

วุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทย Active Ageing of Thai Elderly

สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล¹

Subhachak Saengprachaksakula

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับวุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ.2554 ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคง และเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดวุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทย โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2554 ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีทั้งสิ้น 23,884 คน ผลการวิจัยพบว่า วุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ โดยการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุด้วยแบบจำลองโพรบิตตามลำดับ พบว่า ปัจจัยกำหนดวุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ อายุ เขตที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อปี การทำงาน การตรวจสุขภาพ การดูแลปรนนิบัติ และการออกกำลังกาย

คำสำคัญ: วุฒิวิัยพถฒพลัง สุขภาพ การมีส่วนร่วม ความมั่นคง แบบจำลองโพรบิตตามลำดับ

Abstract

This research aims to investigate the level of Thai active ageing in 2011 and its determinants. The Thai active ageing was measured in three components including health, participation, and security. The data are derived from the 2011 survey of the older persons in Thailand which conducted by the National Statistical Office. The 23,884 Thai elderly persons were interviewed. The results showed that the level of Thai active ageing was moderate in 2011. When other factors are controlled, multiple ordered-probit model regression revealed that the determinants of Thai active ageing were age, residence area, educational attainment, marital status, income, working status, health check-up, having care giver and exercise with statistical significance at 0.05.

Keywords: Active Ageing, Health, Participation, Security, Ordered-Probit Model

¹นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

บทนำ

ในปี ค.ศ. 2002 องค์การอนามัยโลก ได้เสนอแนวคิด Active Ageing ซึ่งมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพทั้งด้านความสามารถ คุณค่า คุณประโยชน์ และศักยภาพของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิต โดยได้ให้ความหมายของ Active Ageing ไว้ว่า เป็นกระบวนการที่เหมาะสม ซึ่งนำไปสู่สุขภาพที่ดี มีส่วนร่วมในสังคม และมีหลักประกันที่มั่นคง ในอันที่จะเสริมสร้างคุณภาพชีวิตเมื่อสูงวัย (WHO. 2002: 12)

สำหรับในประเทศไทย ยังไม่มีการบัญญัติคำแปลของคำว่า “Active Ageing” โดยราชบัณฑิตยสถาน จึงมีการใช้คำในภาษาไทยที่แตกต่างกันออกไป เช่น “สูงวัยอย่างมีคุณภาพ” “พุดพิพลัง” “พุดพลั่ง” หรือ “ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ” เป็นต้น (เล็ก สมบัติ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และธนิกันต์ ศักดาพร. 2554:8) อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้คำว่า “วุฒิวิัย” แทนความหมายของ Active Ageing

การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วอาจจะไม่เป็นปัญหามากนัก ถ้าประชากรกลุ่มนี้มีความพร้อมในด้านเศรษฐกิจ ด้านที่อยู่อาศัย ด้านสังคม ด้านร่างกายและจิตใจ หรือเป็นผู้ที่มีวุฒิวิัยในระดับสูง โดยจะส่งผลดีทั้งในระดับจุลภาค คือ เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ไม่เป็นภาระพึ่งพิงของครอบครัว โดยสามารถทำงานหารายได้ให้กับตนเองเพื่อสร้างความมั่นคง และระดับมหภาค คือ ทำให้ลดงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลจากภาครัฐ อีกทั้งยังเป็นการสนับสนุนให้ได้ประโยชน์จากการปันผลทางประชากรครั้งที่สอง (ศุภเจตน์ จันทรสาส์น. 2552: 136) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทย ซึ่งจะนำไปสู่ความเข้าใจถึงลักษณะวุฒิวิัยในบริบทของสังคมไทย ที่มีวัฒนธรรมที่แตกต่างไปจากสังคมอื่นๆ ตลอดจนเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ว่า ผู้สูงอายุไทยในภาพรวมมีลักษณะวุฒิวิัยเป็นอย่างไร มีปัจจัยใดที่ส่งผลให้เกิดความแตกต่างในวุฒิวิัยแต่ละด้านของผู้สูงอายุไทย เพื่อสามารถนำข้อมูลที่ได้มาช่วยเป็นแนวทางสำหรับวางแผน ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยได้อย่างเหมาะสม และเกิดประโยชน์สูงสุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

