



คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย เสน่ห์ แสงเงิน*, ถาวร มาตัน และอมรรักษ์กิติ์ โพธิ์อ่ำ

Quality of life among elderly in rural community, Sukhothai province.

Sane Saengngoen*, Tavorn Maton and Amornsak Poum

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง จังหวัดสุโขทัย 64210

Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University, Sukhothai, 64120

*Corresponding author. E-mail : drsane2513@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบทกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชนกึ่งเมือง และเขตชุมชนเมือง จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสุโขทัย จำนวน 873 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Z-score และ One way Anova ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงร้อยละ 56.6 อายุเฉลี่ย 69.3 ปี สถานภาพคู่ร้อยละ 68.2 จบประถมศึกษาร้อยละ 80.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 57.9 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 2,477.6 บาท มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรคร้อยละ 59.1 อาศัยอยู่คนเดียวตามลำพังร้อยละ 7.8 และพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับกลางมากที่สุดร้อยละ 48.5 รองลงมาในระดับไม่ตรี้อยละ 39.2 และระดับตรี้อยละ 12.3 และพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบทมีค่าสูงสุด ($Z=0.1257$) รองลงมาคือผู้สูงอายุในเขตชุมชนกึ่งเมือง ($Z=-0.0346$) และผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง ($Z=-0.0911$) เขตที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกันทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.037) และเมื่อเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีการทดสอบของเชฟเฟ (Scheffe) พบว่า ผู้สูงอายุเขตชุมชนชนบทมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุเขตชุมชนเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.013)

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ ชุมชนชนบท

Abstract

This research was a descriptive research aims to study quality of life and to compare quality of life among elderly between rural community, semi-urban community and urban community in Sukhothai province. The samples were 873 elderly recruited by multistage random sampling. A questionnaire was administered by face to face interviews and data analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Z-score and one-way ANOVA. The results revealed that female (56.6%), average age 69.3 years old, married (68.2%), non career (57.9%), average income 2,477.6 Baht per month, disease identification (59.1%), living alone (7.8%). And found that sample groups had quality of life in moderate level (48.5%), quality of life in lower level (39.2%) and quality of life in high level (12.3%). With regard to Z-score analysis; elderly in rural community were highest quality of life score ($Z=0.1257$), elderly in semi-urban community were average score ($Z=-0.0346$) and elderly in urban community were lowest score ($Z=-0.0911$) and found that residential area was different quality of life among elderly statistical significance (p -value = 0.037). Post hoc analysis by Scheffe method; elderly in rural community was quality of life score than urban community statistical significance (p -value = 0.013).

Keywords: Quality of life, elderly, rural community



บทนำ

การพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมรวมถึงความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการสาธารณสุข ส่งผลให้ประชากรทุกประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย อายุยืนยาว ประกอบกับอัตราการเจริญพันธุ์ลดลง ทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (เสนห์ แสงเงินและคณะ, 2555, หน้า 68) ในปี 2558 ประชากรโลกมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด นับได้ว่าประชากรรวมทั้งโลกได้เข้าเกณฑ์ที่เรียกว่า เป็น “สังคมสูงวัย” (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2559) สำหรับประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงวัย” มาตั้งแต่ประมาณปี พ.ศ. 2548 (รศรินทร์ เกรย์, 2556) ในปี 2558 ประชากรไทยมีจำนวน 65.1 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 11 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งมีสัดส่วนผู้สูงอายุเป็นอันดับ 2 ในภูมิภาคอาเซียนรองจากประเทศสิงคโปร์ (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2559) ประชากรสูงอายุเป็นกลุ่มประชากรพิเศษ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสังคม ได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพร่างกาย ผู้สูงอายุจะมีแบบแผนความเจ็บป่วยที่ต่างจากประชากรกลุ่มอายุอื่น เป็นวัยที่ประสบกับปัญหาเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้วัยนี้มีโอกาสเกิดโรคร้ายไข้เจ็บได้ง่าย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2548, หน้า 105) จากการขยายตัว การกระจายตัวของสังคมเมืองส่งผลให้สังคมชนบทรับความเจริญแบบสังคมเมืองเข้าไปใช้เป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตมากขึ้น อาชีพในภาคอุตสาหกรรม การบริการเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็ว ดึงดูดชาวชุมชนออกจากอาชีพในภาคเกษตรกรรม เกิดการอพยพออกจากท้องถิ่น จนทำให้โครงสร้างของชุมชนเปลี่ยนแปลงไป เช่น สัดส่วนหนุ่มสาว วัยแรงงานน้อยลง ครอบครัวมีขนาดเล็กลง สมาชิกของครอบครัวบางรุ่นหายไปจากครอบครัว (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2552, หน้า 2) และในที่สุดภาพรวมของชาวบ้านที่อยู่อาศัยในชุมชนมักประกอบไปด้วยผู้สูงอายุ และเด็กเป็นส่วนใหญ่ ลักษณะดังกล่าวทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรกลุ่มอื่นในชุมชนเพิ่มสูงขึ้น (วิไลลักษณ์ รุ่งเมืองทอง, 2553, หน้า 1-2) และพบว่าสิ่งที่ตามมา คือ ผู้สูงอายุมีผู้เลี้ยงดูหรือดูแลให้มีชีวิตความเป็นอยู่อย่างปกติสุขน้อยลง (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2552, หน้า 29) รัฐบาลไทยเล็งเห็นถึงความสำคัญของสังคมวัยสูงอายุ จึงได้มีการจัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้ประชากรสูงอายุ สามารถพึ่งตนเองได้ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัวและชุมชน จัดระบบคุ้มครองทางสังคม การส่งเสริมด้านความรู้ และการเตรียมความพร้อมในวัยสูงอายุ สิ่งเหล่านี้ถือเป็นสิ่งสำคัญในการนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (มยุรี พงษ์นาค, 2555)

