+2.7775}$$

$$\approx 294.1098$$

จึงประมาณขนาดประชากรกลุ่มตัวอย่างที่จำนวน 295 คน

2) กำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจะใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) เนื่องจากเป็นวิธีการสุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีจำนวนมาก และมีความแตกต่างของคุณลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา ฯลฯ เมื่อได้จำนวนสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละชุมชนแล้วนั้น จะนำกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาสุ่มแบบวิธีเฉพาะเจาะจงอีกครั้งจากประชาชนในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี จากนั้นในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จะได้สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างดังตาราง 1

$$\text{จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่มชั้น} = \frac{\text{จำนวนตัวอย่างทั้งหมด} \times \text{จำนวนประชากรในแต่ละกลุ่มชั้น}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}$$

ตาราง 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามหมู่บ้าน

ลำดับ	หมู่บ้าน	จำนวนประชากร		จำนวนตัวอย่างที่ใช้	
		ตามเกณฑ์อายุ (คน)		ตามเกณฑ์อายุ (คน)	
		60 – 69 ปี	70 – 79 ปี	60 – 69 ปี	70 – 79 ปี
1	หมู่ที่ 1 บ้านตรวจน้ำ	70	70	19	18
2	หมู่ที่ 2 บ้านกะลุแป	60	21	16	5
3	หมู่ที่ 3 บ้านฮูแตกอแล	35	23	9	6
4	หมู่ที่ 4 บ้านสือดง	44	21	12	5
5	หมู่ที่ 5 บ้านชะเมาสามต้น	39	25	10	7
6	หมู่ที่ 6 บ้านบาโงมลง	35	15	9	4
7	หมู่ที่ 7 บ้านกะลาพอ	57	39	15	11
8	หมู่ที่ 8 บ้านกะลาพอดก	39	30	10	8
9	หมู่ที่ 9 บ้านกะลุแปเหนือ	45	30	12	8
10	หมู่ที่ 10 บ้านลูโ๊ะชะงูลง	30	18	8	5
11	หมู่ที่ 11 บ้านกะลุปี	59	43	16	11
12	หมู่ที่ 1 บ้านทุ่งคล้า	50	31	14	8
13	หมู่ที่ 2 บ้านบลูกาตือแร	22	10	6	3
14	หมู่ที่ 3 บ้านนาหว่า	34	27	9	7
15	หมู่ที่ 4 บ้านเตราะปลิง	24	25	6	7
16	หมู่ที่ 5 บ้านพอเหมาะ	29	11	8	3
รวม		672	439	179	116

ทั้งนี้ จำนวนกลุ่มตัวอย่างปรับจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 1,111 คน ซึ่งได้มาจากระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบ็ยยังชีพ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ข้อมูล ณ วันที่ 30 กรกฎาคม 2564

3.1.2 แบบแผนการวิจัย

1) ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยการออกแบบสอบถาม เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสาบบุรี จังหวัดปัตตานี

2) ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารวิชาการต่าง ๆ อาทิ เอกสารงานวิจัย วิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ และบทความทางวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3.1.3 เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้กำหนดเป็นแบบสอบถาม เพื่อใช้ในการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดจากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบบสอบถามจะแบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งตัวแบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ภาวะการมีงานทำ และสภาพการอยู่อาศัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ พัฒนามาจากแบบสอบถามของ กฤษฎา พรหมสุวรรณ (2560) มีจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ สถานบริการผู้สูงอายุและการเข้าถึงบริการ นโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งตัวแบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยกำหนดค่าคะแนน 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 1 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

คะแนน 2 หมายถึง ระดับน้อย

คะแนน 3 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนน 4 หมายถึง ระดับมาก

คะแนน 5 หมายถึง ระดับมากที่สุด

สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนโดยการคำนวณและการหาค่าเฉลี่ยคะแนนรวมทั้งหมด แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง ระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ การสนับสนุนจากชุมชน และการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามของ กฤษฎา พรหมสุวรรณ (2560) ซึ่งตัวแบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยกำหนดค่าคะแนน 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 1 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

คะแนน 2 หมายถึง ระดับน้อย

คะแนน 3 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนน 4 หมายถึง ระดับมาก

คะแนน 5 หมายถึง ระดับมากที่สุด

สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนโดยการคำนวณและการหาค่าเฉลี่ยคะแนนรวมทั้งหมด แบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง ระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามโดยใช้ World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQoL- BREF) Module ซึ่งพัฒนาแบบสอบถามของ WHOQoL-BREF-THAI ของกรมสุขภาพจิต (2545) จำนวน 26 ข้อ ให้เหลือเพียง 20 ข้อ และเปลี่ยนแปลงคำถามเชิงลบให้เป็นเชิงบวก เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจง่ายขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived Objective) และอัตวิสัย (Self-Report Subjective) คำถามมีจำนวน 20 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยด้านละ 5 ข้อ ตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งตัวแบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาตามความคิดเห็นที่มีต่อคุณภาพชีวิต โดยกำหนดค่าน้ำหนักของคะแนน 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 1 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

คะแนน 2 หมายถึง ระดับน้อย

คะแนน 3 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนน 4 หมายถึง ระดับมาก

คะแนน 5 หมายถึง ระดับมากที่สุด

สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการคำนวณและการหาค่าเฉลี่ยคะแนนรวมทั้งหมด แบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง ระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

3.1.4 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือในการวิจัยและการหาคุณภาพเครื่องมือ โดยมีแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยจากเอกสาร บทความ วารสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีโครงสร้างและเนื้อหาสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือการวิจัยซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้คือแบบสอบถาม

2) สร้างเครื่องมือให้ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการวัดเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3) เมื่อดำเนินการร่างแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว นำแบบร่างดังกล่าวไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาความถูกต้องและเหมาะสมตามหลักวิชา จากนั้นปรับแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

4) ทดสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาและตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ให้เกิดความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC)

5) การหาค่าความเชื่อมั่นโดยการทำ Try Out ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น และผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ไปทำการทดสอบก่อนการปฏิบัติการจริง โดยการไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 ชุด จากนั้นนำข้อมูลมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ในการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Coefficient of Alpha) ซึ่งค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปจะต้องมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป

6) นำแบบสอบถามที่ทดลองใช้แล้วมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ แล้วนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจริงในการวิจัยต่อไป

3.1.5 การทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ทำการทดสอบดังนี้

1) การหาความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยจากเอกสาร บทความ วารสารที่เกี่ยวข้อง เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจพิจารณาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง จากนั้นจึงนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของข้อคำถามแต่ละข้อจากแบบสอบถาม เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 1 คะแนน	หมายถึงแน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องกับตัวแปรและวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา
คะแนน 0 คะแนน	หมายถึงไม่แน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องกับตัวแปรและวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา
คะแนน -1 คะแนน	หมายถึงข้อคำถามไม่สอดคล้องกับตัวแปรและวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา

จากนั้นนำผลคะแนนที่ได้จากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน มารวบรวมคะแนนที่ได้ทั้งหมด จากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (Item-Objective Congruence Index: IOC) โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องต้องอยู่ระหว่าง 0.60-1.00 (เกียรติสุตา ศรีสุข, 2552) จึงสามารถนำแบบสอบถามมาใช้ได้ สำหรับหลักเกณฑ์ในการพิจารณาค่า IOC มีดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

$\sum R$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนจากผู้เชี่ยวชาญทุกคน

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ทั้งนี้ ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.60-1.00 จะถือว่ามีความเที่ยงตรง สามารถนำไปใช้ได้ แต่หากข้อคำถามใดที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.60 ผู้วิจัยจะต้องปรับข้อคำถามใหม่ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์เพื่อเก็บข้อมูลภาคสนาม ทั้งนี้งานวิจัยฉบับนี้มีค่า IOC เท่ากับ 1

2) การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) คือ การทดสอบความน่าเชื่อถือได้ของเครื่องมือ ซึ่งผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบแล้วไปทดลอง (Try Out) กับประชากรที่จะทำการศึกษาวิจัย โดยทดลองกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นประชาชนในเขตรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ในจังหวัดปัตตานี คือ ประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลปายามูมิ่ง อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี จำนวน 30 ตัวอย่าง โดยวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยวิธีของคอนบาร์ชเพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) แล้วแปลความหมาย ดังนี้

การแปลความหมายระดับความเที่ยง

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) น้อยกว่า หรือ เท่ากับ .5 ไม่สามารถรับได้

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) มากกว่า .5 ต่ำ

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) มากกว่า .6 ค่อนข้างพอใช้

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) มากกว่า .7 พอใช้

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) มากกว่า .8 ดี

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) มากกว่า .9 ดีมาก

ค่าความเชื่อมั่นจะต้องมีค่ามากกว่า 0.70 (เกียรติสุดา ศรีสุข, 2552) แบบสอบถาม จึงจะมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ โดยในการทดสอบครั้งนี้ค่าความเชื่อมั่น มีค่าเท่ากับ 0.89 ซึ่งถือว่ายอมรับได้

3.1.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมีวิธีการดังต่อไปนี้

1) ทำหนังสือแนะนำตัวผู้วิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยติดต่อประสานงานกับผู้นำชุมชนทั้ง 16 หมู่บ้าน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย

2) ลงพื้นที่เก็บข้อมูลโดยแจกแบบสอบถาม จำนวน 295 ชุด แยกแต่ละหมู่บ้าน ตามที่ได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างไว้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือมากที่สุด

3) ผู้วิจัยรับแบบสอบถามคืน เพื่อตรวจความสมบูรณ์ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และสรุปผลการวิเคราะห์ตามขั้นตอนการวิจัย

3.1.7 การวิเคราะห์ข้อมูล และวิธีการทางสถิติต่าง ๆ ที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ SPSS ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี โดยใช้สถิติ ความถี่ (Distribution) ค่าเฉลี่ย (Mean) และร้อยละ (Percentage)

2. วิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี โดยใช้สถิติ T-test และการ

วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance) หากพบว่ามีความสำคัญทางสถิติจะทดสอบรายคู่ด้วยวิธี LSD ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หรือระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

4. วิเคราะห์ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโดยนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter Multiple Regression Analysis) เพื่อหาว่าปัจจัยต้นตัวใดที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หรือระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

3.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

3.2.1 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 10 คน คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ซึ่งคัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยได้เป็นอย่างดี มีการศึกษาไม่ต่ำกว่าประถมศึกษา เนื่องจากกลุ่มประชากรในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ส่วนใหญ่ใช้ภาษาถิ่นในการสื่อสาร ทั้งนี้ เพื่อป้องกันการสื่อสารที่คลาดเคลื่อน

3.2.2 เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง ซึ่งพัฒนาแบบสัมภาษณ์จำนวน 9 ข้อ เพื่อขยายความและได้ข้อมูลสนับสนุนผลการวิจัยเชิงปริมาณในระยะที่ 1 ซึ่งครอบคลุมข้อมูลระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ก่อนสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 2019 และระหว่างการเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 2019 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี และแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี

3.2.3 ขั้นตอนการจัดทำแบบสัมภาษณ์

- 1) นำผลสรุปจากการวิจัยเชิงปริมาณในระยะที่ 1 มาเป็นแนวทางในการร่างโครงสร้างแบบสัมภาษณ์
- 2) สร้างแบบสัมภาษณ์ที่ได้จากประเด็นที่ได้จากการวิจัยเชิงปริมาณในระยะที่ 1

3) กำหนดแนวทางการให้น้ำหนักคะแนนการประเมินผล เพื่อการรายงานผลการสัมภาษณ์ โดยกำหนดให้ผู้ที่มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ถือว่าเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้

4) สร้างเครื่องมือให้ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการวัดเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

5) เมื่อดำเนินการร่างแบบสัมภาษณ์เสร็จเรียบร้อยแล้ว นำแบบร่างดังกล่าวไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาความถูกต้องและเหมาะสมตามหลักวิชาการ จากนั้นปรับแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

6) ทดสอบความเที่ยงตรงของแบบสัมภาษณ์ โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นมาให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาและตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ให้เกิดความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) ใช้เกณฑ์การประเมิน 3 คะแนน ได้แก่

คะแนน 1 คะแนน	หมายถึงแน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องกับตัวแปรและวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา
คะแนน 0 คะแนน	หมายถึงไม่แน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องกับตัวแปรและวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา
คะแนน -1 คะแนน	หมายถึงข้อคำถามไม่สอดคล้องกับตัวแปรและวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา

จากนั้นนำผลคะแนนที่ได้จากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน มารวบรวมคะแนนที่ได้ทั้งหมด แล้วนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (Item-Objective Congruence Index: IOC) โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องต้องอยู่ระหว่าง 0.60 -1.000 (เกียรติสุธา ศรีสุข, 2552) จึงสามารถนำแบบสอบถามมาใช้ได้ โดยในการทดสอบครั้งนี้มีค่า IOC เท่ากับ 1

7) นำแบบสัมภาษณ์มาแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

8) นำแบบสัมภาษณ์ไปใช้ในการเก็บข้อมูลต่อไป

3.2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง มีดังนี้

1) กำหนดขอบเขตและประเด็นคำถามด้วยการยึดตามวัตถุประสงค์ และตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ที่จะสัมภาษณ์ พร้อมทั้งยืนยันวัน เวลา สถานที่ ก่อนการสัมภาษณ์

2) แจ้งกำหนดการให้กับผู้ให้ข้อมูลทราบล่วงหน้า

- 3) เข้าสู่สถานที่นัดหมาย แนะนำตนเอง เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีก่อนเริ่มต้นสัมภาษณ์
- 4) แจ้งวัตถุประสงค์ประสงค์ในการสัมภาษณ์ และการเก็บความลับของข้อมูล พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกการสัมภาษณ์และเจาะลึกในประเด็นที่จะสัมภาษณ์
- 5) เริ่มต้นการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นในประเด็นที่สัมภาษณ์
- 6) ปิดการสนทนาพร้อมทั้งสรุปความเห็นและสอบถามประเด็นที่อยากจะทราบเพิ่มเติมเพื่อรับความคิดเห็นเพิ่มเติมจากผู้ให้ข้อมูล
- 7) เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ กล่าวขอบคุณสำหรับการให้ข้อมูล

3.2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยวิธีการการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) บรรยายเนื้อหาของข้อความหรือเอกสารโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณอย่างเป็นระบบ และเน้นความเป็นวัตถุวิสัย (Objectivity) อิงกรอบทฤษฎี ตามขั้นตอนดังนี้

3.2.5.1 วางเค้าโครงของข้อมูล โดยการทำรายชื่อหรือข้อความที่จะถูกนำมาวิเคราะห์แล้วแบ่งไว้เป็นประเภท (Categories)

3.2.5.2 การกำหนดรหัสของข้อมูล (Coding) นั้น เพื่อเป็นการจัดระเบียบทางเนื้อหาที่เป็นการจัดข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่หรือเป็นประเภทตามข้อมูลที่เก็บรวบรวมมา ซึ่งเป็นการทำข้อมูลแบบอุปนัย (Inductive Coding) คือการกำหนดรหัสข้อมูลหลังจากการเก็บข้อมูล โดยพิจารณาว่าเป็นเรื่องเกี่ยวกับอะไร หลังจากนั้นก็กำหนดคำหลัก ซึ่งอาจเป็นวลีหรือข้อความที่มีความหมาย

3.2.5.3 สรุปเชื่อมโยงดัชนีคำหลักเข้าด้วยกันเป็นประโยคข้อความที่มีความสัมพันธ์กัน ให้เหลือแค่ประเด็นหลัก ๆ

3.2.5.4 การประมวลและสรุปข้อเท็จจริง เป็นการเชื่อมโยงหลักการ แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ค้นพบ วิเคราะห์เนื้อหา ตามเนื้อหาที่ปรากฏ (Manifest Content) ในเอกสารมากกว่ากระทำกับเนื้อหาที่ซ่อนอยู่ (Latent Content)

3.2.5.5 วัดความถี่ของข้อมูลของคำหรือข้อความในเอกสารเป็นการวัดความถี่ของคำหรือข้อความที่ปรากฏอยู่ แต่ไม่ตีความคำหรือข้อความเหล่านั้น การตีความจะทำเฉพาะตอนที่สรุปเท่านั้น

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 2019 เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยเสนอผลการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

4.2 ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ก่อนสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 2019 และระหว่างการเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 2019

4.3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

4.4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี

4.5 ข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

4.1.1 ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

รายการ	ความถี่	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	177	60.00
ชาย	118	40.00
อายุ		
60-64 ปี	105	35.60
65-69 ปี	74	25.10
70-74 ปี	70	23.70
75-79 ปี	46	15.60

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ (ต่อ)

รายการ	ความถี่	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	79	26.80
อิสลาม	216	73.20
สถานภาพการสมรส		
โสด	14	4.70
สมรส	174	59.00
อื่น ๆ	107	36.30
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	106	35.90
ประถมศึกษา	145	49.20
มัธยมศึกษาตอนต้น	20	6.80
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	14	4.70
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส..	10	3.40
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่เกิน 5,000 บาท	206	69.80
5,001-7,500 บาท	74	25.10
มากกว่า 7,500 บาท	15	5.10
ภาวะการมีงานทำ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	105	35.60
ประกอบอาชีพ	190	64.40
สภาพการอยู่อาศัย		
อาศัยเพียงลำพัง	24	8.10
อาศัยกับลูกหลาน/เครือญาติ	271	91.90
รวม	295	100.00

จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 295 คน พบว่า เป็นเพศหญิง จำนวน 177 คน คิดเป็น ร้อยละ 60 และเป็นเพศชาย จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 40

มีอายุอยู่ระหว่าง 60-64 ปี จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 35 อายุอยู่ระหว่าง 65-69 ปี จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 25.10 อายุอยู่ระหว่าง 70-74 มีจำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 23.70 และอายุอยู่ระหว่าง 75-79 ปี จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 15.60

ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม จำนวน 216 คน คิดเป็นร้อยละ 73.22 และนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 26.78

มีสถานภาพสมรส จำนวน 174 คน คิดเป็นร้อยละ 59 สถานภาพอื่น ๆ เช่น หย่าร้าง แยกกันอยู่ จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 36.30 และสถานภาพโสด จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 4.70

ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 49.20 ระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษา จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 35.90 ส่วนผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. รวมกันมีจำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 14.90

มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท จำนวน 206 คน คิดเป็นร้อยละ 69.80 มีรายได้ระหว่าง 5,001-7,500 บาท จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 25.10 และมีรายได้มากกว่า 7,500 บาท จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 5.10

มีภาวะการมีงานทำเป็นประกอบอาชีพ จำนวน 190 คน คิดเป็นร้อยละ 64.40 ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะการมีงานทำไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 35.60

ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับลูกหลาน/เครือญาติ จำนวน 271 คน คิดเป็นร้อยละ 91.90 ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพัง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 8.10

4.1.2 ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

ผู้สูงอายุที่ให้สัมภาษณ์เป็นทั้งผู้หญิงและผู้ชายร้อยละ 50 เท่า ๆ กัน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 06-64 ปี และ 70-74 ปี ร้อยละ 33.33 เท่า ๆ กัน มีสถานะภาพสมสร้อยละ 80 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 60 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 50 ยังคงประกอบอาชีพ ร้อยละ 80 ซึ่งร้อยละ 50 มีอาชีพเป็นเกษตรกร และนอกจากนี้ก็มีอาชีพค้าขาย และผู้นำศาสนา มีโรคประจำตัวร้อยละ 60 ได้แก่ ความดัน เบาหวาน เก๊าท์ กระเพาะ และต่อมลูกหมากโต ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันและเบาหวาน ร้อยละ 40 อาศัยกับครอบครัว ร้อยละ 90 มีบทบาทในชุมชนเป็นสมาชิกของชุมชน ร้อยละ 33.33

4.2 ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ก่อนสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 2019 และระหว่างการเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 2019

4.2.1 ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ

จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 295 คน เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงก่อนและขณะเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ปรากฏผลดังตาราง 3 -16 ดังนี้

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งก่อนและขณะเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ช่วงเวลา	\bar{X}	S.D.
ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมก่อนโควิด	4.14	.501
ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมขณะเกิดโควิด	3.58	.606

ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมทั้งก่อนและระหว่างการเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยภาพรวมก่อนเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 อยู่ที่ 4.14 อยู่ในเกณฑ์ระดับมาก และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยภาพรวมขณะเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 อยู่ที่ 3.58 อยู่ในเกณฑ์ระดับมากเช่นเดียวกัน แต่ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยภาพรวมในขณะเกิดการแพร่ระบาดของโควิด-19 ก็มีค่าลดลงมา 0.56 เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยภาพรวมก่อนเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีระดับคุณภาพชีวิตในระดับต่าง ๆ ทั้งก่อนและขณะเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ระดับคุณภาพชีวิต	ก่อนการระบาดของโรคโควิด-19		ขณะเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19	
	จำนวนผู้สูงอายุ	ร้อยละ	จำนวนผู้สูงอายุ	ร้อยละ
น้อยที่สุด	0	0.00	0	0.00
น้อย	3	1.01	19	6.42
ปานกลาง	22	7.43	108	36.49
มาก	122	41.22	120	40.54
มากที่สุด	148	50.00	48	16.22

จากตาราง 4 พบว่า ช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.17 รองลงมาคือคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 41.36 และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 7.46 ส่วนคุณภาพชีวิตในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 1.02 แต่ขณะที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอนลดลง โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 40.68 และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 36.61 ส่วนผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.27 และผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 6.44 ทั้งนี้ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างมาก คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตในระดับมากที่สุด ซึ่งมีจำนวนลดลงจาก 148 คน เหลือเพียง 48 คน โดยจำนวนที่ลดลงคิดเป็นร้อยละ 67.57 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก 22 คน เป็น 108 คน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 490.90 และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตในระดับน้อย ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก 3 คน เป็น 19 คน โดยจำนวนที่เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 633.33 ส่วนกลุ่มประชากรที่มีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุดคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตระดับมากที่สุดซึ่งลดลงเพียง 2 คนเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 1.64

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ในช่วงก่อนสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

คุณภาพชีวิต	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ด้านร่างกาย	3.97	.621	มาก
2. ด้านจิตใจ	4.18	.654	มาก
3. ด้านสังคม	4.18	.605	มาก
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	4.22	.632	มากที่สุด
รวม	4.14	.628	มาก

ตาราง 5 แสดงผลระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน ในช่วงก่อนสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมากและมากที่สุด โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงที่สุด ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเท่ากับ 4.22 อยู่ในระดับมากที่สุด ในขณะที่ด้านที่มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในลำดับรองลงมา ได้แก่ ด้านจิตใจและด้านสังคม มีค่าเท่ากันโดยมีค่าเท่ากับ 4.18 ซึ่งอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด มีค่าเท่ากับ 3.97 อยู่ในระดับมากเช่นกัน

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ในขณะเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

คุณภาพชีวิต	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ด้านสังคม	3.64	.783	มาก
2. ด้านสิ่งแวดล้อม	3.62	.794	มาก
3. ด้านจิตใจ	3.59	.794	มาก
4. ด้านร่างกาย	3.46	.660	มาก
รวม	3.58	.605	มาก

ตาราง 6 แสดงผลระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน ขณะเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงที่สุด ได้แก่ ด้านสังคม มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 3.64 รองลงมาคือด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 3.62 ด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 3.59 และด้านร่างกาย มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตน้อยที่สุดเท่ากับ 3.46 ตามลำดับ

การเปรียบเทียบตาราง 5 และตาราง 6 พบว่า ในขณะที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน มีค่าลดลงทุกด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตลดลงมากที่สุดคือ ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.22$) แต่ในขณะที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตลดลงมาอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.62$) ซึ่งมีค่าลดลง 0.60 หรือลดลงร้อยละ 14.22 รองลงมาคือ ด้านจิตใจ ซึ่งมีค่าลดลง 0.59 หรือลดลงร้อยละ 14.11 ด้านสังคม มีค่าลดลง 0.54 หรือลดลงร้อยละ 12.92 และด้านร่างกาย มีค่าลดลง 0.51 หรือลดลงร้อยละ 12.85 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม แม้การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จะทำให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะลดลง แต่ก็ยังอยู่ในระดับมาก

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายแยกตามรายข้อในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา สูบบุหรี่ ฯลฯ ได้	4.31	1.129	มากที่สุด
2. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง	4.19	.922	มาก
3. การนอนหลับพักผ่อนได้ดี	4.16	.809	มาก
4. ความพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้	3.96	.945	มาก
5. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ	3.26	1.221	ปานกลาง
รวม	3.98		มาก

ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 3.98 อยู่ในระดับมาก แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านการหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา สูบบุหรี่ ฯลฯ ได้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.31 อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองมีค่าเฉลี่ยเป็นอันดับที่ 2 เท่ากับ 4.19 และด้านการนอนหลับพักผ่อนได้ดีมีค่าเฉลี่ยเป็นอันดับ 3 เท่ากับ 4.16 อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 3.26 อยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจแยกตามรายข้อในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองที่เปลี่ยนแปลงไป	4.29	.776	มากที่สุด
2. ความรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	4.26	.852	มากที่สุด
3. ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข มีความหวัง)	4.21	.854	มากที่สุด
4. ความรู้สึกพอใจในตนเอง	4.21	.843	มากที่สุด
5. สมมติในการทำงานต่างๆ ดี	3.91	.886	มาก
รวม	4.18		มาก

ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 4.18 อยู่ในระดับมาก แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านการยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองที่เปลี่ยนแปลงไป มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.29 ด้านความรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน มีค่าเฉลี่ยอันดับที่ 2

เท่ากับ 4.26 และด้านความรู้สึกพอใจในตนเองและด้านความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบมีความหวัง) มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากัน เป็นอันดับที่ 3 เท่ากับ 4.21 ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ด้ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 3.91 อยู่ในระดับมาก

ตาราง 9 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสังคมแยกตามรายชื่อในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ความพอใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมกับทางศาสนา	4.37	.813	มากที่สุด
2. ความพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา	4.27	.792	มากที่สุด
3. ความพอใจในการเป็นสมาชิกของชุมชน	4.17	.821	มาก
4. ความพอใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน	4.06	.931	มาก
5. ความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ	4.03	.892	มาก
รวม	4.18		มาก

ตาราง 9 แสดงค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านสังคมก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 4.18 อยู่ในระดับมาก แต่เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านความพอใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมกับทางศาสนา มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 4.37 และด้านความพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา มีค่าเฉลี่ยอันดับที่ 2 เท่ากับ 4.27 อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านความพอใจในการเป็นสมาชิกของชุมชน มีค่าเฉลี่ยอันดับที่ 3 เท่ากับ 4.17 และด้านความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 4.03 อยู่ในระดับมาก

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมแยกตามรายชื่อในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้	4.34	.723	มากที่สุด
2. ความพอใจกับสภาพแวดล้อมที่มีความสงบร่มรื่น	4.34	.755	มากที่สุด
3. ความรู้สึกที่ชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย	4.26	.814	มากที่สุด
4. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพท่าน	4.14	.856	มาก
5. ความพอใจแหล่งพักผ่อนหย่อนใจในชุมชน	4.01	.968	มาก
รวม	4.22		มากที่สุด

ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านสิ่งแวดล้อมก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 4.22 อยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้และด้านความพอใจกับสภาพแวดล้อมที่มีความสงบร่มรื่น มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากันและสูงที่สุดเท่ากับ 4.34 และด้านความรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย มีค่าเฉลี่ยอันดับที่ 2 เท่ากับ 4.26 อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านสภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพท่าน มีค่าเฉลี่ยอันดับที่ 3 เท่ากับ 4.14 และด้านความพอใจแหล่งพักผ่อนหย่อนใจในชุมชน มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 4.01 อยู่ในระดับมาก

เมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน ตามรายด้านทั้ง 4 ด้าน และรายข้อในแต่ละด้าน ในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า ด้านร่างกาย ที่เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา สูบบุหรี่ ฯลฯ ได้ มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมากที่สุดเท่ากับ 4.31 อยู่ในระดับมากที่สุด และที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตน้อยที่สุดเท่ากับ 3.26 อยู่ในระดับปานกลาง ด้านจิตใจ ที่เกี่ยวกับการยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมากที่สุดเท่ากับ 4.29 อยู่ในระดับมากที่สุด และที่เกี่ยวกับสมรรถภาพในการทำงานต่าง ๆ ดี มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตน้อยที่สุดเท่ากับ 3.91 อยู่ในระดับมาก ด้านสังคม ที่เกี่ยวกับความพึงพอใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมากที่สุดเท่ากับ 4.37 อยู่ในระดับมากที่สุด และที่เกี่ยวกับความพึงพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตน้อยที่สุดเท่ากับ 4.03 อยู่ในระดับมาก และด้านสิ่งแวดล้อม ที่เกี่ยวกับความพึงพอใจกับบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้และที่เกี่ยวกับความพึงพอใจกับบริการสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากันและมากที่สุดเท่ากับ 4.34 ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด และที่เกี่ยวกับความพึงพอใจกับแหล่งพักผ่อนหย่อนใจในชุมชน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตน้อยที่สุดเท่ากับ 4.01 อยู่ในระดับมาก

สรุปได้ว่า ในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน ให้คะแนนความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านจิตใจ ที่เกี่ยวกับความพึงพอใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ($\bar{X} = 4.37$) มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านสิ่งแวดล้อม ที่เกี่ยวกับความพึงพอใจกับบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ และที่เกี่ยวกับความพึงพอใจกับบริการสาธารณสุข ($\bar{X} = 4.34$) ซึ่งมีค่าเท่ากัน และอันดับที่สามคือ ด้านร่างกาย ที่เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการดื่มสุราสูบบุหรี่ ฯลฯ ($\bar{X} = 4.31$) ซึ่งทั้ง 3 อันดับมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านที่มีคะแนนความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านร่างกาย ที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ($\bar{X} = 3.26$) มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด ซึ่งมีระดับคะแนนปานกลางเพียงหัวข้อเดียว คะแนนที่น้อยที่สุดอันดับ 2 คือด้านจิตใจ ที่เกี่ยวกับสมรรถภาพในการทำงานต่าง ๆ ดี ($\bar{X} = 3.91$) และคะแนนที่น้อยที่สุดอันดับ 3 คือด้านร่างกาย ที่เกี่ยวกับความพึงพอใจ

กับสุขภาพในตอนนี ($\bar{X} = 3.96$) อย่างไรก็ตามคะแนนที่น้อยที่สุดอันดับ 2 และ 3 ยังคงมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก

ตาราง 11 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายแยกตามรายชื่อในห้วงเวลาขณะที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา สูบบุหรี่ ฯลฯ ได้	4.15	1.215	มาก
2. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง	3.73	1.007	มาก
3. การนอนหลับพักผ่อนได้ดี	3.56	1.001	มาก
4. ความพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี	3.16	1.008	ปานกลาง
5. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ	2.72	1.008	ปานกลาง
รวม	3.46		มาก

ตาราง 11 แสดงค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายในขณะที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 3.46 อยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ด้านการหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา สูบบุหรี่ ฯลฯ ได้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.15 ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง มีค่าเฉลี่ยเป็นอันดับที่ 2 เท่ากับ 3.73 และด้านการนอนหลับพักผ่อนได้ดี มีค่าเฉลี่ยเป็นอันดับที่ 3 เท่ากับ 3.56 ซึ่งอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 2.72 อยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจแยกตามรายชื่อในห้วงเวลาขณะที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองที่เปลี่ยนแปลงไป	3.84	1.005	มาก
2. ความรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	3.67	1.003	มาก
3. ความรู้สึกพอใจในตนเอง	3.64	1.007	มาก
4. ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง)	3.57	1.005	มาก
5. สมารถในการทำงานต่างๆ ดี	3.25	0.998	ปานกลาง
รวม	3.59		มาก

ตาราง 12 แสดงค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจในขณะที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 3.59 อยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ด้านการยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองที่เปลี่ยนแปลงไปมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 3.84 รองลงมาคือ ด้านความรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.67 และด้านความรู้สึกพอใจในตนเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดี มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 3.25 อยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 13 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสังคมแยกตามรายข้อในห้วงเวลาขณะที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ความพอใจในการเป็นสมาชิกของชุมชน	3.93	.992	มาก
2. ความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ	3.71	.971	มาก
3. ความพอใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมกับทางศาสนา	3.69	1.154	มาก
4. ความพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ไม่มา	3.54	1.008	มาก
5. ความพอใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน	3.33	1.147	มาก
รวม	3.64		มาก

ตาราง 13 แสดงค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านสังคมในขณะที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 3.64 อยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ด้านความพอใจในการเป็นสมาชิกของชุมชน มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 3.93 ด้านความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ มีค่าเฉลี่ยเป็นอันดับที่ 2 เท่ากับ 3.71 และด้านความพอใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมกับทางศาสนา มีค่าเฉลี่ยเป็นอันดับที่ 3 เท่ากับ 3.69 อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านความพอใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 3.33 แต่ก็ยังอยู่ในระดับมาก

ตาราง 14 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมแยกตามรายชื่อในห้วงเวลาขณะที่มีการแพร่ระบาดของ
ของโรคโควิด-19

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
2. ความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้	3.85	.959	มาก
4. ความพอใจกับสภาพแวดล้อมที่มีความสงบร่มรื่น	3.72	1.005	มาก
5. ความพอใจแหล่งพักผ่อนหย่อนใจในชุมชน	3.56	1.123	มาก
1. ความรู้สึกที่ชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย	3.51	1.003	มาก
3. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพท่าน	3.46	1.002	มาก
รวม	3.62		มาก

ตาราง 15 แสดงค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านสิ่งแวดล้อมในขณะที่มีการ
แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 3.62 ซึ่งอยู่ในระดับมาก และเมื่อ
พิจารณารายชื่อ พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ด้านความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ มีค่าเฉลี่ย
สูงที่สุดเท่ากับ 3.85 ด้านความพอใจกับสภาพแวดล้อมที่มีความสงบร่มรื่น มีค่าเฉลี่ยเป็นอันดับที่ 2
เท่ากับ 3.72 และด้านความพอใจแหล่งพักผ่อนหย่อนใจในชุมชน มีค่าเฉลี่ยเป็นอันดับที่ 3 เท่ากับ
3.56 อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านสภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพท่าน มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 3.46 แต่ก็
ยังอยู่ในระดับมาก

ในห้วงเวลาขณะที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้สูงอายุใน
เขตเทศบาลตำบลเตชะราชบอนให้คะแนนระดับคุณภาพชีวิตของตนเองในแต่ละข้อย่อยทั้ง 4 ด้าน ได้แก่
ด้านร่างกาย ที่เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา สูบบุหรี่ ฯลฯ ได้ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.15$) อยู่
ในระดับมาก และที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 2.72$) อยู่ใน
ระดับปานกลาง ด้านจิตใจ ที่เกี่ยวกับความพอใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด
($\bar{X} = 3.84$) อยู่ในระดับมาก และที่เกี่ยวกับสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดี มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.25$)
อยู่ในระดับปานกลาง ด้านสังคม ที่เกี่ยวกับความพึงพอใจในการเป็นสมาชิกของชุมชน มี
ค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.93$) อยู่ในระดับมาก และที่เกี่ยวกับความพึงพอใจที่เข้าร่วมกิจกรรมกับ
ชุมชน มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.33$) อยู่ในระดับปานกลาง และด้านสิ่งแวดล้อม ที่เกี่ยวกับความพึง
พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่เป็นอยู่ตอนนี้ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.85$) อยู่ในระดับมาก และที่
เกี่ยวกับความรู้สึกที่ชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.51$) แต่ก็ยังอยู่ในระดับมาก

สรุปได้ว่า ในห้วงเวลาขณะที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
หรือโควิด-19 ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตชะราชบอน ให้คะแนนความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตมาก
ที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านร่างกาย ที่เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา สูบบุหรี่ ฯลฯ ได้ ($\bar{X} =$

4.15) ด้านสังคม ที่เกี่ยวกับความพึงพอใจในการเป็นสมาชิกของชุมชน ($\bar{X} = 3.93$) และด้านสิ่งแวดล้อม ที่เกี่ยวกับความพึงพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่เป็นอยู่ตอนนี้ ($\bar{X} = 3.85$) ซึ่งคุณภาพชีวิตทั้ง 3 ข้อนี้อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านที่มีคะแนนความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านร่างกาย ที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ($\bar{X} = 2.72$) ด้านจิตใจ ที่เกี่ยวกับสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดี ($\bar{X} = 3.25$) และด้านร่างกาย ที่เกี่ยวกับความพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี ($\bar{X} = 3.16$) ซึ่งทั้ง 3 ข้อนี้ มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด

เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน ทั้งช่วงก่อนและขณะเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 3 อันดับแรก ยังคงไม่มีการเปลี่ยนแปลงอันดับทั้งช่วงก่อนและหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้แก่ ด้านร่างกาย ที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ด้านจิตใจ ในที่เกี่ยวกับสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดี และด้านร่างกาย ที่เกี่ยวกับความพอใจกับสุขภาพในตอนนี อีกทั้งระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขณะเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงก่อนที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในทุกด้าน ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมากที่สุด 3 อันดับแรกในช่วงก่อนและขณะเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีการเปลี่ยนแปลง โดยในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านสังคม ที่เกี่ยวกับความพึงพอใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนามีค่าเฉลี่ยมากที่สุด แต่เมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกาย ที่เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา สูบบุหรี่ ฯลฯ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดแทน ซึ่งเดิมทีหัวข้อนี้เคยอยู่เป็นลำดับที่ 3 ของด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในช่วงก่อนการระบาดของโรค ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ที่เกี่ยวกับความพึงพอใจกับสภาพบ้านเรือน ยังคงติดอันดับ 1 ใน 3 ของระดับคุณภาพชีวิตที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดทั้งช่วงก่อนและระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 เพียงแต่ตกลงมาจากอันดับที่ 2 เป็นอันดับที่ 3 ส่วนระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม ที่เกี่ยวกับความพึงพอใจในการเป็นสมาชิกของชุมชนมาเป็นอันดับที่ 2 ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในขณะที่คุณภาพชีวิตด้านสังคม ที่เกี่ยวกับความพึงพอใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา กลับไม่อยู่ใน 3 อันดับแรก ที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดในช่วงขณะการแพร่ระบาดของโรค

4.2.2 ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

เพื่อตอบคำถามแบบสัมภาษณ์ข้อที่ 1 ท่านคิดว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร ในช่วงก่อนสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (ห้วงเวลา 2 ปีก่อนหน้านี้) ผลจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงก่อนสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (ห้วงเวลา 2 ปีก่อนหน้านี้) อยู่ในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุดจำนวน 9 คนใน 10 คน เช่นเดียวกับผลที่ได้จากการวิเคราะห์เชิงปริมาณที่ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 91.22 มี

คุณภาพชีวิตในระดับที่มากที่สุดถึงมากที่สุด องค์ประกอบที่ผู้สูงอายุมองสิ่งที่แสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ รายได้ที่เพียงพอในครอบครัว การประกอบธุรกิจที่มีรายได้ดี มีตำแหน่งหน้าที่การงานที่ดี การมีความพร้อมในทุก ๆ ด้าน การอาศัยอยู่กับลูกหลานพร้อมหน้าพร้อมตาและมีครอบครัวที่อบอุ่น การมีสุขภาพที่แข็งแรงและไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ การพบปะสังสรรค์ และการเดินทางที่สะดวกสบาย ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้สูงอายุ ดังนี้

“คุณภาพชีวิตที่ดีมากเพราะเคยดำรงตำแหน่งเป็นผู้ใหญ่บ้านและเปิดร้านขายอะไหล่รถยนต์มีรายได้ที่ดี”

(ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 04)

“ก่อนมีโควิด คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี เพราะเป็นคนที่ไม่มีการประจำตัว”

(ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 08)

“มีคุณภาพชีวิตดีมาก อยู่พร้อมหน้าพร้อมตากับลูกหลาน มีความพร้อมทุกด้าน”

(ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 06)

“ก็ดี มีสุขภาพแข็งแรงแรงดี ประกอบอาชีพได้ง่าย สามารถเดินทางไปไหนมาไหนสะดวก พบปะสังสรรค์กับเพื่อน ๆ ได้”

(ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 05)

คำถามแบบสัมภาษณ์ข้อที่ 2 ท่านคิดว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไรในช่วงระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลตระบอง ให้ข้อมูลว่ามีระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลง จำนวน 8 คนใน 10 คน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงปริมาณตาม ตาราง 15 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมลดลง 0.56 คะแนน ส่วนผู้สัมภาษณ์ จำนวน 2 คน ที่คิดว่าการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เพราะยังไม่เคยติดโรคโควิด-19 ครอบครัวรายได้ไม่ลดลง หรือรายได้ที่ลดลงไม่ส่งผลต่อการใช้ชีวิต ดังตัวอย่างผู้ให้สัมภาษณ์ ดังนี้