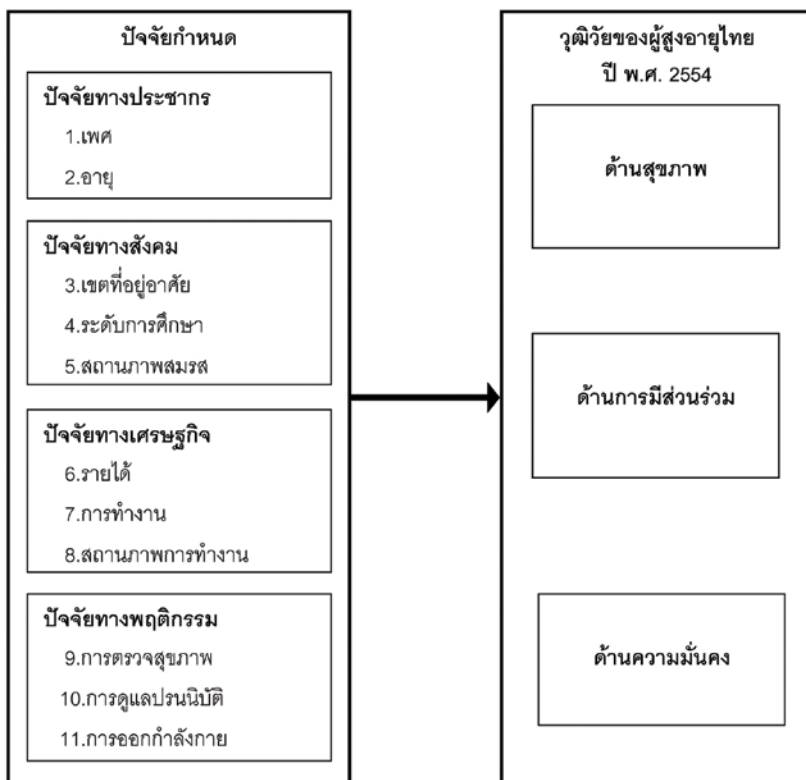
เพื่อศึกษาระดับวุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทย และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวุฒิวิัยแต่ละด้านของผู้สูงอายุไทย

แนวคิดเชิงทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรม

การเสนอแนวคิดวุฒิวิัยขององค์การอนามัยโลก เป็นการเสนอแนวคิดในภาพรวมเพื่อเป็นแนวทางแก่ประเทศต่างๆ นำไปใช้ในการวางนโยบาย ตลอดจนโครงการที่จะพัฒนาให้

เกิดภาวะทุพผิวยัยในแต่ละประเทศ โดยผู้สูงอายุที่มีทุพผิวยัยจะต้องเป็นผู้ที่มีลักษณะ 3 ด้าน คือ มีสุขภาพดี มีส่วนร่วมในสังคม และมีความมั่นคง ซึ่งมีปัจจัยกำหนด (Determinants) ที่ส่งผลต่อองค์ประกอบทั้ง 3 ด้านของทุพผิวยัย ประกอบด้วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และระบบบริการทางสังคม ปัจจัยทางพฤติกรรม ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมทางสังคม และ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ (WHO. 2002: 21 – 32) สำหรับงานวิจัยที่ผ่านมา เช่น ปารีชาติ ญาตินิยม (2547) ได้ศึกษาอัตชีวประวัติและลักษณะทุพผิวยัยของผู้สูงอายุไทยที่มีชื่อเสียง ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ลักษณะทุพผิวยัยประกอบด้วย การทำกิจกรรมตลอดเวลา การมีสุขภาพที่ดี และการมีความมั่นคงในชีวิต ส่วนงานวิจัยเชิงปริมาณก็จะพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับทุพผิวยัย เช่น สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย อาชีพ หนี้สิน การไม่มีโรคเรื้อรัง การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (กุศลสุนทรธาดา และกมลชนก ข้าสุวรรณ. 2553) อีกทั้งยังพบว่า อายุ และรายได้ ก็ส่งผลต่อระดับทุพผิวยัย (Chansarn. 2012)