สำหรับประเทศไทย ภาครัฐได้ให้ความสำคัญเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ โดยกำหนดนโยบายในระดับชาติรวมถึงกำหนดให้แต่ละภาคส่วน กระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุร่วมกันกำหนดกลยุทธ์ และมาตรการส่งเสริมป้องกัน แก้ไขปัญหาด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (ปราณี อิ่มสมบัติ, 2546) และพบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (วีรพงษ์ ยางเดี่ยว, 2554) (ธาริน สุขอนันต์และคณะ, 2554) (ภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และวิทัศน์ จันทระโพธิ์ศรี, 2555) ส่วนจังหวัดสุโขทัยมีอัตราประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดมากเป็นอันดับหนึ่งของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดตาก อุตรดิตถ์ พิษณุโลก เพชรบูรณ์ และสุโขทัย โดยในปี พ.ศ.2558 จังหวัดสุโขทัยมีผู้สูงอายุจำนวน 84,446 คน จากการสำรวจและจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามการทำกิจวัตรประจำวันของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย พบว่า กลุ่มที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองและช่วยเหลือคนอื่นได้ร้อยละ 82.08 กลุ่มที่ 2 ช่วยเหลือตัวเองได้แต่ช่วยคนอื่นไม่ได้ ร้อยละ 15.86 และกลุ่มที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ร้อยละ 2.06 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2558) จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ปัญหาผู้สูงอายุในปัจจุบันเป็นปัญหาที่ทุกหน่วยงานต้องให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างจริงจัง ในด้านสุขภาพทางร่างกาย สุขภาพทาง จิตใจ ด้านสังคม และด้านสภาพแวดล้อม เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจนขึ้น และผู้สูงอายุยังสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสุโขทัย ทั้งในเขตชุมชนชนบท เขตชุมชนกึ่งเมือง และเขตชุมชนเมือง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และใช้เป็นข้อมูลสำหรับสถาบันและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบท ชุมชนกึ่งเมือง และเขตชุมชนเมือง จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบทกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชนกึ่งเมือง และเขตชุมชนเมืองในจังหวัดสุโขทัย

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสุโขทัย จำนวน 84,446 คน ,สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย(2558) การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่ชัดในแต่ละกลุ่ม และการสุ่มตัวอย่างเป็นการสุ่มแบบกลุ่มหลายขั้นตอน (Multistage cluster sampling) อีกทั้งเพื่อลดค่าความคลาดเคลื่อน จึงเลือกใช้สูตร $n_{rs} = (Z^2 \alpha_p(1-p)/d^2) \times Deff$ บุญมา สุนทร (วิรัตน์ 2551) กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 กลุ่ม ๆ ละ 261 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 783 คน เพื่อใช้ในการหาความแตกต่างของค่าความชันของกราฟคุณภาพชีวิต และแยกวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่าง) กลุ่มตัวอย่างแยกเป็น (กลุ่ม 9 อำเภอ ๆ ละ 87 คน โดยที่ใน 87 คนนั้น แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 29 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยขั้นแรกสุ่มตำบล และขั้นที่สองสุ่มหมู่บ้านโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ขั้นที่สามสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และยินดีตอบแบบสัมภาษณ์ จากนั้นสุ่มเลือกตัวอย่างเพื่อตอบแบบสัมภาษณ์ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