“ไม่กระทบต่อคุณภาพชีวิต ยังไม่เคยติดโควิดทั้งครอบครัวเพราะมีการป้องกันตัวที่ดี ถึงแม้ว่าธุรกิจที่ทำเขาในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 รายได้จากร้านค้าลดลง และส่งออกสินค้าไปมาเลเซียไม่ได้ แต่ไม่มีผลต่อสภาพความเป็นอยู่ ไม่กังวลเรื่องสุขภาพและการเดินทาง แต่ก็กังวลว่าอาจจะติดโรคโควิด 19”

(ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 04)

“คิดว่าคุณภาพชีวิตไม่ลดลง เพราะไม่เคยติดโควิด ลูกหลานมีรายได้เหมือนเดิม มีความสุขเพราะไม่ชอบบอกรอกบ้านและมีลูกหลานดูแล”

(ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 09)

ถึงแม้ว่าจะมีผู้สูงอายุหนึ่งคน ที่กล่าวว่าการระบาดของโรคไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต แต่ยังคงมีความกังวลเรื่องการติดเชื้อ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 04 กล่าวว่า ยังไม่เคยติดเชื้อโควิด-19 และไม่รู้สึกรู้สีกว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ส่วนผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกว่ารระดับคุณภาพชีวิตลดลง เพราะว่ามีรายได้ลดลง ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนในช่วงก่อนการแพร่ระบาด สินค้าแพงขึ้น อาการ Long Covid และความกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ยกตัวอย่างเช่น

“รายได้น้อยลง ไม่สามารถเปิดร้านค้าได้ตามปกติ”

(ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 10)

“กังวลเรื่องการติดเชื้อโรคโควิด-19 และไม่มีผู้ดูแลยามป่วยไข้”

(ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 05)

“ต่างคนก็ต่างกลัวโรคโควิดที่กำลังเกิดขึ้น ทำให้ความสัมพันธ์กับผู้คนรอบข้างแย่งลง โดยเฉพาะคนที่เคยเป็นโควิด”

(ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 08)

4.3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลตราระบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

4.3.1 ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ

ตาราง 15 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลตราระบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ ศาสนา ภาวะการมีงานทำ และสภาพการอยู่อาศัย) ด้วยสถิติ T-test

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	\bar{X}	S.D.	t	P
เพศ					
หญิง	177	3.60	.577	.891	.374
ชาย	118	3.54	.646		
ศาสนา					
พุทธ	79	3.60	.615	.235	.814
อิสลาม	216	3.57	.603		
ภาวะการมีงานทำ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	105	3.43	.617	3.144	.002*
ประกอบอาชีพ	190	3.66	.585		
สภาพการอยู่อาศัย					
อาศัยเพียงลำพัง	24	3.36	.403	2.651	.012*
อาศัยกับลูกหลาน/ เครือญาติ	271	3.60	.617		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 15 แสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ศาสนา ภาวะการมีงานทำ และสภาพการอยู่อาศัย ด้วยสถิติ T-test พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลตราระบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ที่มีภาวะการมีงานทำ และสภาพการอยู่อาศัยแตกต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีงานทำจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีงานทำ และผู้สูงอายุ

ที่อาศัยอยู่กับลูกหลาน/เครือญาติจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพัง ส่วนผู้สูงอายุที่มีเพศ และศาสนา ที่แตกต่างกันจะมีระดับคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

ตาราง 16 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน) โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)

ปัจจัยส่วนบุคคล	SS	df	MS	F	Sig.
อายุ					
ระหว่างกลุ่ม	1.544	3	.515	1.409	.240
ภายในกลุ่ม	106.327	291	.365		
สถานภาพการสมรส					
ระหว่างกลุ่ม	.488	2	.244	.663	.516
ภายในกลุ่ม	107.384	292	.368		
ระดับการศึกษา					
ระหว่างกลุ่ม	1.116	4	.279	.758	.553
ภายในกลุ่ม	106.756	290	.368		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					
ระหว่างกลุ่ม	1.547	2	.773	2.124	.121
ภายในกลุ่ม	106.325	292	.364		

ตาราง 16 แสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว หรือ One Way ANOVA พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ที่มีอายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

4.3.2 ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ให้ผลสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณด้านการมีงานทำและการอาศัยอยู่กับครอบครัว ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ยกตัวอย่างเช่น

“รู้สึกว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีมาก เป็นผู้ใหญ่บ้านและเปิดร้านขายอะไหล่รถยนต์ มีรายได้ที่ดี อาศัยกับลูกหลานมีพร้อมทุก ๆ ด้าน”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 04

“การที่ยังเปิดร้านและทำงานได้ในขณะที่อายุเยอะแล้วแต่ก็ยังทำงานได้ เพื่อนบ้านจึงชื่นชมว่าเก่ง ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจ”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 10

4.4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลตระบอง อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี

4.4.1 ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

ตาราง 17 ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณของปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมในภาพรวมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลตระบอง อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี

	Unstandardized		Standardized		Sig.
	Coefficients		Coefficients		
	B	S.E.	β	t	
ค่าคงที่	2.933	.191		15.326	.000
1. ปัจจัยเอื้อในภาพรวม	.058	.063	.072	.931	.353
2. ปัจจัยเสริมในภาพรวม	.139	.076	.142	1.840	.067

R = .197, R² = .039, R²_{adj} = .032, F = 5.921, Sig = .003

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 17 พบว่า ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมในภาพรวมไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลตระบอง อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี

ตาราง 18 ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณของปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมเป็นรายด้านที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลตระบอง อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี

	Unstandardized		Standardized		Sig.
	Coefficients		Coefficients		
	B	S.E.	β	t	
ค่าคงที่	2.531	.201		12.613	.000
1. ปัจจัยเอื้อด้านสถานบริการผู้สูงอายุ และการเข้าถึงบริการ	.096	.048	.137	1.998	.047*
2. ปัจจัยเอื้อด้านนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	-.009	.056	-.013	-.166	.868
3. ปัจจัยเอื้อด้านกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ	.063	.046	.107	1.391	.165
4. ปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนจากภาครัฐ	-.111	.053	-.173	-2.104	.036*
5. ปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนจากชุมชน	.041	.061	.052	.674	.501
6. ปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนจากครอบครัว	.183	.050	.240	3.628	.000**

R = .367, R² = .134, R²_{adj} = .116, F = 7.451 Sig = .000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 18 พบว่า ปัจจัยเอื้อด้านสถานบริการผู้สูงอายุและการเข้าถึงบริการส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพให้ผลที่สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณที่ว่า สถานบริการผู้สูงอายุและการเข้าถึงบริการส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนจากภาครัฐ ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอีกหนึ่งปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตามตาราง 19 คือปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4.4.2 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน เพื่อตอบแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมข้อที่ 3-7 ดังนี้

คำถามสัมภาษณ์ข้อ 3 ท่านคิดว่าสถานบริการและการเข้าถึงบริการทางด้าน สาธารณสุข เช่น บริการรถรับ-ส่งผู้สูงอายุไปยังสถานพยาบาล บริการตรวจคัดกรองโรค บริการดูแล ผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียงของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (อสบ.) ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของท่าน หรือไม่ อย่างไร ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุ มีความคิดเห็นว่าความสะดวกสบายในการเดินทางไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ส่งผล ต่อระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีบ้านที่อยู่ใกล้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงทำให้สามารถเดินทางได้สะดวก ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุเห็นว่าบริการที่ได้รับจากกลุ่ม อสม. เช่น บริการคัดกรองโรค บริการให้คำแนะนำด้านสุขภาพ บริการฉีดวัคซีน บริการตรวจสุขภาพ บริการแจ้ง ให้ไปกักตัว ส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ เช่น

“การได้รับบริการทางสุขภาพ เช่น บริการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล บริการพิน ยามาเชื้อภายในครัวเรือนของผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 บริการตรวจ ATK ของ รพ.สต. ส่งผลให้คุณภาพ ชีวิตดีขึ้น”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 05

“บริการด้านสุขภาพในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น เนื่องจากมีบริการฉีดวัคซีนใกล้บ้าน นอกจากนี้โรงพยาบาลก็มาส่งยาถึงบ้านไม่จำเป็นต้องเดินทางไป รับยาที่โรงพยาบาลอีกต่อไป”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 06

ถึงแม้ว่าผลในเชิงสถิติแสดงความไม่สัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อด้านนโยบายเกี่ยวกับ ผู้สูงอายุ แต่ในการวิเคราะห์เชิงคุณภาพให้ผลแตกต่างกัน โดยร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุ มีความเห็นว่า บริการด้านสุขภาพส่งผลต่อคุณภาพชีวิต มีผู้สูงอายุจำนวน 2 คน ซึ่งเป็นผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 04 และ รหัส 10 กล่าวไว้ว่า สนใจโครงการเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าโครงการส่งเสริมอาชีพ เนื่องจากมีรายได้ อยู่แล้ว นอกจากนั้นนโยบายภาครัฐยังช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น ดังตัวอย่างคำให้ สัมภาษณ์ เช่น

“โครงการเลี้ยงเป็ด 200 ตัว ของกลุ่มผู้สูงอายุที่ทำร่วมกันชุมชน ส่งผลให้มีรายได้ เพิ่มขึ้น”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 02

“เดิมทีก็มีอาชีพค้าขายที่มีรายได้อยู่แล้ว แต่ในช่วง covid ทำให้รายได้น้อยลง อย่างน้อยคุณภาพชีวิตก็ไม่ได้แย่มากเพราะว่ามีเงินเบี้ยยังชีพช่วยเหลืออยู่ นอกจากนี้ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 05 ยังกล่าวเสริมเกี่ยวกับโครงการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุว่า สมัยก่อนได้เงินดูแลผู้สูงอายุจาก 200 บาท ตอนนี้กลายเป็น 600-1,000 บาท เป็นผลดีกับคนที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ ก็พอได้เป็นกำลังใจให้กับผู้สูงอายุ”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 10

คำถามสัมภาษณ์ข้อ 4 ท่านคิดว่านโยบาย/กิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่รับผิดชอบโดยเทศบาลตำบลเตราะบอน เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ บริการด้านสาธารณสุข บริการการฉีดวัคซีน โครงการส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ฯลฯ ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของท่านหรือไม่ อย่างไร ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 100 เห็นด้วยว่านโยบาย/กิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่รับผิดชอบโดยเทศบาลตำบลเตราะบอนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1) ด้านสุขภาพ

ผู้สูงอายุร้อยละ 90 เห็นว่านโยบายด้านสุขภาพส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ดี ดังนี้

“เทศบาลรณรงค์ให้มีการฉีดวัคซีน covid 19 มีการเชิญชวนให้ฉีดวัคซีนเชิงรุก”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 08

“บริการสาธารณสุขที่ดีของเทศบาล คือ บริการการฉีดวัคซีน บริการตรวจสุขภาพ”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 09

“อสม. เข้ามาดูแลอย่างใกล้ชิด ในเรื่องการบริการฉีดวัคซีนและการตรวจคัดกรองโรคต่างๆ”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 10

2) ด้านการส่งเสริมอาชีพ

ผู้สูงอายุร้อยละ 60 เห็นว่านโยบายด้านสุขภาพส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ดี ดังนี้

“สมัยก่อนที่ได้เงินดูแลผู้สูงอายุจาก 200 ตอนนี้กลายเป็น 600-1,000 เป็นผลดีกับคนที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ ก็พอได้เป็นกำลังใจให้กับผู้สูงอายุ ส่วนในเรื่องการดูแลของเทศบาลที่จ่าย

เบี้ยให้ผู้สูงอายุก็มีการประชุมอยู่ทุกๆ ปี ถ้าใครขาดตกไปก็จะมีเจ้าหน้าที่ของเทศบาลมาติดต่อกับผู้นำชุมชนอยู่ตลอด”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 05

“เดิมทีก็มีอาชีพค้าขายที่มีรายได้อยู่แล้ว แต่ในช่วง covid ทำให้รายได้ลดลง อย่างน้อยคุณภาพชีวิตก็ไม่ได้แย่มากเพราะว่ามีเงินเบี้ยยังชีพยังชีพช่วยเหลืออยู่ ส่วนตัวไม่ค่อยได้สนใจเรื่องโครงการส่งเสริมอาชีพเพราะมีอาชีพอยู่แล้ว”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 10

คำถามสัมภาษณ์ข้อ 5 ท่านคิดว่าการสนับสนุนในด้านสาธารณสุข การสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคล การยกย่องชมเชยจากภาครัฐส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของท่านหรือไม่ อย่างไร ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน พบว่า ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุ เห็นด้วยว่าการได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังตัวอย่างการให้สัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ ดังนี้

“การได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ เช่น การยกย่องชมเชย มีผลให้คนในชุมชนเคารพนับถือและให้กำลังใจคนที่ทำความดีในชุมชน และได้รับความไว้วางใจ ไม่ว่าจะเป็นการพูดจาในที่ประชุม หรือแสดงความเห็นอะไรก็จะเป็นที่ยอมรับของชุมชน”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 05

“ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เพราะมีกำลังใจจากการได้นับคำชมเชยและเป็นกำลังใจเราก็ตีใจ ภูมิใจที่เค้าสนับสนุน”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 07

อย่างไรก็ตามมีผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 08 และ 09 ให้ข้อมูลว่าไม่เคยได้รับการยกย่องชมเชยจากหน่วยงานภาครัฐเลย ในขณะที่ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 08 เห็นควรให้มีการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ โดยกล่าวว่า “หน่วยงานภาครัฐไม่มีการยกย่องชมเชยบุคคลในชุมชน แต่ถ้าหากว่ามีจะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น อยากให้ภาครัฐเข้ามาแนะนำเรื่องโภชนาการเพราะว่าเมื่อมีอายุมากขึ้นควรต้องระมัดระวังการกิน” ทั้งนี้ มีผู้ให้สัมภาษณ์เพียง 1 คน ที่คิดว่าการยกย่องชมเชยไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเลย คือ ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 09 ซึ่งกล่าวว่า “หน่วยงานภาครัฐไม่เคยมีกิจกรรมยกย่องชมเชยคนในชุมชน” ในขณะที่ผู้สูงอายุบางคนอยากให้ภาครัฐและชุมชนเข้ามามีบทบาทมากขึ้น ยกตัวอย่างผู้ให้สัมภาษณ์ที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการสนับสนุนจากภาครัฐ ดังนี้

“ประทับใจที่กลุ่ม อสม. เข้ามาดูแลช่วงที่ติดโรคโควิด 19 อย่างสม่ำเสมอ แต่ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ อสม. เข้ามามีบทบาทน้อยลงในเรื่องของการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 02

“ส่วนที่จะเป็นกำลังใจสำหรับคนที่ทำงานบริการหรือทำงานช่วยเหลืออยู่ในชุมชน (ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เชิงลึกรายนี้เป็น อสม. อพม. และผู้นำกลุ่มสตรี) ถ้าหากได้รับรางวัลหรือการยกย่องชมเชยจากรัฐก็จะเป็นแรงผลักดันให้สามารถเดินทางไปทำหน้าที่ตรงนี้ได้”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 05

“อยากให้ภาครัฐเข้ามาแนะนำเรื่องโภชนาการเพราะว่าเมื่อมีอายุมากขึ้น ควรต้องระมัดระวังการกิน หน่วยงานภาครัฐไม่มีการยกย่องชมเชยบุคคลในชุมชน”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 08

“การยกย่องชมเชยจากรัฐไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากไม่เคยมีกิจกรรมนี้จากเทศบาล”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 09

จะเห็นได้ว่าจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุไม่ได้กล่าวถึงกิจกรรมการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคลที่จัดขึ้นจากหน่วยงานภาครัฐเลย

คำถามสัมภาษณ์ข้อ 6 ท่านคิดว่าการสนับสนุนด้านสุขภาพ การสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคล การยกย่องชมเชยจากชุมชน ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของท่านหรือไม่ อย่างไร ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน พบว่า ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงปริมาณที่แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนจากชุมชนไม่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญเชิงสถิติ ผลจากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนจากชุมชนว่า ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งให้ผลแตกต่างจากผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน การรวมกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน และผู้นำศาสนาเป็นอย่างดี แต่ไม่เคยได้รับการยกย่องชมเชยจากชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมองว่าการชมเชยจากชุมชนไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ยกตัวอย่างผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

“เพื่อนบ้านเข้ามาเยี่ยมเยียนดูแล พุดคุยกัน การทำกิจกรรมร่วมกันในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ กิจกรรมของผู้สูงอายุก็คือการผลิตดอกไม้จันทน์”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 02

“ผู้นำชุมชนและผู้นำศาสนามีการรวมตัว เพื่อช่วยเหลือคนในชุมชนอย่างเต็มที่ เช่น กิจกรรมกินน้ำชาทุกวันศุกร์ เพื่อระดมทุนมาช่วยเหลือคนในชุมชน”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 03

“ทุกวันนี้อาศัยเพียงลำพัง ไม่มีลูกหลาน ที่จริงเห็นว่าการที่ครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ตนเองนั้นมีเพียงเพื่อนบ้านที่คอยให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ เยี่ยมเยียน สอบถามสารทุกข์สุขดิบ จึงรู้สึกดีใจทุกครั้งที่มีคนมาเยี่ยม”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 07

“ชุมชนไม่เคยมีการยกย่องชมเชยสนับสนุนด้านสุขภาพหรือการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคล ส่วนตัวคิดว่าถ้าหากชุมชนสนับสนุนด้านนี้จะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น เคยคิดว่าทำไมชุมชนไม่เคยเข้ามาช่วยเหลือสอบถามอะไรเลย”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 08

“คิดว่าการได้รับการยกย่องจากชุมชนไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเนื่องจากชุมชนไม่เคยมีกิจกรรมยกย่องชมเชยคนในชุมชน”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 09

“ชุมชนไม่ค่อยได้มีบทบาทในการสนับสนุนคุณภาพชีวิต เนื่องจากนับถือศาสนาอิสลามและอยู่ใกล้หมู่บ้านไทยพุทธ แต่ก็ไกลจากชุมชน จึงไม่ค่อยได้มีกิจกรรมร่วมกับชุมชน แต่อย่างไรก็ตามการที่มีเพื่อนบ้านเข้ามาชมเชยว่าอายุเยอะแล้วแต่ก็ยังทำงานได้เก่งทำให้รู้สึกภาคภูมิใจ”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 10

คำถามสัมภาษณ์ข้อ 7 ท่านคิดว่าการสนับสนุนด้านสาธารณสุข การสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคล การยกย่องชมเชยจากครอบครัว ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของท่านหรือไม่ อย่างไร ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพให้ผลที่สอดคล้องกับการวิเคราะห์เชิงปริมาณที่ว่า การได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 10 คน พบว่า ร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุ ได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัว และการ

ดูแลซึ่งกันและกันภายในครอบครัว ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังตัวอย่างการให้สัมภาษณ์เชิงลึก ผู้สูงอายุ ดังนี้

“การทำกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัวส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 02

“ครอบครัวของตนเองนั้นมีปฏิสัมพันธ์กันน้อย จึงอยากให้ภาครัฐเข้ามาช่วยส่งเสริมกิจกรรมที่สร้างความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมากขึ้น เพราะคิดว่าความสัมพันธ์ภายในครอบครัวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 03

“การได้รับการยกย่องชมเชยจากครอบครัว ทำให้รู้สึกมีคุณภาพชีวิตที่ดีทางด้านจิตใจเนื่องจากรู้สึกเป็นที่รักของครอบครัว”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 09

“รู้สึกมีความสุขเมื่อลูกเข้ามาพูดคุยและดูแลเรื่องอาหารการกิน”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 10

4.5 ข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลตราระบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี

4.5.1 ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 10 คน เพื่อตอบคำถามแบบสัมภาษณ์ข้อที่ 8 ท่านมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของท่านอย่างไร พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุที่ให้สัมภาษณ์ อยากให้หน่วยงานภาครัฐเข้ามาทำกิจกรรมส่งเสริมอาชีพ ร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุที่ให้สัมภาษณ์ อยากให้หน่วยงานภาครัฐเข้ามาเยี่ยมเยียนดูแลและให้กำลังใจ และร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุที่ให้สัมภาษณ์ อยากให้หน่วยงานภาครัฐเข้ามาดูแลด้านสุขภาพ ทั้งนี้ รายละเอียดกิจกรรมที่ผู้สูงอายุแนะนำให้ทางหน่วยงานภาครัฐดำเนินการเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลตราระบอนได้ถูกจัดไว้เป็นหมวดหมู่ ดังนี้