จากที่กล่าวมาข้างต้น จึงได้นำแนวคิดทุพผิวยัยขององค์การอนามัยโลกและผลงานวิจัยในอดีต มาสร้างกรอบแนวคิดของการวิจัย เพื่อศึกษาระดับทุพผิวยัยของผู้สูงอายุไทยในสามด้าน และเพื่ออธิบายถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับทุพผิวยัยแต่ละด้านของผู้สูงอายุไทย ทั้งนี้ ได้จัดกลุ่มปัจจัยกำหนดใหม่ ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 : กรอบแนวคิดของการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

1. แหล่งข้อมูล

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา มาจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2554 ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ และการวิจัยครั้งนี้เลือกใช้ข้อมูลเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และให้ข้อมูลครบทุกกลุ่มรายการของแต่ละตัวแปรในกรอบแนวคิดของการวิจัย ซึ่งได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 23,884 คน

2. การสร้างดัชนีวิถียวัย (Active Ageing Index: AAI)

จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2554 มีข้อคำถามที่เป็นองค์ประกอบสำคัญตามแนวคิดวิถียวัยขององค์การอนามัยโลก ซึ่งนำไปสร้างดัชนีองค์ประกอบ (Composite Index) ที่มาจากตัวชี้วัดหลายๆ ตัว ทั้งนี้จะเป็นการรวมดัชนีแต่ละด้านเข้าด้วยกัน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคง ซึ่งมีขั้นตอนการสร้างดังนี้ (กุลสุนทรธาดา และกมลชนก ข้าสุวรรณ. 2553)

2.1 สร้างดัชนีของแต่ละด้าน (Index)

นำคะแนนที่ถ่วงน้ำหนักให้กับตัวชี้วัดแต่ละตัว มารวมกันเป็นดัชนีของแต่ละด้าน โดยมีสูตรในการคำนวณ คือ

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

โดยที่ X_i = คะแนน/คะแนนเฉลี่ยตัวชี้วัดแต่ละตัวของแต่ละบุคคล

M_i = ค่าคำตอบที่เป็นค่าสูงสุดของตัวชี้วัดแต่ละตัว

n = จำนวนรวมของตัวชี้วัดในแต่ละด้าน

การคำนวณดัชนีของแต่ละด้าน มีดังนี้

1) ดัชนีด้านสุขภาพ (Health Index)

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

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

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

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

2) ดัชนีด้านการมีส่วนร่วม (Participation Index)

สร้างขึ้นจากข้อคำถามด้านการมีส่วนร่วม มี 2 ตัวชี้วัด คือ การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม (X_1) และ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม (X_2) ดังนั้น ดัชนีด้านการมีส่วนร่วมของแต่ละบุคคล จะได้จากสูตรในการคำนวณ คือ

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

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

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

3) ดัชนีด้านความมั่นคง (Security Index)

สร้างขึ้นจากข้อคำถามด้านการมีหลักประกัน มี 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ (X_1) ความเป็นเจ้าของบ้าน (X_2) และลักษณะการอยู่อาศัย (X_3) ดังนั้น ดัชนีด้านความมั่นคงของแต่ละบุคคล จะได้จากสูตรในการคำนวณ คือ

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

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

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

2.2 สร้างดัชนีวุฒิวยของผู้สูงอายุ (Active Ageing Index: AAI)