แบบสัมภาษณ์ได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัก ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนักวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และให้ผู้นิยมนต์เข้าร่วมการวิจัยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยนักวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย ใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์คนละประมาณ 20 นาที

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษาให้ทราบทุกราย ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยการตอบรับหรือปฏิเสธ จากนั้นผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำข้อมูลมาใช้เฉพาะในการศึกษาในครั้งนี้เท่านั้นโดยระหว่างตอบคำถาม หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากกรวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผล

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงร้อยละ 56.6 เพศชายร้อยละ 43.4 อายุสูงสุด 98 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 69.3 ปี สถานภาพคู่ร้อยละ 68.2 สถานภาพหม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ร้อยละ 28.0 สถานภาพโสดร้อยละ 2.2 จบประถมศึกษาร้อยละ 80.8 ไม่ได้เรียนร้อยละ 15.2 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 30.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 57.9 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 2,477.6 บาท มีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายร้อยละ 68.6 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรคร้อยละ 59.1 อาศัยอยู่คนเดียวตามลำพังร้อยละ 7.8 อาศัยอยู่กับคู่สมรสร้อยละ 42.8 อาศัยอยู่กับครอบครัว บุตร หลานร้อยละ 49.4

คุณภาพชีวิตภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับกลางมากที่สุดร้อยละ 48.5 รองลงมาระดับไม่ดีร้อยละ 39.2 และระดับดีร้อยละ 12.3



การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบทกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชนกึ่งเมือง และเขตชุมชนเมือง โดยใช้สถิติ Z-score (ค่า Z-score เป็นค่าคะแนนคุณภาพชีวิตที่บอกว่า กลุ่มนั้น ๆ มีค่ามากกว่าหรือน้อยกว่าค่าเฉลี่ย)Mean) ออกไป S.D. โดยค่าที่เป็นบวก หมายความว่าสูงกว่าค่าคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย และค่าที่เป็นลบ หมายความว่าต่ำกว่าค่าคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย) ซึ่งพบว่า ค่า Z-score ของผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบทมีค่ามากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ใน 6 ด้านคือ ด้านการรับรู้ ด้านตัวของตัวเอง ด้านความสำเร็จและความคาดหวังในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านการเผชิญหน้ากับความตาย ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก โดยด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมีความแตกต่างของค่า Z-score มากที่สุดหรือมีความแตกต่างของค่าคะแนนคุณภาพชีวิตสูงสุด และด้านการรับรู้มีความแตกต่างของค่า Z-score ต่ำที่สุด ส่วนในประเด็นด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก พบว่าผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองมีค่า Z-score ต่ำที่สุด และยังพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุในเขตชุมชนกึ่งเมืองมีค่า Z-score อยู่ตรงกลางระหว่างผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบทกับผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง และจากข้อมูลสามารถบอกว่าการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบทเป็นกลุ่มที่มีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตสูงสุด หากนำไปเทียบกับอีกสองกลุ่ม และกลุ่มผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองเป็นกลุ่มที่มีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำสุด (ตาราง 1)

และการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบทกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชนกึ่งเมือง และเขตชุมชนเมือง โดยใช้สถิติ One way ANOVA พบว่า เขตที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกันทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ)p-value =0.037 ((ตาราง 2) และเมื่อทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการทดสอบของเชฟเฟ้)Scheffe) พบว่า ผู้สูงอายุเขตชุมชนชนบทมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุเขตชุมชนเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ)p-value =0.013 ((ตาราง 3)

ตาราง 1 วิเคราะห์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจำแนกตามเขตที่อยู่อาศัยโดยใช้สถิติ Z-score