1) กิจกรรมส่งเสริมอาชีพให้กับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุอยากให้ภาครัฐอุดหนุนเงินทุนเพื่อดำเนินการประกอบธุรกิจของคนในชุมชน ส่งเสริมอาชีพเกี่ยวกับการเกษตรโดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดหาตลาดเพื่อระบายสินค้าให้กับชาวไทยพุทธ เนื่องจากข้อจำกัดด้านผู้บริโภคที่ส่วนใหญ่เป็นชาวมุสลิมซึ่งไม่นิยมบริโภคสินค้าจากชาวไทยพุทธ ส่งเสริมอาชีพในรูปแบบของการรวมกลุ่ม เช่น กลุ่มปลูกผักกางมุ้ง ส่งเสริมอาชีพและกิจการที่เกี่ยวข้องกับการทำนา ตามคำให้สัมภาษณ์เชิงลึกของผู้สูงอายุ ดังนี้

“อยากให้มีการส่งเสริมอาชีพเนื่องจากขาดเงินทุนในการประกอบอาชีพ”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 02

“อยากให้ภาครัฐหรือส่วนราชการให้การสนับสนุนในเรื่องของอาชีพ เช่น พืชผลทางการเกษตรซึ่งเราอยู่ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ มั่นยากในเรื่องของการตลาด คือ เรื่องของราคาของพืชผล ไม่ว่าจะเป็น ยางพารา เงาะ ทุเรียน ฯลฯ หรือของอะไรก็แล้วแต่มันเป็นเรื่องที่ยากสำหรับคนไทยพุทธเนื่องจากพี่น้องมุสลิมที่นั่นซึ่งตามหลักของศาสนาแล้ว ไม่บริโภคอะไรที่เป็นของคนนอก ศาสนามันจะผิดหลักศาสนา ในส่วนตรงนี้แหละที่ทำให้คนไทยพุทธลำบากในการประกอบอาชีพขอให้ภาครัฐ ได้ตระหนักตรงนี้ด้วย”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 05

“อยากให้ส่งเสริมอาชีพในรูปแบบของการรวมกลุ่ม เช่น ในพื้นที่จะมีการรวมกลุ่มกันปลูกผักกางมุ้ง และเคยประกวดได้รางวัลมาด้วย จึงอยากให้ส่งเสริมอาชีพอื่น ๆ ในรูปแบบการรวมกลุ่ม”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 06

“เพิ่มคุณภาพชีวิตของชาวนา อยากให้ภาครัฐจัดกิจกรรมอะไรก็ได้ให้ชาวนาที่เป็น การส่งเสริมอาชีพ”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 07

2) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุอยากให้ภาครัฐจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับยาของผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมตรวจคัดกรองโรคให้บ่อยเหมือนก่อนที่จะมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และจัดกิจกรรมให้ความรู้ในการปฏิบัติตนให้พ้นจากโรคโควิด-19 ตามคำให้สัมภาษณ์ของผู้สูงอายุ ดังนี้

“อยากให้หน่วยงานรัฐเข้ามาแนะนำด้านสุขภาพ อาหารการกิน และการออกกำลังกายให้กับผู้สูงอายุ”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 07

“อยากให้หน่วยงานภาครัฐเข้ามาให้ความรู้ในเรื่องของสุขภาพ อาหารการกิน การออกกำลังกาย เรื่องของยา รวมทั้งอยากให้เข้ามาบ่อยๆ อย่างเช่น 2-3 เดือนครั้ง”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 06

“อยากให้ อสม. ให้ความรู้เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจคัดกรองโรคให้เหมือนก่อนที่มีการระบาดของโรคโควิด เนื่องจากว่าหลังมีการระบาดของโรคโควิด มีโครงการจาก อสม. น้อยลงมาก ด้วยอายุมากแล้วทำให้กังวลเรื่องอาหารการกินและการปฏิบัติตนให้พ้นจากโรคโควิด”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 09

“อยากให้หน่วยงานภาครัฐเข้ามาเยี่ยมเยียนสอบถามสารทุกข์สุขดิบ ให้คำแนะนำและบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องอาหารการกินสำหรับผู้สูงอายุ”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 10

3) กิจกรรมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและสังคม

กิจกรรมอื่น ๆ ที่ผู้สูงอายุอยากให้หน่วยงานภาครัฐจัดทำให้ เช่น จัดกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จัดกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ และจัดกิจกรรมเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เพียงแต่อยากให้ภาครัฐเข้ามาเยี่ยมเยียนสอบถามสารทุกข์สุขดิบเท่านั้น อยากให้ภาครัฐเป็นที่ปรึกษาให้กับประชาชน นอกจากนี้พี่น้องมุสลิมส่วนใหญ่อยากให้จัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีสยิด เพราะเป็นศูนย์รวมจิตใจของชาวมุสลิม ตามคำให้สัมภาษณ์เชิงลึกของผู้สูงอายุ ดังนี้

“อยากให้ภาครัฐจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เช่น กิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ และกิจกรรมนันทนาการ เป็นต้น”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 02

“แนะนำว่าอยากให้ทุกกิจกรรมที่จัดโดยภาครัฐจัดขึ้นที่มีสยิดเพราะเป็นศูนย์รวมของชุมชน”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 03

“อยากให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่าง เช่น เทศบาล รพ.สต. อสม. เข้ามาเยี่ยมเยียน
ให้กำลังใจให้รู้สึกว่าคุณค่า มีคนให้พูดคุยได้ปรับทุกข์”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 06

“อยากให้เทศบาลมีการส่งคนมาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจกับผู้คนในชุมชน”

ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 09

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

- 1) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ก่อนสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 2019 และระหว่างการเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 2019
- 2) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล
- 3) เพื่อศึกษาปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี
- 4) เพื่อนำเสนอแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ส่วนปัจจัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งในการศึกษาเชิงปริมาณได้เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม จำนวน 295 ชุด และการศึกษาเชิงคุณภาพได้เก็บข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-79 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี สามารถสรุปผลได้ดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 295 คน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี พบว่า ผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60 อายุระหว่าง 60-64 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.60 นับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 73.20 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 59 การศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 49.20 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ

69.80 อีกทั้งผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพอยู่ คิดเป็นร้อยละ 64.40 และเกือบทั้งหมดอาศัยอยู่กับลูกหลาน คิดเป็นร้อยละ 91.90 นอกจากนี้ ข้อมูลผู้สูงอายุเพิ่มเติมที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเกษตรกร ค้าขาย และรับจ้าง เช่น รับจ้างกรีดยาง ผู้สูงอายุร้อยละ 60 มีโรคประจำตัว เช่น เป็นโรคต่อมลูกหมากโต ความดัน เบาหวาน ภาวะพาะ และเก๊าท์

5.1.1 ในการศึกษาคุณภาพชีวิตก่อนและขณะการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลตราระบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับมากที่สุดก่อนและขณะเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ที่ 4.14 ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด และขณะเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ที่ 3.58 ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน แต่มีค่าเฉลี่ยลดลง 0.56 ทั้งนี้ ก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมสูงที่สุดเท่ากับ 4.22 ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด และด้านที่มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด คือ ด้านร่างกาย เท่ากับ 3.97 ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด แต่ในขณะเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสังคมสูงที่สุดเท่ากับ 3.62 ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด และด้านที่มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด คือ ด้านร่างกาย เท่ากับ 3.46 ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน

5.1.2 จากการเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุที่มีงานทำ และที่อาศัยอยู่กับลูกหลาน/เครือญาติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีงานทำ และที่อาศัยเพียงลำพัง ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่น ๆ ไม่ส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

5.1.3 เมื่อวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมพร้อมกันด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ พบว่า ปัจจัยเอื้อด้านสถานบริการผู้สูงอายุและการเข้าถึงบริการ เป็นเพียงด้านเดียวของปัจจัยเอื้อที่ส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ แต่ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณด้านนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้ผลที่ไม่สอดคล้องกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ทั้งนี้ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ พบว่า นโยบายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และโครงการส่งเสริมอาชีพต่าง ๆ เช่น เลี้ยงเป็ด กลับส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น ส่วนปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนจากภาครัฐ ส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนจากครอบครัวส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์

เชิงลึกผู้สูงอายุ ในขณะที่ปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนจากชุมชนไม่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

5.1.4 จากการวิเคราะห์การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ จำนวน 10 ราย เพื่อให้ได้มาซึ่งนโยบายในการจัดกิจกรรม/โครงการ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยพบว่า ร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุอยากให้หน่วยงานภาครัฐเข้ามาดูแลด้านสุขภาพ ยกตัวอย่างเช่น กิจกรรมส่งเสริมด้านโภชนาการ ออกกำลังกาย ยา และการคัดกรองโรคของผู้สูงอายุ ส่วนร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุ อยากให้หน่วยงานภาครัฐเข้ามาเยี่ยมเยียน ดูแล และให้กำลังใจ เช่น จัดกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ และรับฟังปัญหาและช่วยปรับทุกข์ให้แก่ผู้สูงอายุ และร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุ อยากให้หน่วยงานภาครัฐเข้ามาทำกิจกรรมส่งเสริมอาชีพ เช่น อยากให้ภาครัฐอุดหนุนเงินทุน จัดตลาดระบายสินค้า ส่งเสริมสินค้าการเกษตร ฯลฯ

5.2 อภิปรายผล

จากการวิจัยเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลตระบองอำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี สามารถนำมาอภิปรายผลวัตถุประสงค์การวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.2.1 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

- ระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวมก่อนที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

เมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก (4.14) ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานข้อ 1 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสมมติฐานข้อนี้อ้างอิงจากงานวิจัยของ มั่นโชร์ ดอเลาะ (2559) ที่ทำการวิจัยในจังหวัดยะลา พบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิจัยปัจจุบันสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า 9 ใน 10 คน ของผู้ให้สัมภาษณ์ ให้คะแนนระดับคุณภาพชีวิตของตนเองในระดับมาก-มากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของอภินันท์ สนน้อย ปิยาภรณ์ ศิริภานุมาศ และ สุรชัย ปิยานุกูล (2559) จิรัชยา เคล้าดี และคณะ (2560) สมชาย เพชรรัตน์ (2562) นัสมล บุตรวิเศษ และอุปรีฎฐา อินทรสาด (2563) และ อัญรัช สาริกัลยะ (2564) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตในระดับมาก (หรือระดับสูง)

- ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมก่อนที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.22$) และเมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านสิ่งแวดล้อมรายด้านย่อย พบว่า ด้านความพอใจต่อสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ และด้านความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมที่มีความสงบร่มรื่น มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.34$) เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่อยู่ของคนในชุมชนมีความร่มรื่น และสภาพอากาศดี ไร้ปัญหามลพิษรบกวนมาคือ ด้านความรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน ($\bar{X} = 4.22$) ยกตัวอย่างเช่น ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 07 กล่าวว่า สภาพแวดล้อมในชุมชนมีส่วนทำให้ระดับคุณภาพชีวิตดีเช่นกัน เพราะชุมชนมีแหล่งพักผ่อนหย่อนใจที่ร่มรื่น ไร้มลพิษจากโรงงานและรถยนต์ ไม่ต้องกังวลเรื่องสถานการณ์ความรุนแรงว่าจะเกิดขึ้นภายในหมู่บ้าน เพราะมีชุดรักษาความปลอดภัยและทหารเข้ามาดูแลตลอดเวลา ส่วนผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 01 รู้สึกพอใจในสภาพของบ้านเรือนในปัจจุบัน เพราะรู้สึกมีความสุขพร้อมในทุก ๆ ด้าน นอกจากนี้ ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 01 ยังกล่าวเสริมว่าบ้านอยู่ใกล้กับโรงพยาบาลสุขภาพตำบลสามารถเดินทางได้สะดวก และ อสม. เข้ามาดูแลเรื่องสุขภาพสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นกัน จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่า สอดคล้องกับตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งให้คำนิยามเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก ฯลฯ ผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น สอดคล้องกับงานวิจัยของจิรัชยา เคล้าดี และคณะ (2560) และพรทิพย์ ท้าววัฒน์ (2561) พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของอัญรัช สาริกัลยะ (2564) ที่ได้ศึกษาในระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตภาษีเจริญกรุงเทพมหานคร ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในเขตภาษีเจริญกรุงเทพมหานครมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมในระดับมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ประกอบไปด้วยด้านที่เกี่ยวข้องดังนี้ สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ โอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด การอาศัยอยู่ในชุมชนทำให้ชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย ความสะดวกสบายในการเดินทางไปในที่ต่าง ๆ ความพึงพอใจต่อสภาพบ้านเรือนที่อยู่ และความพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น

- ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจก่อนที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอันดับที่ 2 ได้แก่ ด้านจิตใจ และด้านสังคม ซึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.18$) เมื่อพิจารณาด้านจิตใจเป็นรายข้อพบว่า ด้านการยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองที่เปลี่ยนแปลงไป มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.29$) เนื่องจากผู้สูงอายุสามารถยอมรับสภาพของรูปร่างหน้าตาที่เปลี่ยนแปลงไปได้เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของเพค (Peck's Theory) Body Transcendence and Body

Preoccupation เป็นความรู้สึกที่ผู้สูงอายุยอมรับว่าสภาพร่างกายของตนถดถอยลงและชีวิตจะมีสุข ถ้าสามารถยอมรับและปรับความรู้สึกนี้ได้ รองลงมาคือ ด้านความรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน ($\bar{X} = 4.26$) และด้านความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) และด้านความรู้สึกพอใจในตนเอง ($\bar{X} = 4.21$) เนื่องจากผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในเรื่องที่เรียบง่าย ไม่มีความทะเยอทะยาน และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่จะพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ โดย 9 ใน 10 คนของผู้สูงอายุที่ตอบแบบสัมภาษณ์ ให้คะแนนคุณภาพชีวิตของตนเองในระดับดีถึงดีมาก ยกตัวอย่างเช่น ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 09 กล่าวว่า “มีบ้านอาศัย ไม่ขัดสน มีอาหารกินครบ 3 มื้อ อยู่กับครอบครัวที่อบอุ่น มีคนดูแลยามเจ็บป่วย ลูกหลานมีรายได้ ไม่ลำบาก” ซึ่งความคิดเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์คนดังกล่าวแสดงถึงความพอใจไม่ทะเยอทะยาน ตรงกับทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's Epigenetic Theory) หรือทฤษฎี Psychosocial Developmental Stage ที่กล่าวว่า ช่วงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป บุคคลจะต้องพัฒนาความรู้สึกได้ว่าตนได้กระทำกิจกรรมต่างๆ ที่ควรทำเสร็จสิ้นตามหน้าที่ของตนแล้ว ยอมรับได้ทั้งความสำเร็จและผิดหวัง (ปล่อยวาง) ทำใจยอมรับความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นอย่างที่เขาเป็น และมีความพอใจในชีวิตของตน ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดี ($\bar{X} = 3.91$) ซึ่งเป็นข้อที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจน้อยที่สุดแม้จะยังอยู่ระดับมากก็ตาม เนื่องจากผู้สูงอายุรู้สึกว่าระบบสมองทำงานได้ไม่ดีเหมือนเดิม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine Theory) ที่กล่าวว่า เมื่อเข้าสู่วัยชราการทำงานของระบบประสาทจะลดลง การตอบสนองต่าง ๆ จะเชื่อมโยงกับความจำจะเสื่อมลง และจากผลการวิเคราะห์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพให้ผลสอดคล้องกับงานวิจัยของอกินันท์ สนน้อย ปิยาภรณ์ ศิริพานุมาศ และ สุรัชย์ ปิยานุกูล (2559) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับสูงมี 2 ด้าน ได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านจิตใจ และงานวิจัยอ้อรัช สารีกละ (2564) พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ประกอบไปด้วยการมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ได้ การยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเอง ความพึงพอใจในชีวิต ฯลฯ

- คุณภาพชีวิตด้านสังคมก่อนที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสังคมของผู้สูงอายุก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.18$) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเป็นอันดับ 2 เช่นเดียวกับด้านจิตใจ เนื่องจากผู้สูงอายุพึงพอใจที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาและมีเพื่อนบ้านที่ดี ทั้งนี้จากผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณด้านสังคมเป็นรายข้อ พบว่า ด้านความพอใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ($\bar{X} = 4.37$) มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากศาสนาเป็นศูนย์รวมจิตใจของผู้สูงอายุ กิจกรรมทางศาสนาจึงเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สนใจและมักจะมีส่วนร่วมอย่างสม่ำเสมอ นับว่าเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลภายนอก สอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ให้

สัมภาษณ์รหัส 03 กล่าวว่า “อยากให้เทศบาลจัดกิจกรรมทุกกิจกรรมที่มีสยิดเพราะว่ามีสยิดเป็นศูนย์รวมของชุมชน” ตรงกับทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) เลิศวัลลภ ศรีชะพลภูสิทธิ และ ธมน พันธ์ ศรีชะพลภูสิทธิ (2561) กล่าวว่าหนึ่งในกิจกรรมที่ผู้สูงอายุชอบเข้าร่วมมากที่สุดคือ การบำบัดด้วยกิจกรรมทางศาสนา (Religion Therapy) เพราะศาสนาช่วยให้ผู้สูงอายุผ่อนคลายจากความตึงเครียด ลดความวิตกกังวลในเรื่องความแก่ ความเจ็บ ความตาย ตลอดจนมีอิทธิพลต่อความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม และบุคลิกภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของมันโซร์ ดอเลาะ (2559) พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รองลงมาคือ ด้านความพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน ($\bar{X} = 4.27$) สอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 02 กล่าวว่า “เพื่อนบ้านเข้ามาเยี่ยมเยียน ดูแล พูดคุยกัน การทำกิจกรรมร่วมกันในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ” ตรงกับตรงกัน ทฤษฎีของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of Need) ชั้นที่ 3 ความต้องการความรักและการยอมรับในสังคม (Love and Belonging Needs) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จิรัชยา เคล้าดี สุขชัย นาคสุวรรณ และ จักรวาล สุขไมตรี (2560) พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราชมีคุณภาพชีวิตด้านสังคมในระดับมาก เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่ต้องการความรักความผูกพัน และยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของอัญรช สารีกละยะ (2564) พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมทางสังคมชนบทที่เป็นรากเหง้าทางวัฒนธรรมของสังคมไทย ที่มีลักษณะการเกี่ยวดองระหว่างกันหรือสังคมเครือญาติที่คนในสังคมมีความสนิทสนมคุ้นเคยเอื้อเพื่อเอื้อแผ้วช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เกิดผลดีต่อผู้สูงอายุในทางจิตใจที่ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น

- คุณภาพชีวิตด้านสังคมก่อนที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.97$) คือ ด้านร่างกาย ซึ่งอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายเป็นรายข้อ พบว่า ด้านการหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา สูบบุหรี่ ฯลฯ ได้ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.31$) เพราะผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นชาวมุสลิม ซึ่งไม่นิยมดื่มสุราเนื่องจากเป็นข้อห้ามทางศาสนา สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งพบว่าถึงแม้ผู้สูงอายุจำนวน 6 ใน 10 คน มีโรคประจำตัว เช่น ความดัน ภาวะเบาหวาน เก๊าท์ ฯลฯ แต่ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายก็ยังคงอยู่ในระดับมาก อันเนื่องมาจากการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่มสุราอันเป็นปัจจัยที่ทำให้สุขภาพร่างกายเสื่อมถอยช้าลง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological Changes) คือ ความเสื่อมอย่างถดถอย ระบบทางร่างกายของผู้สูงอายุซึ่งเกิดขึ้นแต่ละบุคคลแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพันธุกรรม กรรมพันธุ์ เพศ อาชีพ การดูแลสุขภาพ อาหาร สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ รอบตัว ซึ่งตรงกับผลการวิจัยของ มันโซร์ ดอเลาะ (2559) พบว่า การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่มสุราส่งผลดีต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รองลงมา

คือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.19$) ตรงกับผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 08 ที่กล่าวว่า ภูมิใจในตนเองที่ยังสามารถทำงานได้ และยังพึ่งพาตนเองได้ ไม่เป็นภาระแก่ลูกหลานสอดคล้องกับทฤษฎีของเพค (Peck's Development Theory) เชื่อว่า ผู้สูงอายุยอมรับความสามารถทางร่างกายที่ลดลงและพยายามปรับตัวให้เหมาะสม ตรงกับการวิจัยของวาสนา หลวงพิทักษ์ และจิตติมา ดวงแก้ว (2562) และอภิรักษ์ สนน้อย ปิยาภรณ์ ศิริภานุมาศ และ สุรัชย์ ปิยานุกูล (2559) ที่พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีผลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

5.2.2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในขณะที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

- คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมในขณะที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในขณะที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.58$) ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานข้อ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบล เตราชะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 2019 อยู่ในระดับน้อย อ้างอิงมาจากการวิจัยของสุพัตรา รุ่งรัตน์ ชูลพิภอร์ มาโซ และยุทธนา กาเต็ม (2563) พบว่า การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีผลกระทบต่อผู้มีรายได้น้อยและคนจนเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในช่วงที่มีการปิดเมือง (Lockdown) ส่งผลให้เกิดคนใจใหม่ และไม่มีแนวโน้มที่จะกลับไปเป็นเหมือนเดิมก่อนมีการแพร่ระบาด ผู้วิจัยจึงคิดจึงตั้งสันนิษฐานว่าผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จากผลการวิจัยดังกล่าวผู้สูงอายุยังคงให้คะแนนระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมากถึงแม้ว่าจะมีค่าเฉลี่ยน้อยลงมา ตรงกับผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 04 และผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 09 ที่ไม่รู้สึกว่าสถานการณ์โควิด-19 ส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิต เพราะยังไม่เคยติดโรค เพราะป้องกันตัวเองได้ดี มีรายได้พอใช้ อยู่กับลูกหลาน ฯลฯ ซึ่งตรงกับทฤษฎี Psychosocial Developmental Stage ที่ว่าผู้สูงอายุสามารถรับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี เพราะมีจิตใจที่ปล่อยวางได้ ดังนั้น ผลการวิจัยปัจจุบันไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิเชียร เขียวเข้ม (ม.ป.ป.) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง

- คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านสังคมในขณะที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

หากพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.64$) คือ ด้านสังคม ซึ่งอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านสังคมเป็นรายข้อ พบว่า ด้านความพอใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ($\bar{X} = 3.69$) มีอันดับลดลง

มาจากอันดับ 1 เป็นอันดับ 3 เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาได้ในช่วง Lockdown ตามรายงานของไทยรัฐออนไลน์ เมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2564 ว่า วันวันฮารีรายออีดิลอัดฮาปี นี้ จะงดการจัดกิจกรรมทางศาสนาทุกอย่าง เพื่อเป็นการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคโควิด-19 ของภาครัฐ ส่งผลให้ระดับความพึงพอใจคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านนี้ลดลงมา ซึ่งสวนทางกับด้านความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ จากเดิมมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่น้อยที่สุด กลับมามีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจนเป็นอันดับ 2 เนื่องจากในช่วงที่มีการ Lockdown ทำให้ประชาชนมีปฏิสัมพันธ์ภายในชุมชนมากขึ้น และได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านและชุมชนมากขึ้น จนทำให้หัวข้อความพอใจในการเป็นสมาชิกของชุมชน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสูงที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.93$) ทั้งนี้ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2564) ได้สรุปสาระสำคัญจากเสวนาวิชาการ หัวข้อ “โควิด 19 กับความเหลื่อมล้ำทางสังคม” กล่าวว่า สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกแรกเป็นการช่วยเหลือกันของคนในสังคมเป็นหลัก สอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ ตรงกับทฤษฎีของมาสโลว์ (Maslow’s hierarchy of Need) ชั้นที่ 3 ความต้องการความรักและการยอมรับในสังคม (Love and Belonging Needs) ยกตัวอย่างเช่น ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 03 กล่าวว่า “ในช่วงโควิด-19 เพื่อนบ้านเข้ามาเยี่ยมเยียนดูแลพูดคุยกัน คนในครอบครัวมีการเอาใจใส่ดูแลซึ่งกันและกันมากขึ้น ทำกิจกรรมร่วมกันมากขึ้น” และผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 06 กล่าวว่า “หากได้รับการชมเชยจากชุมชนทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นและภูมิใจในตนเอง” ซึ่งตรงกับทฤษฎีกิจกรรม กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น สถานภาพ และบทบาททางสังคมจะลดลง แต่บุคคลยังมีความต้องการทางสังคมเหมือนบุคคลในวัยกลางคน ยังอยากมีคุณค่าและประโยชน์ต่อสังคม ดังนั้น การช่วยเหลือภายในชุมชนช่วง Lockdown ทำให้ผู้สูงอายุภูมิใจที่เป็นสมาชิกในชุมชนและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้น และสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ นัสมล บุตรีวิเศษ และอุบริฎฐา อินทรสาด (2563) พบว่า ความพึงพอใจที่ได้ผูกมิตรกับคนอื่นส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมมากที่สุด และงานวิจัยของพัชรวิสัย นวลละออง สุณีย์ วรธนโกมล และศิริณา สันติภาณุโสภณ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตแพทย์และพยาบาลห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-19 ในเขตพื้นที่ EEC ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ปัจจัยความสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ ทีมงานที่ช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งส่งผลต่อความสำเร็จ แต่ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ วิเชียร เขียวเข้ม (ม.ป.ป.) ที่พบว่าในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสังคมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59)

- คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านสิ่งแวดล้อมในขณะที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในขณะที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อันดับที่ 2 คือ ด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.62$) โดยในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เคยอยู่อันดับ 1 ทั้งนี้พบว่า ด้านความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ใน

ระดับมาก ($\bar{X} = 3.85$) รองลงมาคือ ด้านความพอใจกับสภาพแวดล้อมที่มีความสงบร่มรื่น ซึ่งอยู่ในระดับมากเช่นกัน ($\bar{X} = 3.72$) ถึงแม้จะมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 แต่สิ่งที่เปลี่ยนแปลงน้อยที่สุดคือสภาพบ้านเรือน สภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ แหล่งพักผ่อนหย่อนใจ ฯลฯ สอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 04 กล่าวว่า “โควิด-19 ไม่กระทบต่อคุณภาพชีวิต ถึงแม้ว่าธุรกิจที่ทำชบเขาในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 รายได้จากร้านค้าลดลง และส่งออกสินค้าไปมาเลเซียไม่ได้ แต่ไม่มีผลต่อสภาพความเป็นอยู่” ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีของอิริคสัน กล่าวคือ ผู้สูงอายุยอมรับได้ทั้งความสำเร็จและผิดหวัง ทำใจยอมรับความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นอย่างที่เขาเป็น และมีความพอใจในชีวิตตนเอง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตน้อยที่สุดคือ ด้านสภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ ซึ่งยังคงอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.46$) เนื่องจากผู้คนกังวลกับการติดต่อของโรคโควิด-19 อยู่บ้างเล็กน้อยและกังวลกับเรื่องการติตราทางสังคมเพราะเป็นผู้ติดโควิด-19 ตามตัวอย่างของผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 05 กล่าวว่า “แต่พอช่วงโควิด ก็ทำให้ลำบากในการประกอบอาชีพ เนื่องจากต่างคนก็ต่างกลัวโรคโควิดที่กำลังเกิดขึ้น เช่น ที่ฟาร์ม ทุกวันก่อนหน้าที่จะมีโควิด คนทำงานฟาร์มก็ร่วมกันทำงาน พบปะพูดคุยกันปกติ พอโควิดต่างคนก็ต่างระแวง ต่างกลัว กลายเป็นว่า มีสัมพันธ์ไมตรีที่ไม่ดีต่อคนที่ในกลุ่มเสี่ยงและคนที่เป็โควิดแล้ว” อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ผู้สูงอายุจะมีความกังวลกับสิ่งแวดล้อมในช่วงการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ยังสามารถรับมือกับสถานการณ์ได้ดี เพราะยังให้คะแนนค่าเฉลี่ยด้านสิ่งแวดล้อมในระดับมาก จึงสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีเอกัตบุคคลของ จุง (Jung's Theory of Individualism) เกี่ยวกับจิตตน (Ego) ผู้สูงอายุสามารถใช้จิตตนในการปรับมุมมองความคิดให้เหมาะสมกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตในแต่ละสถานการณ์ ผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิเชียร เขียวเข้ม (ม.ป.ป.) ที่พบว่าในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสังคมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 70)

- คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจในขณะที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในขณะที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อันดับที่ 3 คือ ด้านจิตใจ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.59$) เมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจเป็นรายข้อ พบว่า อันดับเป็นรายข้อแทบจะไม่มีเปลี่ยนแปลงอันดับจากก่อนสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีเพียงด้านความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข สงบ มีความหวัง) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.57$) ปรับลงจากอันดับ 3 ซึ่งมีระดับคุณภาพชีวิตเท่ากับด้านความรู้สึกพอใจในตนเอง (ช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19) เป็นอันดับ 4 แต่เมื่อพิจารณาในภาพรวมแล้วพบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงในทุก ๆ ด้าน ทั้งนี้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ลดลงในขณะที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อาจเกิดจากหลายสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุกังวลใจจากผลการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 05

กล่าวว่า “ก่อนมีโควิด-19 สามารถเดินทางไปไหนมาไหนได้สะดวกสบาย และสามารถพบปะผู้คนได้” ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 06 กล่าวว่า “รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตลดลงเพราะสินค้าราคาแพงขึ้นและวิตกกังวลกับการที่จะติดโรคโควิด 19” และผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 07 กล่าวว่า “มีอาการเครียด วิตกกังวล รายได้ลดลง ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง เพราะมีอาการเครียดวิตกกังวล” แต่อย่างไรก็ดี ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจโดยภาพรวมก็ยังคงอยู่ที่ระดับมาก ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีของ เพค (Peck's Theory) ที่ยอมรับสภาพร่างกายที่ถดถอยลง ยอมรับกฎเกณฑ์และการเปลี่ยนแปลงทางธรรมชาติ และยอมรับความตายโดยไม่รู้สึกหวาดวิตก และทฤษฎีเอกัตบุคลลของ จุง (Jung's Theory of Individualism) เกี่ยวกับจิตตน (Ego) ที่ว่าผู้สูงอายุสามารถใช้จิตตนในการปรับมุมมองความคิดให้เหมาะสมกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตในแต่ละสถานการณ์ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของอัญริช สารีกลยะ (2564) พบว่า ผู้สูงอายุจึงควรมีสภาวะทางจิตใจที่มีความพร้อมรับมือกับปัญหาต่าง ๆ ทั้งจากภายใน และภายนอก และสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิเชียร เขียวเข้ม (ม.ป.ป.) พบว่า คุณภาพชีวิตของที่บุคลากรสาธารณสุขระดับดีด้านจิตใจ มีค่ามากที่สุด ร้อยละ 55.34

- คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายในขณะที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในขณะที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ด้านที่มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตน้อยที่สุดยังคงเป็นด้านร่างกาย ซึ่งอยู่ในระดับมากเช่นเดิม ($\bar{X} = 3.46$) เมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายเป็นรายข้อ พบว่า ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอันดับ แต่ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตลดลงในทุก ๆ ด้าน ซึ่งสามารถวิเคราะห์ผลการวิจัยได้ว่า ไม่ว่าจะเกิดสถานการณ์โควิด-19 หรือไม่ ผู้สูงอายุก็ยังคงมีความวิตกกังวลด้านร่างกายเช่นเดิม แต่อาจจะมีความวิตกกังวลมากขึ้นจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีต่อสุขภาพร่างกายของตน ยกตัวอย่างเช่น ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 01 กล่าวว่า “คุณภาพชีวิตลดลง เนื่องจากเคยป่วยเป็นโรคโควิด-19 และขณะนี้สุขภาพแย่งเพราะมีอาการลองโควิดเป็นเวลา 5 เดือนแล้ว” และผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 04 กล่าวว่า “กังวลเรื่องสุขภาพและการเดินทาง ระแวงว่าอาจจะติดโรคโควิด 19 ได้ แต่ยังไม่เคยติดโควิดทั้งครอบครัว เพราะมีการป้องกันตัวที่ดี” ซึ่งผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกชี้ให้เห็นว่า ความเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย และการติดเชื้อของโรคโควิด-19 ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจคุณภาพชีวิตด้านร่างกายลดลง แต่ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมยังอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ จากผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายมีค่าน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่น ๆ อาจเกิดจากผลของร่างกายที่เสื่อมสภาพตามกาลเวลา และการมีโรคประจำตัว จึงทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ส่งผลให้มีความพึงพอใจในสภาพร่างกายน้อยลง สอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีอวัยวะ (Organ Theory) ที่กล่าวถึงบุคคลเมื่อเข้าสู่วัยชราจะมีสภาพที่เสื่อมถอย เช่น อวัยวะ ระบบประสาท และภูมิคุ้มกัน และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรีเมือง พลังฤทธิ์ นติมา ติเยาว์ และวดี วงศ์ประดิษฐ์

(2563) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครรังสิต ตำบลประชาธิปัตย์ อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าครึ่ง (50) ได้แก่ ด้านการทำงานร่างกาย (Physical Functioning: PF) และด้านการปวดตามร่างกาย (Bodily Pain: BP) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ นัสมล บุตรวิเศษ และอุปรีภรรยา อินทรสาด (2563) ปัจจัยด้านกายภาพของบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ งานที่ปฏิบัติมีความเสี่ยงเป็นอันตรายต่อสุขภาพมากเกินไป แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของวิเชียร เขียวเข้ม (ม.ป.ป.) พบว่า คุณภาพชีวิตของที่บุคลากรสาธารณสุขระดับดีด้านร่างกาย มีปานกลาง ร้อยละ 67.96

5.2.3 ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา พบว่า ภาวะการมีงานทำ และสภาพการอยู่อาศัยเท่านั้น ที่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

- ภาวะการมีงานทำส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพ พึ่งพาตนเองได้ จึงรู้สึกภูมิใจในตนเอง แม้บางคนจะไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นเพียงแม่บ้าน แต่ก็มีรายได้จากการที่สมาชิกในครอบครัวมอบให้ จึงส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 10 กล่าวว่า “เดิมทีก็มีอาชีพค้าขายที่มีรายได้อยู่แล้ว แต่ในช่วง covid ทำให้รายได้น้อยลง อย่างน้อยคุณภาพชีวิตก็ไม่ได้แย่มากเพราะว่ามีเงินเบี้ยยังชีพยังชีพช่วยเหลืออยู่ และการที่มีเพื่อนบ้านเข้ามาชมเชยว่าอายุเยอะแล้วแต่ก็ยังทำงานได้เก่ง ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจ” และผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 09 ที่กล่าวว่า “ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิดคุณภาพชีวิตไม่มีการเปลี่ยนแปลง ยังคงเหมือนเดิมเนื่องจากปกติเป็นคนชอบอยู่บ้านไม่ค่อยไปไหนอยู่แล้ว ยังอยู่กับลูกหลานเหมือนเดิม ลูกหลานก็ยังมีรายได้อีกทั้ง ไม่เคยติดโควิด” สอดคล้องกับทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's Epigenetic Theory) หรือทฤษฎี Psychosocial Developmental Stage ที่ว่า ผู้สูงอายุช่วงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จะต้องพัฒนาความรู้สึกได้ว่าตนได้กระทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ควรทำเสร็จสิ้นตามหน้าที่ของตนแล้ว ยอมรับได้ทั้งความสำเร็จและผิดหวัง (ปล่อยวาง) ทำใจยอมรับความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นอย่างที่เขาเป็น และมีความพอใจในชีวิตของตน นั่นจึงเป็นเหตุผลที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 5,000 บาท และยังคงทำงานอยู่ เพียงเพื่อให้สามารถถึงพาตนเองได้ ไม่เหลือความทะเยอทะยานในชีวิต รู้สึกพึงพอใจในคุณภาพชีวิตของตน สอดคล้องกับงานวิจัยของพิมพ์อพิชยา อินทรโสภา (ม.ป.ป.) ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .05 และพัชราภรณ์ พัฒนะ (ม.ป.ป.) อาชีพหลัก เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งการวิจัยปัจจุบัน พบว่า รายได้ที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุไม่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต

ที่แตกต่างกัน ทั้งที่เรื่องของรายได้และอาชีพควรมีผลในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า ผู้สูงอายุเพียงแค่ต้องการมีรายได้เพื่อให้พึ่งพาตนเองได้ รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า ไม่ว่าจะประกอบอาชีพที่มีรายได้มาน้อยเพียงใด ก็ไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

- ภาวะการมีงานทำส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ส่วนปัจจัยสภาพการอยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัว มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัว เนื่องจากผู้สูงอายุที่อาศัยกับครอบครัวจะรู้สึกโดดเดี่ยว มีลูกหลานคอยดูแลเอาใจใส่และช่วยดูแลในเรื่องสุขภาพ อาหารการกิน และยาต่าง ๆ คอยรับฟังปัญหาและช่วยปรับทุกข์ ตลอดจนเป็นที่พึ่งและที่ยึดเหนี่ยวจิตใจให้กับลูกหลานและคนในครอบครัว เป็นผู้ให้คำปรึกษากับบุตรหลานเนื่องจากตนเองผ่านการสั่งสมประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต จึงรู้สึกภูมิใจในตนเอง สอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ ยกตัวอย่าง เช่น ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 02 กล่าวว่า “การทำกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัวส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น” ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 06 กล่าวว่า “มีคุณภาพชีวิตที่ดีมาก รู้สึกว่าชีวิตมีความพร้อมทุกด้าน อยู่พร้อมหน้าพร้อมตากับลูกหลาน” ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 09 กล่าวว่า “มีคุณภาพชีวิตที่ดี เพราะมีบ้านอาศัย ไม่ขัดสน มีอาหารกินครบ 3 มื้อ อยู่กับครอบครัวที่อบอุ่น มีคนดูแลยามเจ็บป่วยลูกหลานมีรายได้ ไม่ลำบาก” และผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 10 กล่าวว่า “รู้สึกมีความสุขเมื่อลูกเข้ามาพูดคุยและดูแลเรื่องอาหารการกิน” ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) ที่อธิบายว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือความทุกข์นั้น ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของบุคคลนั้น ถ้าพัฒนามาด้วยความมั่นคง อบอุ่น ถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นใจผู้อื่น ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข อยู่ร่วมกับบุตรหลานได้อย่างมีความสุข และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ มั่นไชร์ ดอเลาะ (2559) พบว่า ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง

5.2.4 ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราระบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คือ ปัจจัยเอื้อด้านสถานบริการผู้สูงอายุและการบริการด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของ World Health Organization เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) อยู่ใกล้กับที่พักอาศัย สามารถเข้าถึงได้สะดวกสบายโดยไม่ต้องพึ่งลูกหลาน มีบริการตรวจสุขภาพเชิงรุกจาก

กลุ่ม อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก รพ.สต. และมีบริการรถรับส่งผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยติดเตียงของเทศบาลตำบลเตราะบอนคอยให้บริการผู้สูงอายุไปยังโรงพยาบาลอีกด้วย สอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 01 กล่าวว่า “ดีมาก เนื่องจากบ้านอยู่ใกล้กับ รพ.สต. สามารถเดินทางได้สะดวก และ อสม. เข้ามาดูแลเรื่องสุขภาพสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ” และผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 10 กล่าวว่า “การที่มีบ้านอยู่ใกล้กับอนามัย ห่างประมาณ 400 เมตร มีผลกับคุณภาพชีวิตที่ดี เพราะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างสะดวก” ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุรจิตต์ วุฒิการณ์ พิสิษฐ์ จอมบุญเรือง และไพศาล สรรสรวิสุทธิ (2558) พบว่า ปัจจัยเอื้อมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเกี่ยวกับด้านการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข และพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ และยังคงสอดคล้องกับงานวิจัยของสมชาย เพชรรัตน์ (2562) การจัดสวัสดิการผู้สูงอายุด้านสุขภาพอนามัย ด้านรายได้ ด้านบริการสังคม และด้านนันทนาการมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คือ ปัจจัยเสริมด้านการได้รับจากครอบครัว เกี่ยวกับการได้รับคำแนะนำด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลจากครอบครัว เนื่องจากบุคคลในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 01 กล่าวว่า “ดี ครอบครัวมีการพูดคุยกันให้คำแนะนำกันในเรื่องของสุขภาพอาหารการกิน ดูแลซึ่งกันและกันอย่าง” ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 04 กล่าวด้วยว่า “ลูกๆจะเข้ามาแนะนำเรื่องอาหารการกินและสุขภาพ รู้สึกมีความสุข” และผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 09 กล่าวว่า “ปกติเป็นคนชอบอยู่บ้านไม่ค่อยไปไหนอยู่แล้ว ยังอยู่กับลูกหลานเหมือนเดิม” ซึ่งตรงกับแนวทางทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagement Theory) ของ Cumming และ Henry ซึ่งให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่ถอนตัวเองออกจากการมีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม สามารถที่จะมีเวลาในการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีแก่บุคคลในครอบครัวได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ใช้เวลาส่วนใหญ่ทำงานหรือกิจกรรมนอกบ้าน อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของกฤษฎา พรหมสุวรรณ (2560) พบว่า คำแนะนำจากเพื่อน และบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการได้รับคำแนะนำเรื่องสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลจากครอบครัว อาจเกิดจากปัญหาการทะเลาะเบาะแว้งของคนในชุมชนที่เคยติดโรคโควิด-19 หรือถูกผู้อื่นคิดว่าติดโรคโควิด-19 ทำให้เกิดปัญหาการตีตราทางสังคม ดังเช่น บทความออนไลน์ของ World Health Organization (2563) กล่าวถึงปัญหาการตีตราทางสังคมจะทำลายความสมัคสมานในสังคม และทำให้เกิดการแยกตัวทางสังคมของกลุ่มคน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดสถานการณ์ที่เอื้ออำนวยต่อการแพร่ระบาดของไวรัสมากขึ้น ไม่นับน้อยลง ยกตัวอย่างเช่น ประชาชนอาจปกปิดอาการเจ็บป่วยเพื่อหลีกเลี่ยงการเลือกปฏิบัติ สอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ

ยกตัวอย่างเช่น ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 06 กล่าวว่า “ช่วงโควิด ก็ทำให้ลำบากในการประกอบอาชีพ เนื่องจากต่างคนก็ต่างกลัวโรคโควิดที่กำลังเกิดขึ้น เช่น ที่ฟาร์มในทุก ๆ วันก่อนหน้าที่จะมีโควิด คนทำงานฟาร์มก็ร่วมกันทำงาน พบปะพูดคุยกันปกติ แต่พอโควิด-19 ระบาด ต่างคนก็ต่างระแวงต่างกลัว กลายเป็นว่ามีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อคนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและคนที่เป็นโควิดแล้ว”

นอกจากนี้ ยังพบว่ามีการวิจัยเสริมอีก 1 ตัว ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยการได้รับจากภาครัฐในด้านการยกย่องชมเชยและการได้รับคำแนะนำด้านต่าง ๆ จากภาครัฐ เนื่องจากการได้รับการชมเชยจากหน่วยงานภาครัฐสร้างกำลังใจให้ผู้สูงอายุที่ยังชอบกิจกรรมช่วยเหลือสังคม ซึ่งสอดคล้องกับคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 05 ที่กล่าวว่า “ส่วนนี้เป็นกำลังใจสำหรับคนที่ทำงานบริการหรือทำงานช่วยเหลืออยู่ในชุมชน ถ้าได้รับรางวัลจากรัฐก็เป็นแรงผลักดันให้สามารถเดินหน้าทำหน้าที่ตรงนี้ได้” ตรงกับทฤษฎีของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of Need) ชั้นที่ 3 ความต้องการความรักและการยอมรับในสังคม (Love and Belonging Needs) และทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เชื่อว่าผู้สูงอายุมีชีวิตที่เป็นสุขได้นั้น ควรมีบทบาทหรือกิจกรรมทางสังคมตามสมควร ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ อาจเกิดจากการคาดหวังถึงกำลังใจในการได้รับการยกย่องชมเชย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังอยากให้มีการแนะนำจากหน่วยงานภาครัฐในด้านต่าง ๆ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 04 กล่าวว่า “อยากให้หน่วยงานภาครัฐอบรมให้ความรู้แก่ชาวบ้าน เรื่องสุขภาพและการส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ” ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เพชรธยา แบนวงษา ไพฑูรย์ สอนทน และ กมล อยู่สุข (2563) ที่เสนอให้หน่วยงานภาครัฐและชุมชนควรจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น บุคลากรสาธารณสุขควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อป้องกันและช่วยเหลือผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม แต่ก็อาจจะมีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่มีความคิดเห็นเป็นไปตามทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagement Theory) เนื่องจากผู้สูงอายุ อยากถอนตัวเองออกจากการมีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม สามารถที่จะมีเวลาในการสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในครอบครัวได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ใช้เวลาส่วนใหญ่ทำงานหรือกิจกรรมนอกบ้าน กล่าวคือ ไม่ต้องการคำยกย่องชมเชย หรือคำแนะนำจากหน่วยงานภาครัฐมากกว่าครอบครัว ยกตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์เชิงลึกของ ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 09 ที่กล่าวว่า “ส่วนตัวคิดว่าการยกย่องชมเชยจากภาครัฐไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเนื่องจากไม่เคยมีกิจกรรมนี้จากเทศบาล แต่การได้รับการยกย่องชมเชยจากครอบครัว ทำให้รู้สึกมีคุณภาพชีวิตที่ดีทางด้านจิตใจเนื่องจากรู้สึกเป็นที่รักของครอบครัว” ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กฤษดา พรหมสุวรรณ (2560) ที่ว่าการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผลการวิจัยของ กฤษดา พรหมสุวรรณ (2560) สะท้อนให้เห็นว่าการได้รับคำแนะนำจากเพื่อนและบุคคลในครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์

กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่า อีกทั้งยังสอดคล้องกับคำให้สัมภาษณ์เชิงลึกของ ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 03 ที่กล่าวว่า “เนื่องจากครอบครัวของกระผมไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์กัน การพูดคุยในครอบครัวน้อย อยากให้หน่วยงานรัฐเข้ามาช่วยส่งเสริมกิจกรรมที่สร้างความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมากขึ้น” อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุก็ยังคงมีความต้องการให้หน่วยงานภาครัฐเข้ามาให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ ฯลฯ

5.2.5 แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุอยากให้หน่วยงานภาครัฐเข้ามาดูแลด้านสุขภาพ โดยเน้นให้ความรู้เกี่ยวกับด้านโภชนาการ ยา การคัดกรองโรค และโรคโควิด-19 ยกตัวอย่างเช่น ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 01 กล่าวว่า “อยากให้หน่วยงานรัฐเข้ามาแนะนำด้านสุขภาพ อาหารการกิน และการออกกำลังกาย” เนื่องด้วยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพจากความถดถอยของร่างกาย ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีอวัยวะ (Organ Theory) อธิบายกระบวนการแก่ว่า เมื่ออวัยวะมีการใช้งานย่อมจะมีความเสื่อมเกิดขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุมักจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ 2 ประการหลัก ตามแนวคิดของ วิลเลอร์ (2545) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological Changes) คือ ความเสื่อมอย่างถดถอยระบบทางร่างกายของผู้สูงอายุ เช่น ผิวหนังเหี่ยวยุบสีขาวย่น ผมนและขนมีจำนวนลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้ำ สายตาเสื่อมมองเห็นไม่ชัด หูตึง ฯลฯ และการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological Changes) คือ การเปลี่ยนทางบุคลิกภาพตามความคิดเห็นของตนเองเกี่ยวกับอายุและการยอมรับของสังคม เช่น ขี้ใจน้อย อ่อนไหวง่าย รู้สึกไม่มั่นคง ไม่ปลอดภัย ซ้ำงบน โกรธง่าย คิดถึงแต่ตนเอง และการเปลี่ยนแปลงทางด้านความจำ เช่น เรียนรู้ช้า มีปัญหากับความจำระยะสั้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อภินันท์ สนน้อย ปิยาภรณ์ ศิริภาณุมาศ และ สุรัชย์ ปิยานุกูล (2559) ที่แนะนำให้หน่วยงานรัฐ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเรื่องการออกกำลังกาย ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 09 กล่าวว่า “อยากให้ อสม. ให้ความรู้เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจคัดกรองโรค ให้เหมือนก่อนที่มีการระบาดของโรคโควิด เนื่องจากว่าหลังจากมีการระบาดโรคโควิด มีโครงการจาก อสม.น้อยลงมาก ด้วยอายุมากแล้ว ทำให้กังวลเรื่องอาหารการกิน และการปฏิบัติตนให้พ้นจากโรคโควิด”

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุ อยากให้หน่วยงานภาครัฐเข้ามาทำกิจกรรมส่งเสริมอาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสินค้าเกษตรและธุรกิจชุมชน ด้วยการอุดหนุนเงินทุน จัดหาตลาดระบายสินค้า การส่งเสริมอาชีพแบบรวมกลุ่ม และส่งเสริมอาชีพการทำนา

เช่น ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 05 กล่าวว่า “อยากให้ภาครัฐหรือส่วนราชการให้การสนับสนุนในเรื่องของอาชีพ เช่นพืชผลทางการเกษตรซึ่งเราอยู่ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ มันยากในเรื่องของการตลาดคือเรื่องของราคาของพืชผล ไม่ว่าจะเป็น ยางพารา เงาะ ทุเรียน ฯลฯ” และผู้ให้สัมภาษณ์ 06 กล่าวว่า “อยากให้ส่งเสริมอาชีพในรูปแบบของการรวมกลุ่มเช่นในพื้นที่จะมีการรวมกลุ่มกันปลูกผักกางมุ้งและเคยประกวดได้รางวัลมาด้วย” จะเห็นได้ว่าคำแนะนำของผู้สูงอายุสอดคล้องกับทฤษฎีของ เพค (Peck's Theory) Ego Differentiation and Work-Role Preoccupation เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับงานที่ทำอยู่ โดยจะรู้สึกว่าตนยังมีคุณค่าอยู่ก็ต่อเมื่อมีบทบาทลดลงหรือเปลี่ยนไป จึงพอใจที่จะหาสิ่งอื่น ๆ มาทดแทน กล่าวคือ ถึงแม้จะถึงวัยเกษียณอายุแล้ว แต่ก็ยังอยากมีคุณค่าด้วยการช่วยหารายได้ให้กับครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมชาย เพ็ชรรัตน์ (2560) พบว่า ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อสวัสดิการด้านรายได้ในระดับมาก จึงเห็นว่าควรจัดตั้งกองทุนชุมชน เพื่อช่วยเหลือคนยากไร้ รวมถึงจัดสรรทุนเพื่อสร้างอาชีพ แต่มีบางประเด็นที่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ อิงทิติต วังศ์จินดา และจิตพนธ์ ชุมเกตุ (2560) พบว่า แม้ผู้สูงอายุมีความต้องการสวัสดิการด้านการส่งเสริมรายได้ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.76$) แต่ผู้สูงอายุมีความต้องการให้เพิ่มเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และจัดสวัสดิการรายได้ให้แก่คนยากจนและไร้ที่พึ่งพิงอยู่ในระดับที่มากที่สุด ในขณะที่ด้านการส่งเสริมอาชีพ การถ่ายทอดความรู้ด้านอาชีพและภูมิปัญญาผู้สูงอายุ และการหาแหล่งจำหน่ายสินค้าผู้สูงอายุ อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุให้เหตุผลว่าสภาพร่างกายไม่พร้อมต่อการทำงาน อันเกิดจากปัญหาสายตา และไม่สามารถทำงานเป็นเวลานาน ๆ ได้ จากเหตุผลนี้ก็สอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 01 ที่กล่าวว่า “เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุก็เข้ามาช่วยทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นเพราะช่วยค่าใช้จ่ายภายในบ้าน ลดภาระให้กับลูกหลานได้” และผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 04 กล่าวว่า “โครงการที่คิดว่าช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตจะเกี่ยวข้องกับโครงการบริการด้านสุขภาพมากกว่าโครงการส่งเสริมอาชีพ” ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and Tear Theory) ความแก่เป็นกระบวนการ เกิดขึ้นเองเมื่ออวัยวะใช้งานมากย่อมเสื่อมได้ และทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine Theory) เมื่อเข้าสู่วัยชรา การทำงานของระบบประสาทจะลดลง การตอบสนองต่างๆ จะเชื่องช้า ความจำจะเสื่อมลง ทำให้อยากได้คำแนะนำด้านสุขภาพมากกว่าด้านส่งเสริมอาชีพ

ด้านการส่งเสริมสวัสดิการทางด้านจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุอยากให้หน่วยงานภาครัฐเข้ามาเยี่ยมเยียน ดูแลและให้กำลังใจ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 03 กล่าวว่า “อยากให้ขอหน่วยงานรัฐเข้ามาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจคนในหมู่บ้าน” และผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 06 กล่าวว่า “อยากให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เทศบาล รพ.สต. อสม. อนามัย เข้ามาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ ให้รู้สึกว่าคุณค่า มีคนให้พูดคุยได้ปรับทุกข์” อาจเพราะช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ประชาชนขาดที่พึ่งและกำลังใจ อีกทั้งกิจกรรมต่างๆ ที่หน่วยงานภาครัฐเคยจัดหรือเข้ามาดูแลก็ลดน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความต้องการ

ตามลำดับขั้นของ มาสโลว์ (Maslow's hierarchy of Need) ขั้นที่ 3 ความต้องการความรักและการยอมรับในสังคม (Love and Belonging Needs) ซึ่งในช่วงขณะที่มีสภาวะกดดันจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุเพียงต้องการความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ และความเป็นมิตรที่ดีจากหน่วยงานภาครัฐ จึงทำให้ศาสนาเข้ามามีบทบาทสำคัญกับจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น ผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 01 ที่กล่าวว่าช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภูมิใจที่มีโต๊ะอิหม่ามเข้าดูแล และผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 03 ที่อยากให้เทศบาลจัดกิจกรรมทุกกิจกรรมที่มีสยิด เพราะว่ามีสยิดเป็นศูนย์รวมของชุมชนสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมชาย เพ็ชรรัตน์ (2560) ที่ได้ผลลัพธ์ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านจิตใจด้วยการใช้กิจกรรมทางศาสนา และงานวิจัยของ มั่นโชค ตอเลาะ (2559) แนะนำให้จัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุได้ผ่อนคลาย โดยการทำกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน มีการพบปะกับคนในวัยเดียวกัน พูดคุยเพื่อสร้างสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งตรงกับความคิดเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์รหัส 02 ที่อยากให้ภาครัฐจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ส่งเสริมความสัมพันธ์ การส่งเสริมด้านสุขภาพกิจกรรมนันทนาการ เป็นต้น ทั้งนี้ความไม่สอดคล้องที่เกิดขึ้นอาจเนื่องมาจากมาตรการของภาครัฐในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จึงห้ามมิให้มีการจัดกิจกรรมที่มีคนรวมกลุ่มกันเกิน 5 คน

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย สามารถนำผลที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางที่จะยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

5.3.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. จากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพ และอาศัยอยู่กับครอบครัวจะส่งผลให้มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้น เทศบาลตำบลเตราะบอน ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุให้ตรงต่อความต้องการและสอดคล้องกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ กิจกรรมที่เสริมสร้างความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และกิจกรรมที่เสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุในชุมชน ตลอดจนควรเข้ามาดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยลำพัง เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตลอดจนการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ในเรื่องสิทธิที่รัฐพึงจัดให้มีสำหรับผู้สูงอายุ เช่น เงินกู้ยืมเพื่อการประกอบอาชีพของกองทุนผู้สูงอายุ เงินกู้ยืมสำหรับผู้พิการและผู้ดูแลผู้พิการเพื่อการประกอบอาชีพ เป็นต้น
2. ถึงแม้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอนโดยภาพรวมจะอยู่ในระดับมากในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 แต่ผู้สูงอายุกลับให้คะแนนความพึงพอใจคุณภาพชีวิตด้านร่างกายน้อยที่สุด ซึ่งอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายที่เสื่อม

ถอยลง การมีโรคประจำตัว และการติดเชื้อโรคโควิด-19 ดังนั้น เทศบาลตำบลเตราะบอน ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านต่าง ๆ ตามข้อเสนอแนะของผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในเรื่องอาหารการกินที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ยาและอาหารเสริม การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 กิจกรรมการคัดกรองโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ ฯลฯ เพื่อเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้เพิ่มขึ้น

3. หน่วยงานภาครัฐควรจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างกำลังใจให้กับผู้สูงอายุ และกิจกรรมที่เสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุในชุมชน โดยบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น รพ.สต. อสม. อพม. ศวชต.มอ.ปัตตานี พมจ.ปัตตานี บัณฑิตอาสาฯ เป็นต้น เพื่อเยี่ยมเยียนให้กำลังใจและสอบถามสารทุกข์สุกดิบกับผู้สูงอายุ เปิดบริการรับฟังปัญหาผู้สูงอายุ เช่น คลินิกใจวัยเก่า และให้ความช่วยเหลือตามกรอบดำเนินงานของแต่ละหน่วยงานที่จะทำได้ นอกจากนี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจที่ดี ควรจัดให้มีกิจกรรมที่ผู้สูงอายุในชุมชนสามารถรวมตัวกันทำได้ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้พบปะคนวัยเดียวกันและต่างวัย เช่น การร่วมปฏิบัติศาสนกิจที่วัดหรือมัสยิด การกินน้ำชายามเช้าตามสถานที่ชุมชน การออกกำลังกายและทำกิจกรรมร่วมกันของชมรมผู้สูงอายุ การพาผู้สูงอายุไปทัศนศึกษาในสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ ทั้งนี้ต้องปฏิบัติตามภายใต้มาตรการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วย ฯลฯ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุหลายคนสูญเสียคู่ชีวิตและคนในครอบครัวไปก่อนเกิดความเศร้า จึงควรจัดกิจกรรมเพื่อบำบัดความเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มนี้

4. ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมในชุมชน แต่หน่วยงานภาครัฐควรจัดทำสถานที่ให้สอดคล้องกับผู้สูงอายุทุกกลุ่มโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่พิการ เช่น ทางขึ้นสำหรับรถเข็นผู้พิการ ห้องน้ำสำหรับผู้พิการ ที่จอดรถสำหรับผู้พิการ และอารยสถาปัตยกรรมอื่น ๆ นอกจากนี้ เทศบาลตำบลเตราะบอนอาจบูรณาการร่วมกับหน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการสำรวจและปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุให้เหมาะสมและปลอดภัย

5. ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับปัจจัยเอื้อด้านสถานบริการและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์มากกว่านโยบายหรือกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเกิดจากในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 หน่วยงานภาครัฐจัดกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ เพื่อลดการรวมตัวของประชาชนอันเป็นการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 จึงทำให้ไม่ได้รับประโยชน์จากนโยบายหรือกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมตามประเพณี วัฒนธรรมต่าง ๆ กิจกรรมตรวจคัดกรองโรค โครงการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม เทศบาลตำบลเตราะบอนก็ยังมีกิจกรรมเพื่อการดูแลสูงอายุ เช่น อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียง ซึ่งจะคอยช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียงในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 แต่ก็ยังไม่เพียงพอและครอบคลุมความต้องการของผู้สูงอายุ อันเนื่องจากการดำเนินงานกิจกรรม/โครงการของเทศบาลตำบลเตราะบอนยังเข้าไม่ถึงผู้สูงอายุทุก

กลุ่มในชุมชน อีกทั้งยังขาดการประชาสัมพันธ์กิจกรรม/โครงการที่ทั่วถึง ทำให้ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมักจะจดจำกิจกรรม/โครงการที่มาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล หรือจาก อสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่มากกว่ากิจกรรม/โครงการที่จัดโดยเทศบาลตำบลเตราะบอน โดยเฉพาะกิจกรรม/โครงการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ดังนั้น เทศบาลตำบลเตราะบอนควรบูรณาการความร่วมมือกับเพิ่มหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เช่น อาสาสมัครสภาภาษาไทย และองค์กรภาษาต่างประเทศ เพื่อการให้บริการสุขภาพให้กับผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทุกกลุ่มทุกความต้องการ โดยอาจจะลงพื้นที่ร่วมกับหน่วยงานดังกล่าว นอกจากนี้ เทศบาลตำบลเตราะบอนควรเร่งประชาสัมพันธ์กิจกรรม/โครงการในทุกช่องทาง เช่น ช่องทางเว็บไซต์ของเทศบาลตำบลเตราะบอน สื่อมีเดีย Facebook Line บอร์ดประชาสัมพันธ์ ป้ายไว้นิลประชาสัมพันธ์กิจกรรม/โครงการที่ติดตั้งในชุมชน เสียงตามสายในชุมชน รถประชาสัมพันธ์ตามชุมชน และประชาสัมพันธ์ผ่านกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน ผู้นำกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้นำกลุ่มสตรีต่าง ๆ ซึ่งมีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ตลอดจนต้องเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผลสำเร็จของการดำเนินกิจกรรม/โครงการ ให้ผู้สูงอายุทราบด้วย เพื่อที่เป็นการชักจูงใจให้ผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้ตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรม/โครงการได้มีข้อมูลหรือเห็นภาพที่ชัดเจนในการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรม/โครงการ รวมทั้งตั้งปรับปรุงแบบกิจกรรม/โครงการ ให้เป็นเชิงรุกซึ่งมีการดำเนินงานหรือกิจกรรมในพื้นที่อันเป็นการอำนวยความสะดวกในการเดินทางให้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ด้วย

6. ควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เพราะกิจกรรมต่าง ๆ ที่ส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุถูกยกเลิกการดำเนินการทั้งหมด อันเนื่องมาจากมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของรัฐบาล ดังนั้น เทศบาลตำบลเตราะบอนควรเปลี่ยนแปลงการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับมาตรการของภาครัฐ เช่น ดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มย่อย ๆ ที่เล็กลง การดำเนินการตรวจคัดกรองโรคแบบเชิงรุกที่บริการถึงบ้านผู้สูงอายุหรือจัดเป็นกลุ่มเล็ก ๆ กิจกรรมให้ความรู้เรื่องสุขภาพอนามัยและการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยการแจกแผ่นพับความรู้เพื่อให้ผู้สูงอายุยังสามารถรักษาสุขภาพและป้องกันตนเองได้ นอกจากนี้ กิจกรรมนันทนาการต่าง ๆ อาจปรับเปลี่ยนรูปแบบเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น อาจจัดกิจกรรมศาสนาแบบออนไลน์หรือจัดกลุ่มให้เล็กลงแต่เพิ่มวันในการจัดกิจกรรมขึ้น โดยกำหนดจำนวนคนที่สามารถเข้าร่วมในแต่ละรอบ เป็นต้น