นำดัชนีของแต่ละด้านมารวมกัน โดยถ่วงน้ำหนักให้ดัชนีแต่ละด้านมีความสำคัญเท่ากันตามแนวคิดเชิงนโยบายขององค์การอนามัยโลก คือ

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

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

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

สรุปว่า องค์ประกอบของวุฒิวยของผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ดัชนี และ 11 ตัวชี้วัด

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) วิเคราะห์ลักษณะภูมิวัยแต่ละด้านของผู้สูงอายุไทย ซึ่งแสดงด้วยค่าอัตราร้อยละ (Percentage) สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดที่มีอิทธิพลต่อภูมิวัยแต่ละด้านของผู้สูงอายุไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จะใช้การวิเคราะห์การถดถอย (Regression Analysis) ด้วยแบบจำลองโพรบิตตามลำดับ (Ordered-Probit Model) โดยการประมาณค่าความน่าจะเป็นสูงสุด (Maximum Likelihood Estimation) (Wooldridge, 2002: 504-505) ทั้งนี้จะแสดงค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (Coefficients) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรอิสระ ว่าตัวแปรตามมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใดเมื่อตัวแปรอิสระเปลี่ยนแปลง และจะแสดงค่าผลกระทบส่วนเพิ่ม (Marginal Effect) เพื่ออธิบายความน่าจะเป็น (โอกาส) ของตัวแปรตามที่จะเปลี่ยนแปลง เมื่อตัวแปรอิสระเปลี่ยนแปลง

5. แบบจำลองที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดระดับภูมิวัยของผู้สูงอายุไทยจะอาศัยแบบจำลองโพรบิตตามลำดับ (Ordered-Probit Model) ซึ่งมีรูปแบบทั่วไป ดังนี้

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

และสามารถเขียนเป็นความสัมพันธ์สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ได้ดังนี้

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

กำหนดให้

AAI	คือ ภูมิวัยของผู้สูงอายุ (ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านความมั่นคง): เมื่อ 0=ระดับต่ำ/1=ระดับปานกลาง/2=ระดับสูง
SEX	คือ เพศ: เมื่อ 0=หญิง/1=ชาย
AGE	คือ อายุ (เต็มปี)
AREA	คือ เขตที่อยู่อาศัย: เมื่อ 0=นอกเขตเทศบาล/1=ในเขตเทศบาล
EDUC	คือ ระดับการศึกษา: เมื่อ 0=ไม่มีการศึกษา/1=ประถมศึกษา/2=มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป
MARRI	คือ สถานภาพสมรส: เมื่อ 0=สถานภาพสมรสอื่น ๆ/1=สมรสและคู่สมรสอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน
INCOM	คือ รายได้ต่อปี: เมื่อ 0=น้อยกว่า 10,000 บาท/1=10,000-29,999 บาท/2=30,000-49,999 บาท/3=50,000-99,999 บาท/4=100,000 บาทขึ้นไป

WORKI	คือ การทำงาน: เมื่อ 0=ไม่ได้ทำงาน/1=ทำงาน
WORKS	คือ สถานภาพการทำงาน: เมื่อ 0=อื่นๆ (รวมไม่ได้ทำงาน)/1=นายจ้าง
HECHK	คือ การตรวจสอบสุขภาพ: เมื่อ 0=ไม่ได้ตรวจ/1=ตรวจ
CAREG	คือ การดูแลปรนนิบัติ: เมื่อ 0=ดูแลตนเองหรือคู่สมรสดูแล/1=มีผู้อื่นดูแล
EXERC	คือ การออกกำลังกาย: เมื่อ 0=ไม่เป็นประจำ/1=เป็นประจำ
$\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_1$	คือ สัมประสิทธิ์การทำนายของตัวแปรอิสระต่างๆ
ϵ_i	คือ ค่าความคลาดเคลื่อน
หมายเหตุ: 0	= กลุ่มอ้างอิง

6. ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้ข้อมูลitudinal ตัวชี้วัดของดัชนีวุฒิวยจึงถูกจำกัดตามข้อคำถามที่มีในการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2554