เกณฑ์คุณภาพชีวิต	ค่า Z-score		
	เขตเมือง	เขตกึ่งเมือง	เขตชนบท
1. ด้านการรับรู้	- 0.0210	- 0.0230	0.0440
2. ด้านตัวของตัวเอง	- 0.0412	- 0.0641	0.1053
3. ด้านความสำเร็จและความคาดหวังในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต	- 0.0822	- 0.0504	0.1326
4. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	- 0.1310	- 0.0229	0.1538
5. ด้านการเผชิญหน้ากับความตาย	- 0.0580	0.0226	0.0354
6. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก	- 0.0925	- 0.0278	0.1203
ภาพรวมคุณภาพชีวิต	- 0.0911	- 0.0346	0.1257



ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกับเขตที่อยู่อาศัย

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	2370.209	2	1185.105	3.322	0.037
ภายในกลุ่ม	278300.598	780	356.796		
รวม	280670.807	782			

ตาราง 3 เปรียบเทียบรายคู่ (Post hoc) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกับเขตที่อยู่อาศัย

เขตที่อยู่อาศัย	ค่าเฉลี่ย	ชุมชนชนบท	ชุมชนกึ่งเมือง	ชุมชนเมือง
ชุมชนชนบท	68.3180	-	3.03831	4.10728*
ชุมชนกึ่งเมือง	65.2797	-3.03831	-	1.06897
ชุมชนเมือง	64.2107	-4.10728*	-1.06897	-

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับกลางมากที่สุดร้อยละ 48.5 รองลงมาระดับไม่ตรี้อยละ 39.2 และระดับตรี้อยละ 12.3 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุได้รับผลกระทบจากกระบวนการสูงอายุ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพอนามัย ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบจากสังคม เช่น การลดบทบาทในสังคม การถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง และได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจเนื่องจากเกษียณจากงานประจำ ทำให้มีรายได้ลดลงหรือรายได้ไม่เพียงพอจากรายจ่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวีรพงษ์ ยางเดี่ยว (2554) (ที่พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.7) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี) 2555 (ที่พบว่าภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธารินทร์ สุขอนันต์และคณะ) 2554 (พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง)

จากผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมีความแตกต่างของค่า Z-score มากที่สุดหรือมีความแตกต่างของค่าคะแนนคุณภาพชีวิตสูงสุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชุมชนชนบท ยังคงทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวเพราะส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย และมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น เพราะชุมชนชนบทยังให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุ และให้เกียรติผู้สูงอายุโดยให้ผู้สูงอายุเป็นแกนนำในการประกอบพิธีต่างๆ ในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลดาวัลย์ เจริญยิ่ง (2560) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม อยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ วีรพงษ์ ยางเดี่ยว (2554) ที่พบว่าการดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.004$)

จากผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านการรับรู้มีความแตกต่างของค่า Z-score น้อยที่สุดหรือมีความแตกต่างของค่าคะแนนคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องหรือรับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ได้ให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลกระทบของการสูงอายุและคำแนะนำต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้การรับรู้ไม่แตกต่างกันมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์ และเสน่ห์ แสงเงิน (2559) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชนบท ($p\text{-value}=0.138$) และสอดคล้องกับการศึกษาของดาวเรือง สายจันทร์ (2560) ที่พบว่าข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยมี ($r=0.040$, $P\text{-value}=0.530$)

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเขตชนบทมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุเขตเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุในชนบทได้รับการยกย่องและให้เกียรติในสังคม การทำกิจกรรม และการเข้าร่วม



กิจกรรมในครอบครัว ชุมชน มากกว่าชุมชนเมือง ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ เรวดี สุวรรณพเก้า และ รศรินทร์ เกรย์ (2554) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีความเป็นเมืองกึ่งเมือง มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี/ สูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ที่มีลักษณะความเป็นชนบท

สรุปผลการศึกษา

1. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับกลางมากที่สุดร้อยละ 48.5 รองลงมาในระดับไม่ดีร้อยละ 39.2 และระดับดีร้อยละ 12.3

2. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบทกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชนกึ่งเมือง และเขตชุมชนเมือง พบว่า ค่า Z-score ของผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบทมีค่ามากกว่ากลุ่มอื่นใน 6 ด้านคือ ด้านการรับรู้ ด้านตัวของตัวเอง ด้านความสำเร็จและความคาดหวังในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านการเผชิญหน้ากับความตายและด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก พบว่า ผู้สูงอายุเขตชุมชนชนบทมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุเขตชุมชนเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ)p-value =0.013(