7. ปัจจัยเสริมด้านการได้รับจากครอบครัว เกี่ยวกับการได้รับคำแนะนำด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจากครอบครัวส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากบุคคลในครอบครัวมีอิทธิพลต่อความคิด พฤติกรรม และการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น เทศบาลตำบลเตราะบอนควรดำเนินกิจกรรม/โครงการ ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือบุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือบุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุนำความรู้ที่ได้จาก

การดำเนินกิจกรรม/โครงการ ไปแนะนำและปฏิบัติให้กับผู้สูงอายุ และควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การนำปัจจัยเสริมด้านการได้รับจากภาครัฐสามารถนำมาใช้เป็นเครื่องจูงใจในการชักนำผู้สูงอายุเข้ามาร่วมกันทำกิจกรรมเพื่อชุมชน เช่น การยกย่องให้เกียรติผู้ที่มีความเสียสละ มีความรู้ในลักษณะปราชญ์ชาวบ้าน ฯลฯ

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. งานวิจัยฉบับนี้ เน้นกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรง ยังไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป หรือผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง งานวิจัยคราวถัดไปจึงควรศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าไปช่วยเหลือในด้านใดได้บ้างในการพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2. เนื่องจากมาตรการการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีการคลายมาตรการ โดยลดความเข้มงวดลงหรือมีการบังคับใช้มาตรการเข้มข้นเป็นรายพื้นที่ไป ทั้งนี้ จากปี พ.ศ. 2563-2564 มาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 มีความเข้มข้นเป็นอย่างมาก ถึงขนาดที่เคยประกาศให้มีการ Lockdown สถานณ์ที่ต่าง ๆ โดยบังคับใช้ทั่วประเทศ ดังนั้น การวิจัยในครั้งถัดไป ควรศึกษาแนวทางหรือพฤติกรรมในการส่งเสริมและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้แนวคิด New Normal และการปรับแนวคิดจากการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 เป็นการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุให้สามารถอยู่ร่วมกับโรคโควิด-19 ได้

บรรณานุกรม

1.9 ภาษาไทย

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2553). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2553)*. ค้นเมื่อ 7 พฤษภาคม 2564, จาก <http://www.dop.go.th/th/laws/2/10/785>.
- กรมควบคุมโรค. (ม.ป.ป.). *โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)*. ค้นเมื่อ 27 พฤษภาคม 2564, จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/faq_more.php.
- กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น. (2564). *ระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพ*. ค้นเมื่อ 9 พฤษภาคม 2564, จาก <http://welfare.dla.go.th>
- กรมสุขภาพจิต. (2545). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BRIEF-THAI)*. ค้นเมื่อ 7 พฤษภาคม 2564, จาก <https://www.dmh.go.th/test/whoqol/>.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2558). *การจัดสวัสดิการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัย*. ค้นเมื่อ 7 พฤษภาคม 2564, จาก <http://tpso3.m-society.go.th/images/pdf/pdf1/การจัดสวัสดิการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัย.pdf>.
- กระทรวงแรงงาน. (2564). *พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548*. ค้นเมื่อ 7 พฤษภาคม 2564, จาก <https://www.tosh.or.th/covid-19/index.php/announce>.
- กฤษฎา พรหมสุวรรณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลไม้แก่น จังหวัดฉะเชิงเทรา. ค้นเมื่อ 9 สิงหาคม 2564, จาก http://thesis.rru.ac.th/files/pdf/684_2018_11_14_094758.pdf.
- เกียรติสุดา ศรีสุข. (2552). *ระเบียบวิธีวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). เชียงใหม่: ครองช่างพริ้นติ้ง.
- ชนิษฐา กิจเจา, พิริยา เลิศมงคลนาม, พนิดา แน่นอุดร, ชนิษฐา แฝกหอม, อังศุณิษฐา ศิริพูล, วัฒนา กิรติกา, และคณะ. (2558). *รายงานวิจัยการจัดสวัสดิการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัย*. ค้นเมื่อ 9 สิงหาคม 2564, จาก <http://tpso4.msociety.go.th/images/DatabaseTPSO4/Research/2558/Ages.pdf>.
- ข่าวไทยพีบีเอส. (2563). *วันที่ไทยรู้จัก COVID-19*. ค้นเมื่อ 25 กรกฎาคม 2564, จาก <https://news.thaipbs.or.th/content/290347>.
- คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน. (2551). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (2564). *สรุปสาระสำคัญจากเสวนาวิชาการ หัวข้อ “โควิด 19 กับความเหลื่อมล้ำทางสังคม”*. ค้นเมื่อ 25 กรกฎาคม 2564 <https://www.law.tu.ac.th/seminar-summary-covid-19-and-social-inequality/>.
- จิรนนท์ ปริมาตย์, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, และกรวรรณ ยอดไม้. (2562). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดจันทบุรี*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(4). 610-619.
- จิรัชยา เคล้าดี, ศุภชัย นาคสุวรรณ, และจักรวาล สุขไมตรี. (2560). *ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช*. *วารสารราชพฤกษ์*, 15(1), 27-32.
- ชลิตา บัณขุวงศ์. (ม.ป.ป.). *เศรษฐกิจและการพัฒนา ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้: การสำรวจเชิงวิพากษ์*. ค้นเมื่อ 25 กรกฎาคม 2564, จาก <https://socanth.tu.ac.th/ccscs/wp-content/uploads/2017/09/anusorn-ed-2560-chalita.pdf>.
- ณัฐพงศ์ อนุวัตรรยอง. (2536). *การเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิมในภาคใต้ตอนบน*. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- เทศบาลตำบลเตราะบอน. (2558). *สภาพทั่วไป*. ค้นเมื่อ 30 มิถุนายน 2563, จาก <http://www.trobon.go.th/trobon/?name=page&file=page&op=สภาพทั่วไป>
- ไทยรัฐออนไลน์. (2564). *ไทม์ไลน์โควิดกลายเป็น 4 สายพันธุ์ บุกประเทศไทย*. ค้นเมื่อ 25 กรกฎาคม 2564, จาก <https://www.thairath.co.th/scoop/theissue/2100801>
- ไทยรัฐออนไลน์. (2564). *สถิติยอดผู้เสียชีวิตจากโควิด-19 ระลอกล่าสุด ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงมากถึง 90%*. ค้นเมื่อ 25 กรกฎาคม 2564, จาก <https://www.thairath.co.th/scoop/infographic/2141306>.
- ไทยรัฐออนไลน์. (2564). *ปัตตานียังอ่วมป่วยใหม่พุ่ง-เชื้อกลายเป็น 4 สายพันธุ์*. ค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2564, จาก <https://www.thaipost.net/main/detail/110533>.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ, และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. (2561). *การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ*. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*. 12(1). 38-47.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- นัสมล บุตรวิเศษ และอุปรีภญา อินทรสาด. (2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ค้นเมื่อ 25 กรกฎาคม 2564, จาก <https://research.rmutsb.ac.th/fullpaper/2563/research.rmutsb-2563-20210809104008337.pdf>.
- บีบีซีไทย. (2564). โควิด-19 : โควิด-19: บ่อนพูนที่เป็นแหล่งแพร่กระจายโควิดอยู่จังหวัดไทรบุรี. ค้นเมื่อ 25 กรกฎาคม 2564, จาก <https://www.bbc.com/thai/thailand-55560024>.
- บีบีซีไทย. (2564). โควิด-19 : สธ. ชี้แจงกรณีอังกฤษสอบสวนไวรัสกลายพันธุ์ที่พบครั้งแรกในไทย. ค้นเมื่อ 25 กรกฎาคม 2564, จาก <https://www.bbc.com/thai/57275490>.
- ปทุมวรรณ กาลปิก และวรัชยา ศิริวัฒน์. (2563). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการรัชต์ภาค*, 14(36), 302-316.
- ประชาชาติธุรกิจออนไลน์. (2563). ประกาศแล้ว! สั่งปิดโรงเรียนทั่วประเทศ หนี “โควิด-19” เริ่ม 18 มี.ค. ค้นเมื่อ 25 กรกฎาคม 2564, จาก <https://www.prachachat.net/education/news-433320>.
- ประชาชาติธุรกิจออนไลน์. (2563). สธ. แถลงพบผู้ติดเชื้อมากที่สุดในประเทศไทย 689 คนวันเดียว. ค้นเมื่อ 25 กรกฎาคม 2564, ค้นเมื่อ 30 กรกฎาคม 2564, จาก <https://www.prachachat.net/general/news-577691>.
- พรทิพย์ ท้าววัฒน์. (2561). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพตามนโยบายของรัฐบาล ในเขตเทศบาลเมืองชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารวิจัยวิชาการ*, 1(3), 37-51.
- พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2554). คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรภรณ์ พัฒนะ. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดสระบุรี. ค้นเมื่อ 25 กรกฎาคม 2564, จาก http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2017/TU_2017_5817030033_6083_5988.pdf.
- พัชรี วงศ์พิน. (2560). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ: การประยุกต์ใช้ทฤษฎี PRECEDE Framework. สืบค้นจาก <http://cmruir.cmru.ac.th/handle/123456789/1515>.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- พัชรวัลย์ นวลละออง, สุนีย์ วรรณโกมล, และศิริณา สันติภานุโสภณ. (2565). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตแพทย์และพยาบาลห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-19 ในเขตพื้นที่ EEC. ค้นเมื่อ 8 พฤษภาคม 2565, จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5503?locale-attribute=th>.
- เพชรธยา แป้นวงษา, ไพฑูรย์ สอนทน, และกมล อยู่สุข. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทจังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอุตรดิตถ์*, 15(2), 41-56
- เพ็ญประภา การสร้าง. (2557). ความพึงพอใจต่อการจัดสวัสดิการสังคมด้านเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลโพนเมืองอำเภอกาบังจังหวัดร้อยเอ็ด มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. ค้นเมื่อ 7 สิงหาคม 2564, จาก <http://fulltext.rmu.ac.th/fulltext/2557/110910/>.
- ภาณุ ออกกลิ่น. (2551). *ทฤษฎีการสูงอายุ*. ค้นเมื่อ 4 พฤษภาคม 2564, จาก <http://www.bcnu.ac.th/bcnu>.
- มติชนออนไลน์. (2564). *ปัตตานีถึงขั้นโคม่า คุมไม่อยู่ผู้ป่วยใหม่พุ่ง 375 ราย ตาย 5 ปิดหมู่บ้านชาวบ้านเริ่มอดอยาก*. ค้นเมื่อ 27 พฤษภาคม 2564, จาก https://www.matichon.co.th/news-monitor/news_2834374.
- มันไซร์ ดอเลาะ. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษา: ตำบลบาละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา*. ค้นเมื่อ 4 พฤษภาคม 2564, จาก http://wb.yru.ac.th/bitstream/yr/745/1/59_735495014.pdf.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2559). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559*. ค้นเมื่อ 22 พฤษภาคม 2564, จาก <https://thaitgri.org/?wpdmpo=สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย-8>.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2562*. ค้นเมื่อ 22 พฤษภาคม 2564, จาก <https://thaitgri.org/?p=39387>.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2563). *สภาพพัฒนาฯ คาดอีก 20 ปี ไทยจะมีผู้สูงอายุพุ่งถึง 31 เปอร์เซ็นต์*. ค้นเมื่อ 22 พฤษภาคม 2564, จาก 2564, จาก <https://thaitgri.org/?p=39327>.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2564). *เปิด 4 ปัญหาพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้*. ค้นเมื่อ 16 ธันวาคม 2564, จาก <https://thaitgri.org/?p=39850>.
- ยุวดี ไวทยะโชติ. (2555). ผู้สูงอายุ : คุณภาพชีวิตกับนโยบายเบี้ยเลี้ยงชีพ. *วารสารปัญญาวิวัฒน์*, 4(1), 133-140.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- เลิศวัลลภ ศรีชะพลภูสิทธิ และธมนพัชร ศรีชะพลภูสิทธิ. (2561). การปรับตัวเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*. 20(1), 253-265.
- วชิรญาณ จิตต์รุ่งเรือง. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี. ค้นเมื่อ 22 พฤษภาคม 2564, จาก <http://ir.buu.ac.th/dspace/bitstream/1513/100/1/59930051.pdf>.
- วาสนา หลวงพิทักษ์ และจิตติมา ดวงแก้ว. (2562). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสุพรรณบุรี. 20(38), 67-81
- วิเชียร เขียวเข้ม. (ม.ป.ป.). *คุณภาพชีวิต การสร้างความสุขต่อตนเองและต่อส่วนรวมของบุคลากรในสถานการณ์โควิด-19 โรงพยาบาลปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ*. ค้นเมื่อ 8 มิถุนายน 2564, จาก http://www.amno.moph.go.th/amno_new/files/1p12.pdf
- วิไลวรรณ วัฒนานนท์. (2546). *ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุชุมชนบ้านเป็ด อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศรีเมือง พลึงฤทธิ์, นติมา ตีเยาว์ และวดี วงศ์ประดิษฐ์ (2563). *วารสารประชากรศาสตร์*, 36(2), 23-3.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2545). *จิตวิทยาเด็กที่มีลักษณะพิเศษ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.
- สมชาย เพชรรัตน์. (2562). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี*. ค้นเมื่อ 11 พฤษภาคม 2564, จาก http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/59920376.pdf.
- สำนักงานปลัด กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2552). *ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2552*. 30 มิถุนายน 2564, จาก <https://www.pakkretcity.go.th/pdf/allowance1.pdf>.
- สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). *รายงานสถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ในระดับภาคของประเทศไทย*. ค้นเมื่อ 30 มิถุนายน 2564, จาก https://www.nesdc.go.th/ewt_w3c/ewt_dl_link.php?nid=7787.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สุพัตรา รุ่งรัตน์, ชูลีฟีกอร์ มาโซ และยุทธนา กาเต็ม. (2563). ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมจากสถานการณ์โควิด-19 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองยะลา จังหวัดยะลา. ค้นเมื่อ 30 มิถุนายน 2564, จาก <http://wb.yru.ac.th/handle/yru/2050>.
- สุภาภรณ์ ทันธธัตต์, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ และศุภชัย ปิติกุลตั้ง. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพทำสวนผลไม้ในจังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(1), s5-s13.
- สุรกุล เจนอบรม. (2546). *วิถีทัศน์ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: นิซินแอดเวอร์ไทยซิงกรุ๊ป.
- สุรจิตต์ วุฒิการณ, พิสิษฐ์ จอมบุญเรือง และไพศาล สรรสรวิสุทธิ. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบางมูลนาก อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร. ใน *การประชุมสัมมนาวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ เครือข่ายบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 15*. นครสวรรค์: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันตพิวัฒน์สกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และราณี พรมานะจรัสกุล. (2541). *เปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของ WHO 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*. ค้นเมื่อ 31 มีนาคม 2565, จาก <https://dmh.go.th/abstract/nurse/details.asp?id=2352>.
- อภินันท์ สนน้อย, ปิยาภรณ์ ศิริภานุมาศ, และ สุรัชย์ ปิยานุกุล. (2559). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์*. 8(2). 153-169.
- อรณิชษฐ์ แสงทองสุข. (2562). *การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี*. ค้นเมื่อ 31 มีนาคม 2565, จาก <http://www.dspace.spu.ac.th/handle/123456789/6672?mode=full>.
- อัญรัช สาริกัลยะ. (2564). ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาษีเจริญกรุงเทพมหานคร. *วารสารการวิจัยการบริหารการพัฒนา*, (11)1, 102-112.
- อิงทิตา วงศ์จินดา และจิตพนธ์ ชุมเกตุ. (2560). *การศึกษาคำความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลสะพลี อำเภอบะพือ จังหวัดชุมพร*. สารนิพนธ์ศิลปศาสตรบัณฑิต สาขามนุษยศาสตร์ สังคมวิทยา และการศึกษา . เพชรบุรี: มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตสารสนเทศเพชรบุรี.

บรรณานุกรม (ต่อ)

1.10 ภาษาอังกฤษ

Beadle-Brown, J., Murphy, G., & DiTerlizzi, M. (2009). Quality of Life for the Camberwell Cohort. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(4). 380-390.

Burckhardt, C. S., Anderson, K. L., Archenholtz, B., & Hägg, O. (2003). The Flanagan Quality Of Life Scale: evidence of construct validity. *Health and quality of life outcomes*, 1(59). Retrieved on 31 April 2022, from <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-59>.

Howat, P., Brown, G., Burns, Sh. & McManus, A. (2008). *Use of the PRECEDE-PROCEED Framework to guide planning and evaluation for health promotion*. In S Jirojwong & P Liamputtong (Eds). Population health, communities and health promotion (pp.134-158). Sydney: Oxford University Press.

Ingrand, I. & Paccalin, M. & Liuu, E. & Gil, R. & Ingrand, P. (2018). *Positive perception of aging is a key predictor of quality-of-life in aging people*. Retrieved 31 April 2022, from https://www.researchgate.net/publication/328054974_Positive_perception_of_aging_is_a_key_predictor_of_quality-of-life_in_aging_people.

Walker, A. & Mollenkopf, H. (2007). *International and Multidisciplinary Perspectives on Quality of Life in Old Age*. in Mollenkopf, H. & Walker, A. (Eds). Quality of Life in Old Age: International and Multi-Disciplinary Perspectives. (P.1-33). Berlin: Springer.

World Health Organization. (1995). *A Picture of Health : A Review and Annotated of the Health of Young People in Developing Countries*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2012). *Health education: Theoretical concepts, effective strategies and core competencies*. Retrieved 31 April 2022 <http://apps.who.int/iris/handle>.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

ชุดที่.....

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับสวัสดิการผู้สูงอายุ
ในเขตเทศบาลเทศบาลตำบลตราบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามชุดนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
 - ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ
 - ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม
 - ส่วนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
2. กรุณาตอบคำถามด้วยความเป็นจริงและตอบให้ครบทุกข้อ
3. แบบสอบถามชุดนี้ จัดทำขึ้นเพื่อประโยชน์ในการศึกษาหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. ข้อมูลที่ท่านตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับซึ่งจะนำผลข้อมูลมาใช้เพื่อการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านแต่อย่างใด
ขอขอบพระคุณอย่างสูงในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

นายชัยรัตน์ พรหมดวง

นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต

คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องสี่เหลี่ยม หน้าข้อความที่เป็นความจริงเกี่ยวกับตัวท่านเอง

1. เพศ

- หญิง
 ชาย

2. อายุ

- 60-64 ปี
 65-69 ปี
 70-74 ปี
 75-79 ปี

3. ศาสนา

- พุทธ
 อิสลาม
 อื่น ๆ ระบุ.....

4. สถานภาพการสมรส

- โสด
 สมรส
 หม้าย
 อื่น ๆ

5. ระดับการศึกษา

- ไม่ได้รับการศึกษา
 ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษาตอนต้น
 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
 อนุปริญญา/ปวส.
 ปริญญาตรี
 สูงกว่าปริญญาตรี

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

- ไม่เกิน 5,000 บาท
- 5,001-7,500 บาท
- 7,501-10,000 บาท
- มากกว่า 10,000 บาท

7. ภาวะการมีงานทำ

- ไม่ได้ประกอบอาชีพ
- ประกอบอาชีพ ระบุ.....