ผลการวิจัย

1. ระดับวุฒิวยของผู้สูงอายุไทย

จากตารางที่ 1 เมื่อพิจารณาวุฒิวยด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 67.3, 44.6 และ 47.1 ตามลำดับ และวุฒิวยในภาพรวมของผู้สูงอายุไทย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.8) (ทั้งนี้ในแต่ละด้านจะพบว่า ด้านสุขภาพมีสัดส่วนของผู้ที่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67.3 ส่วนอีกสองด้านมีสัดส่วนของผู้ที่อยู่ในระดับสูงไม่เกินร้อยละ 50 ประกอบกับทั้งสองด้านก็มีสัดส่วนของผู้ที่อยู่ในระดับต่ำและปานกลางรวมกัน มากกว่าร้อยละ 50 จึงส่งผลให้สัดส่วนของผู้ที่มีระดับวุฒิวยในภาพรวมจึงอยู่เพียงระดับปานกลาง)

ตารางที่ 1: ร้อยละของดัชนีวุฒิวยแต่ละด้านของผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ.2554

[จำนวน 23,884 ตัวอย่าง]

ระดับ	วุฒิวยแต่ละด้าน			วุฒิวย (Active Ageing)
	ด้านสุขภาพ (Health)	ด้านการมีส่วนร่วม (Participation)	ด้านความมั่นคง (Security)	
ต่ำ	2.0	34.8	10.8	17.0
ปานกลาง	30.7	20.6	42.1	48.8
สูง	67.3	44.6	47.1	34.2
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับวุฒิวิัยแต่ละด้านของผู้สูงอายุไทย

เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ คงที่ ผลการวิเคราะห์การถดถอยด้วยแบบจำลองโพรบิตตามลำดับ (ตารางที่ 2) ในระดับหลายตัวแปร (Multivariate Analysis) มีรายละเอียดดังนี้

เมื่อพิจารณาวุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทยในภาพรวม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับวุฒิวิัยระดับสูง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีโอกาสที่จะมีวุฒิวิัยระดับสูง ถึงร้อยละ 7.51 (Marginal Effect = 0.07511) ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป มีโอกาสที่จะมีวุฒิวิัยระดับสูง ถึงร้อยละ 9.45 ผู้สูงอายุที่สมรสและคู่สมรสอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีโอกาสที่จะมีวุฒิวิัยระดับสูง ถึงร้อยละ 16.93 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อปี 10,000-29,999 บาท มีโอกาสที่จะมีวุฒิวิัยระดับสูง ถึงร้อยละ 5.37 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อปี 30,000-49,999 บาท มีโอกาสที่จะมีวุฒิวิัยระดับสูง ถึงร้อยละ 5.60 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อปี 50,000-99,999 บาท มีโอกาสที่จะมีวุฒิวิัยระดับสูง ถึงร้อยละ 6.47 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อปี 100,000 บาทขึ้นไป มีโอกาสที่จะมีวุฒิวิัยระดับสูง ถึงร้อยละ 6.43 ผู้สูงอายุที่ทำงาน มีโอกาสที่จะมีวุฒิวิัยระดับสูง ถึงร้อยละ 4.09 ผู้สูงอายุที่ตรวจสุขภาพ มีโอกาสที่จะมีวุฒิวิัยระดับสูง ถึงร้อยละ 6.88 และ ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำ มีโอกาสที่จะมีวุฒิวิัยระดับสูง ถึงร้อยละ 4.90 (โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิงของแต่ละตัวแปร ที่กำหนดในแบบจำลองที่ใช้ในการวิจัย)

ตารางที่ 2: สัมประสิทธิ์การทำนาย (Coefficients) และผลกระทบส่วนเพิ่ม (Marginal effect)