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุเขตชุมชนชนบทมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าเขตชุมชนเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมีความแตกต่างของค่าคะแนนคุณภาพชีวิตสูงสุด ซึ่งผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบทมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านนี้สูงที่สุด ดังนั้น เขตชุมชนเมือง เขตชุมชนกึ่งเมือง ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ส่งเสริมความผูกพันในครอบครัวของผู้สูงอายุ

2. จากผลการวิจัย พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับดีร้อยละ 12.3 เท่านั้น ดังนั้น หน่วยงานท้องถิ่น หน่วยงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีงานทำและเสริมสร้างทักษะทางสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้ยาวนานที่สุด

ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ
2. ควรศึกษาและพัฒนาาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในเขตชุมชนชนบท เขตชุมชนกึ่งเมือง และเขตชุมชนเมือง
3. ควรศึกษาเพื่อพัฒนาเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อให้มีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

255 งานวิจัยฉบับนี้ ได้รับทุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยรามคำแหง ประจำปีงบประมาณ 9 ซึ่งงานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ล่วงได้ด้วยดีอันเนื่องมาจากความกรุณาอย่างยิ่งของ รองศาสตราจารย์ ดร.สุเรศ สาราญจิตต์ . คณบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหงที่ให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ ด้วยความเอาใจใส่ ให้ความสำคัญกับงานวิจัยตลอดมา จนงานวิจัยสำเร็จลงได้อย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง คณะผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลแก่คณะผู้วิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบคุณทุกท่านที่ได้กล่าวนามที่มีส่วนเกี่ยวข้องในความสำเร็จครั้งนี้



เอกสารอ้างอิง

- ดาวเรือง สายจันทร์) .2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลโพสะ อำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ,ปริญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต .
- ธาริน สุขอนันต์ สุภาวัลย์ จาริยะศิลป์ ทศนันท์ ทูมมานนท์และปิยรัตน์ จิตรภักดี. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 41(3), 240-249.
- บุญมา สุนทรารัตน์) .2551). ความเป็นธรรมทางสุขภาพในฐานะสิทธิมนุษยชนของชาวเขาไร้สัญชาติในประเทศไทย. สด : นนทบุรี: บัณฑิตวิทยาลัยระบบสาธารณสุข.
- ปราณี อิ่มสมบัติ) .2546) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ . จังหวัดอ่างทอง. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2559). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2558.: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- ภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และวิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรหมานิคม จังหวัดสกลนคร. (2555) วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น, 19(2), 55-64.
- มยุรี พงษ์ภาค .(2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อ าเภอเมือง จังหวัดราชบุรี . (คหกรรมศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน) ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- เวดี สุวรรณพเก้า และศรีรินทร์ เกียรติคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่เฝ้าระวังทางประชากร .(2554) . กาญจนบุรี. วารสารประชากร, 2(2), 33-54.
- ศรีรินทร์ เกียรติ อุมารณ์ ภัทรวานิชย์ เฉลิมพล แจ่มจันทร์และเวดี สุวรรณพเก้า. (2556). มโนทัศน์ใหม่ของนิยาม ผู้สูงอายุ : มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคม และสุขภาพ. นครปฐม : บริษัท โรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด.
- ลดาวัลย์ เจริญยิ่ง) .2560). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลหนองบอน อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว . ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต.มหาวิทยาลัยรามคำแหง คณะสาธารณสุขศาสตร์ , วิลลักษ์ณ์ รุ่งเมืองทอง) .2553). การประเมินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน กรณีศึกษาจังหวัดเพชรบุรีคณะ . พัฒนาสังคมและสิ่งแวดลอม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- วีรพงษ์ ยางเดี่ยว. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบทจังหวัดยโสธร. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เสน่ห์ แสงเงิน ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน ศิวีไลซ์ วนรัตน์วิจิตร และถาวร มาตันปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมการสร้าง .(2555) . เสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 42(2), 68-81.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชโยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร) .2548). การทบทวนองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์ และเสน่ห์ แสงเงิน .(2559) .รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดสุโขทัย. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 6(2), 182-191.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศม์) .2552). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2551. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย) .2558). รายงานประจำปี 2558สุโขทัย .: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.