8. สภาพการอยู่อาศัย

- อาศัยเพียงลำพัง
- อาศัยกับลูกหลาน/เครือญาติ

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามโดยทำเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องว่างที่ตรงกับความจริง โดยคำตอบมี 5 ระดับ คือ

คะแนน 1 หมายถึง เห็นด้วยระดับน้อยที่สุด

คะแนน 2 หมายถึง เห็นด้วยระดับน้อย

คะแนน 3 หมายถึง เห็นด้วยระดับปานกลาง

คะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วยระดับมาก

คะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยระดับมากที่สุด

ปัจจัยเอื้อ	ระดับความเห็น				
	1	2	3	4	5
สถานบริการผู้สูงอายุและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ 1. ท่านสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพโดยสะดวก เช่น สถานพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.)					
2. ท่านได้รับบริการสาธารณะด้านสุขภาพจากหน่วยงานภาครัฐ เช่น บริการรับ-ส่งไปโรงพยาบาล					
3. หน่วยงานภาครัฐมีบริการด้านสุขภาพใกล้บ้านและท่านสามารถเข้าถึงได้ เช่น การตรวจคัดกรองโรค การตรวจสุขภาพ ฯลฯ					
นโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 1. หน่วยงานภาครัฐมีนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ตรงกับความต้องการของท่าน เช่น ตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดัน ตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง การส่งเสริมการออกกำลังกายในวัยสูงอายุ					
2. หน่วยงานภาครัฐมีนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุด้านส่งเสริมรายได้ตรงกับความต้องการของท่าน					
3. หน่วยงานภาครัฐมีนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุด้านนันทนาการตรงกับความต้องการของท่าน เช่น โครงการวันผู้สูงอายุ งานรื่นเริงตามประเพณี ฯลฯ					

ปัจจัยเอื้อ	ระดับความเห็น				
	1	2	3	4	5
กิจกรรมผู้สูงอายุ					
1 ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่จัดขึ้นในชุมชนโดยเทศบาล ตำบลตราบอบอย่างสม่ำเสมอ					
2 ท่านพอใจต่อกิจกรรมที่จัดขึ้นภายในชุมชนโดยเทศบาล ตำบลตราบอบ					
3 ชุมชนของท่านมีสถานที่สำหรับจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อ ผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม					

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามโดยทำเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องว่างที่ตรงกับความจริง โดยคำตอบมี 5 ระดับ คือ

คะแนน 1 หมายถึง เห็นด้วยระดับน้อยที่สุด

คะแนน 2 หมายถึง เห็นด้วยระดับน้อย

คะแนน 3 หมายถึง เห็นด้วยระดับปานกลาง

คะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วยระดับมาก

คะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยระดับมากที่สุด

ปัจจัยเสริม	ระดับความเห็น				
	1	2	3	4	5
การรับจากหน่วยงานภาครัฐ					
1 ท่านได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพ ด้านโภชนาการ และการออกกำลังกายจากหน่วยงานภาครัฐ					
2 ท่านได้รับคำแนะนำด้านการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคลจากหน่วยงานภาครัฐ					
3 ท่านได้รับคำแนะนำด้านการจัดการด้านอารมณ์จากหน่วยงานภาครัฐ					
4 ท่านได้รับการยกย่อง ชมเชย และได้รับรางวัลจากหน่วยงานภาครัฐ					
การรับจากชุมชน					
1 ท่านได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพ ด้านโภชนาการ และการออกกำลังกายจากชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่					
2 ท่านได้รับคำแนะนำด้านการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคลจากชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่					
3 ท่านได้รับคำแนะนำด้านการจัดการด้านอารมณ์จากชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่					
4 ท่านได้รับการยกย่อง ชมเชย และได้รับรางวัลจากชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่					

ปัจจัยเสริม	ระดับความเห็น				
	1	2	3	4	5
การรับจากครอบครัว					
1 ท่านได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพ ด้านโภชนาการ และ การออกกำลังกายจากครอบครัว					
2 ท่านได้รับคำแนะนำด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจาก ครอบครัว					
3 ท่านได้รับคำแนะนำด้านการจัดการด้านอารมณ์จาก ครอบครัว					
4 ท่านได้รับการยกย่อง ชมเชย และได้รับรางวัลจากครอบครัว					

หัวข้อ	ระดับความเห็น ก่อนโควิด-19					ระดับความเห็น ระหว่างโควิด-19				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
ด้านสังคม										
1 ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา										
2 ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ										
3 ท่านพอใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน										
4 ท่านพอใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมกับทางศาสนา										
5 ท่านพอใจในการเป็นสมาชิกของชุมชน										
ด้านสิ่งแวดล้อม										
1 ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย										
2 ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้										
3 สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพท่าน										
4 ท่านพอใจกับสภาพแวดล้อมที่มีความสงบร่มรื่น										
5 ท่านพอใจแหล่งพักผ่อนหย่อนใจในชุมชน										

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ภาคผนวก ข คำถามสัมภาษณ์เชิงลึก

1.11 คำถามสัมภาษณ์เชิงลึก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้สัมภาษณ์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องสี่เหลี่ยม หน้าข้อความที่เป็นความจริงเกี่ยวกับตัวท่านเอง

ชื่อ.....สกุล.....

- | | |
|---|---|
| <p>1. เพศ</p> <p><input type="checkbox"/> หญิง</p> <p><input type="checkbox"/> ชาย</p> <p>2. อายุ</p> <p><input type="checkbox"/> 60-64 ปี</p> <p><input type="checkbox"/> 65-69 ปี</p> <p><input type="checkbox"/> 70-74 ปี</p> <p><input type="checkbox"/> 75-79 ปี</p> <p>3. ศาสนา</p> <p><input type="checkbox"/> พุทธ</p> <p><input type="checkbox"/> อิสลาม</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....</p> <p>4. สถานภาพการสมรส</p> <p><input type="checkbox"/> โสด</p> <p><input type="checkbox"/> สมรส</p> <p><input type="checkbox"/> หม้าย</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ</p> <p>5. ระดับการศึกษา</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการศึกษา</p> <p><input type="checkbox"/> ประถมศึกษา</p> <p><input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น</p> <p><input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.</p> <p><input type="checkbox"/> อนุปริญญา/ปวส.</p> <p><input type="checkbox"/>ปริญญาตรี</p> <p><input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี</p> | <p>6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เกิน 5,000 บาท</p> <p><input type="checkbox"/> 5,001-7,500 บาท</p> <p><input type="checkbox"/> 7,501-10,000 บาท</p> <p><input type="checkbox"/> มากกว่า 10,000 บาท</p> <p>7. ภาวะการมีงานทำ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ</p> <p><input type="checkbox"/> ประกอบอาชีพ ระบุ.....</p> <p>8. สุขภาพอนามัย</p> <p><input type="checkbox"/> มีโรคประจำตัวหรือเจ็บป่วยเรื้อรัง</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีโรคประจำตัว</p> <p>9. สภาพการอยู่อาศัย</p> <p><input type="checkbox"/> อาศัยเพียงลำพัง</p> <p><input type="checkbox"/> อาศัยกับลูกหลาน/เครือญาติ</p> <p>10. บทบาทในชุมชน/สังคม</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้นำชุมชน</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้นำกลุ่มสตรี</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้นำกลุ่มอื่น ๆ</p> <p><input type="checkbox"/> อสม. / อพม.</p> <p><input type="checkbox"/> สมาชิกกลุ่ม/ชุมชน/สังคม</p> |
|---|---|

ส่วนที่ 2 คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่ส่งเสริมระดับคุณภาพชีวิต

1. ท่านคิดว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไรในช่วงก่อนสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (ช่วงเวลา 2 ปีก่อนหน้านี้)
2. ท่านคิดว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไรในช่วงระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19
3. ท่านคิดว่าสถานบริการและการเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุข เช่น บริการรับ-ส่งผู้สูงอายุไปยังสถานพยาบาล บริการตรวจคัดกรองโรค บริการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียงของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (อสบ.) ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของท่านหรือไม่ อย่างไร
4. ท่านคิดว่านโยบาย/กิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่รับผิดชอบโดยเทศบาลตำบลเตราะบอน เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ บริการด้านสาธารณสุข บริการการฉีดวัคซีน โครงการส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ฯลฯ ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของท่านหรือไม่ อย่างไร
5. ท่านคิดว่าการสนับสนุนในด้านสาธารณสุข การสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคล การยกย่องชมเชยจากภาครัฐส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของท่านหรือไม่ อย่างไร
6. ท่านคิดว่าการสนับสนุนด้านสุขภาพ การสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคล การยกย่องชมเชยจากชุมชน ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของท่านหรือไม่ อย่างไร
7. ท่านคิดว่าการสนับสนุนด้านสาธารณสุข การสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคล การยกย่องชมเชยจากครอบครัว ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของท่านหรือไม่ อย่างไร
8. ท่านมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของท่านอย่างไร

ภาคผนวก ค รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องของ
เครื่องมือการวิจัย (Item Objective Congruence: IOC)

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือการวิจัย
(Item Objective Congruence: IOC)

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1

ชื่อ-นามสกุล	ดร.ดนุวัศ สุวรรณวงศ์
ตำแหน่ง	อาจารย์
สถานที่ทำงาน	คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 2

ชื่อ-นามสกุล	ดร.สิริวิทย์ อีสโร
ตำแหน่ง	รองคณบดีฝ่ายยุทธศาสตร์และบัณฑิตศึกษา
สถานที่ทำงาน	คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 3

ชื่อ-นามสกุล	ผศ.ดร. ฆายนีย์ ช. บุญพันธ์
ตำแหน่ง	อาจารย์
สถานที่ทำงาน	คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

**ตารางสรุปค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือการวิจัยของผู้ทรงคุณวุฒิ
แบบสอบถามเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงสถานการณ์
แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล
ตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี**

ท่านที่ 1: ดร.ธนวัศ สุวรรณวงศ์

ท่านที่ 2: ดร.สิริวิท อัสโร

ท่านที่ 3: ผศ.ดร. ฆายนีย์ ช. บุญพันธ์

ข้อความถามในแบบสอบถาม	ประเมินความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					
	ท่าน ที่ 1	ท่าน ที่ 2	ท่าน ที่ 3	รวม	IOC	ข้อเสนอแนะ
ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม						
1. เพศ	1	1	1	3	1	
2. อายุ	1	1	1	3	1	
3. ศาสนา	1	1	1	3	1	
4. สถานภาพการสมรส	1	1	1	3	1	- ในวัยผู้สูงอายุ การเป็น หม้ายเป็นเรื่องปกติ น่าจะมี ตัวเลือกนี้
5. ระดับการศึกษา	1	1	1	3	1	
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	1	1	1	3	1	
7. ภาวะการมีงานทำ	1	1	1	3	1	- ภาวะการมีงานทำ
8. สภาพการอยู่อาศัย	1	1	1	3	1	
ส่วนที่ 2: คำถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ						
สถานบริการผู้สูงอายุและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ						
1. ท่านสามารถเข้าถึงบริการด้าน สุขภาพโดยสะดวก	1	1	1	3	1	- เช่น ไปสถานพยาบาล

ข้อคำถามในแบบสอบถาม	ประเมินความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					
	ท่าน ที่ 1	ท่าน ที่ 2	ท่าน ที่ 3	รวม	IOC	ข้อเสนอแนะ
2. ท่านได้รับการบริการสาธารณะด้านสุขภาพจากหน่วยงานภาครัฐ เช่น บริการรับ – ส่งไปโรงพยาบาล	1	1	1	3	1	
3. หน่วยงานภาครัฐมีบริการด้านสุขภาพใกล้บ้านและเข้าถึง เช่น การตรวจคัดกรองโรค การตรวจสุขภาพ	1	1	1	3	1	- และเข้าถึง ? - เข้าถึงได้
นโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ						
1. หน่วยงานภาครัฐมีนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุด้านสุขภาพตรงกับความต้องการของท่าน	1	1	1	3	1	- เช่นนโยบายอะไร
2. หน่วยงานภาครัฐมีนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุด้านส่งเสริมรายได้ตรงกับความต้องการของท่าน	1	1	1	3	1	
3. หน่วยงานภาครัฐมีนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุด้านนันทนาการตรงกับความต้องการของท่าน	1	1	1	3	1	- คำว่า นันทนาการ ผู้สูงอายุ จะเข้าใจไหม
กิจกรรมผู้สูงอายุ						- กิจกรรม ควรระบุให้ชัดเจนว่า กิจกรรมที่ว่าจัดโดยใคร ต้องการระบุเจาะจงว่าหน่วยงานใด หรือเป็นกิจกรรมทั่วไป
1. ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนอย่างสม่ำเสมอ	1	1	1	3	1	
2. ท่านพอใจต่อกิจกรรมที่จัดขึ้นภายในชุมชน	1	1	1	3	1	

ข้อคำถามในแบบสอบถาม	ประเมินความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					
	ท่าน ที่ 1	ท่าน ที่ 2	ท่าน ที่ 3	รวม	IOC	ข้อเสนอแนะ
3. ชุมชนของท่านมีที่จัดกิจกรรมต่าง ๆ อย่างเหมาะสม	1	1	1	3	1	- อาจเพิ่มคำถามหรือมุมมองเฉพาะกิจกรรมที่มีต่อผู้สูงอายุ - ต่าง ๆ เพื่อผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม
ส่วนที่ 3: คำถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม						
การรับจากหน่วยงานภาครัฐ					- การรับคำแนะนำและรางวัล ?	
1. ท่านได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพด้านโภชนาการ และการออกกำลังกายจากหน่วยงานภาครัฐ	1	1	1	3	1	
2. ท่านได้รับคำแนะนำด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจากหน่วยงานภาครัฐ	1	1	1	3	1	- สัมพันธภาพระหว่างบุคคลควรใช้คำว่า การสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคล
3. ท่านได้รับคำแนะนำด้านการจัดการด้านอารมณ์จากหน่วยงานภาครัฐ	1	1	1	3	1	
4. ท่านได้รับการยกย่อง ชมเชย และได้รับรางวัลจากหน่วยงานภาครัฐ	1	1	1	3	1	
การรับจากชุมชน						
1. ท่านได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพด้านโภชนาการ และการออกกำลังกายจากชุมชน	1	1	1	3	1	- เพิ่มคำว่า “ที่ท่านอาศัย” ต่อจากคำว่าชุมชน

ข้อความคำถามในแบบสอบถาม	ประเมินความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					
	ท่าน ที่ 1	ท่าน ที่ 2	ท่าน ที่ 3	รวม	IOC	ข้อเสนอแนะ
2. ท่านได้รับคำแนะนำด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจากชุมชน	1	1	1	3	1	- เพิ่มคำว่า “ที่ท่านอาศัย” ต่อจากคำว่าชุมชน
3. ท่านได้รับคำแนะนำด้านการจัดการด้านอารมณ์จากชุมชน	1	1	1	3	1	- เพิ่มคำว่า “ที่ท่านอาศัย” ต่อจากคำว่าชุมชน
4. ท่านได้รับการยกย่อง ชมเชย และได้รับรางวัลจากชุมชน	1	1	1	3	1	- เพิ่มคำว่า “ที่ท่านอาศัย” ต่อจากคำว่าชุมชน
การรับจากครอบครัว						
1. ท่านได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพด้านโภชนาการ และการออกกำลังกายจากครอบครัว	1	1	1	3	1	
2. ท่านได้รับคำแนะนำด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจากครอบครัว	1	1	1	3	1	
3. ท่านได้รับคำแนะนำด้านการจัดการด้านอารมณ์จากครอบครัว	1	1	1	3	1	
4. ท่านได้รับการยกย่อง ชมเชย และได้รับรางวัลจากครอบครัว	1	1	1	3	1	
ส่วนที่ 4: คำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ						- ในช่วงโควิด ? ควรระบุห้วงเวลาให้เขาประเมินที่ตรงใจത്യวิจัย
ด้านร่างกาย						
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้	1	1	1	3	1	
2. ท่านออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ	1	1	1	3	1	

ข้อความคำถามในแบบสอบถาม	ประเมินความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					
	ท่าน ที่ 1	ท่าน ที่ 2	ท่าน ที่ 3	รวม	IOC	ข้อเสนอแนะ
3. ท่านสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง	1	1	1	3	1	
4. ท่านนอนหลับพักผ่อนได้ดี	1	1	1	3	1	
5. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา สูบบุหรี่ ฯลฯ ได้	1	1	1	3	1	
ด้านจิตใจ						
1. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบมีความหวัง)	1	1	1	3	1	
2. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดี	1	1	1	3	1	
3. ท่านรู้สึกพอใจในตนเอง	1	1	1	3	1	
4. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง	1	1	1	3	1	- ตัวเองที่เปลี่ยนแปลงไป
5. ท่านรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	1	1	1	3	1	
ด้านสังคม						
1. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา	1	1	1	3	1	
2. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ	1	1	1	3	1	
3. ท่านพอใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน	1	1	1	3	1	- ยังไม่มีกิจกรรม ? - สิ่งที่ผ่านมาแล้ว ?

ข้อความคำถามในแบบสอบถาม	ประเมินความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					
	ท่าน ที่ 1	ท่าน ที่ 2	ท่าน ที่ 3	รวม	IOC	ข้อเสนอแนะ
4. ท่านพอใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมกับทางศาสนา	1	1	1	3	1	หรือควรเป็นการประเมิน
5. ท่านพอใจในการเป็นสมาชิกของชุมชน	1	1	1	3	1	
ด้านสิ่งแวดล้อม						
1. ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย	1	1	1	3	1	
2. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้	1	1	1	3	1	
3. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพท่าน	1	1	1	3	1	
4. ท่านพอใจบริการสาธารณสุข	1	1	1	3	1	- เปลี่ยนคำถามเป็น “ท่านพอใจกับสภาพแวดล้อมที่มีความสงบ ร่มรื่น” เนื่องจากคำถามเดิมจะไปซ้ำกับ ส่วนที่ 2 ข้อที่ 1
5. ท่านพอใจแหล่งพักผ่อนหย่อนใจในชุมชน	1	1	1	3	1	
คำถามสัมภาษณ์เชิงลึก						
ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้สัมภาษณ์						
1. ชื่อ – สกุล	1	1	1	3	1	
2. เพศ	1	1	1	3	1	
3. อายุ	1	1	1	3	1	
4. ศาสนา	1	1	1	3	1	

ข้อคำถามในแบบสอบถาม	ประเมินความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					
	ท่าน ที่ 1	ท่าน ที่ 2	ท่าน ที่ 3	รวม	IOC	ข้อเสนอแนะ
5. สุขภาพอนามัย (โรคประจำตัว เจ็บป่วยเรื้อรัง)	1	1	1	3	1	
6. สถานภาพการสมรส	1	1	1	3	1	
7. ระดับการศึกษา	1	1	1	3	1	
8. ภาวะการมีงานทำ/อาชีพ	1	1	1	3	1	
9. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	1	1	1	3	1	
10. สภาพการอยู่อาศัย	1	1	1	3	1	
11. บทบาทในชุมชน/สังคม (เป็น อสม. ผู้นำชุมชน ผู้นำกลุ่ม สตรี ผู้นำกลุ่มต่าง ๆ)	1	1	1	3	1	
ส่วนที่ 2: คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่ส่งเสริมระดับคุณภาพชีวิต						
1. ท่านคิดว่าตนเองมีคุณภาพชีวิต เป็นอย่างไรในช่วงก่อนสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19	1	1	1	3	1	- (สองปีก่อน)
2. ท่านคิดว่าตนเองมีคุณภาพชีวิต เป็นอย่างไรในช่วงระหว่าง สถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคโควิด - 19	1	1	1	3	1	- ช่วงนี้ ?
3. ท่านคิดว่าสถานบริการและการ เข้าถึงบริการส่งผลต่อระดับคุณภาพ ชีวิตของท่านหรือไม่ อย่างไร	1	0	1	2	0.66	- บริการอะไร ? - สาธารณสุข ?
4. ท่านคิดว่านโยบายเกี่ยวกับ ผู้สูงอายุส่งผลต่อระดับคุณภาพ ชีวิตของท่านหรือไม่ อย่างไร	1	0	1	2	0.66	- นโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ต้องเฉพาะเจาะจงมากกว่านี้
5. ท่านคิดว่ากิจกรรมสำหรับ ผู้สูงอายุส่งผลต่อระดับคุณภาพ ชีวิตของท่านหรือไม่ อย่างไร	1	0	1	2	0.66	- กิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุจัด โดยใคร ?

ข้อความคำถามในแบบสอบถาม	ประเมินความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					
	ท่าน ที่ 1	ท่าน ที่ 2	ท่าน ที่ 3	รวม	IOC	ข้อเสนอแนะ
6. ท่านคิดว่าการสนับสนุนจากภาครัฐส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของท่านหรือไม่ อย่างไร	1	0	1	2	0.66	- การสนับสนุนจากภาครัฐด้านใด ?
7. ท่านคิดว่าการสนับสนุนของชุมชนส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของท่านหรือไม่ อย่างไร	1	0	1	2	0.66	- การสนับสนุนของชุมชน ด้านใด?
8. ท่านคิดว่าการสนับสนุนจากครอบครัวส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของท่านหรือไม่ อย่างไร	1	1	1	3	1	
9. ท่านมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของท่านอย่างไร	1	1	1	3	1	

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นายชัยรัตน์ พรหมดวง

รหัสประจำตัวนักศึกษา 6310521506

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
วิทยาศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2550
นิติศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	2563

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่งนักพัฒนาชุมชนชำนาญการ เทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

บทความวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ณ งานประชุมวิชาการระดับชาติด้านการบริหารจัดการ (NCAM) ครั้งที่ 14 ประจำปี 2565 คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วันที่ 14 เมษายน 2565