ที่จะมีวุฒิวิัยระดับสูงแต่ละด้านของผู้สูงอายุไทย เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ คงที่ จำแนกตามปัจจัยต่างๆ โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอย (Regression Analysis) ด้วยแบบจำลองโพรบิตตามลำดับ (Ordered-Probit Model) [จำนวน 23,884 ตัวอย่าง]

Variables	ORDERED-PROBIT MODEL							
	Active Ageing Index		Health Index		Participation Index		Security Index	
	Coefficients	Marginal Effect	Coefficients	Marginal Effect	Coefficients	Marginal Effect	Coefficients	Marginal Effect
SEX (1)	0.01042	0.00377	0.15018*	0.05189*	-0.00517	-0.00204	-0.04561*	-0.01812*
AGE	-0.00676*	-0.00245*	-0.04228*	-0.01474*	0.00181	0.00072	0.00655*	0.00261*
AREA (1)	-0.26893*	-0.09802*	0.02911	0.01016	-0.31418*	-0.12403*	-0.07237*	-0.02877*
EDUC (1)	0.21322*	0.07511*	0.13671*	0.04849*	0.19695*	0.07705*	0.10039*	0.03979*
EDUC (2)	0.25226*	0.09454*	0.40973*	0.12996*	0.11546*	0.04582*	0.32911*	0.13061*
MARRI (1)	0.47625*	0.16932*	0.07818*	0.02731*	0.11062*	0.04365*	0.78028*	0.30139*
INCOM (1)	0.14642*	0.05376*	0.16748*	0.05709*	0.04597	0.01819	0.28093*	0.11169*

ตารางที่ 2: (ต่อ)

Variables	ORDERED-PROBIT MODEL							
	Active Ageing Index		Health Index		Participation Index		Security Index	
	Coefficients	Marginal Effect	Coefficients	Marginal Effect	Coefficients	Marginal Effect	Coefficients	Marginal Effect
INCOM (2)	0.15197*	0.05599*	0.22814*	0.07659*	-0.01622	-0.00640	0.46770*	0.18467*
INCOM (3)	0.17529*	0.06465*	0.31461*	0.10432*	-0.06474*	-0.02551*	0.63790*	0.24932*
INCOM (4)	0.17307*	0.06425*	0.38907*	0.12411*	-0.14683*	-0.05744*	0.89343*	0.33522*
WORKI (1)	0.11241*	0.04093*	0.28456*	0.09707*	0.06798*	0.02688*	-0.05157*	-0.02048*
WORKS (1)	0.00613	0.00222	-0.03342	-0.01175	-0.03432	-0.01353	0.16230*	0.06468*
HECHK (1)	0.19161*	0.06879*	-0.05805*	-0.02019*	0.24474*	0.09618*	0.11242*	0.04463*
CAREG (1)	-0.25138*	-0.08681*	-0.54488*	-0.20440*	-0.27190*	-0.10510*	0.16017*	0.06381*
EXERC (1)	0.13447*	0.04896*	0.35808*	0.12183*	0.09137*	0.03614*	0.04763*	0.01894*
Log Likelihood	-23007.122		-14371.251		-24591.701		-20777.371	
Pseudo R ²	0.0542		0.1480		0.0217		0.0937	

หมายเหตุ: *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับวุฒิวยระดับสูง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า มีโอกาสที่จะมีวุฒิวยระดับสูง น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า คิดเป็นร้อยละ 0.25 (Marginal Effect = -0.00245) ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล มีโอกาสที่จะมีวุฒิวยระดับสูง น้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยนอกเขตเทศบาล คิดเป็นร้อยละ 9.80 และ ผู้สูงอายุที่มีผู้อื่นดูแล มีโอกาสที่จะมีวุฒิวยระดับสูง น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองหรือมีคู่สมรสดูแล คิดเป็นร้อยละ 8.68

สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวุฒิวยระดับสูงของผู้สูงอายุไทยในแต่ละด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีดังต่อไปนี้

1) ด้านสุขภาพ พบว่า ปัจจัยที่มีโอกาสมากที่สุดที่จะส่งผลให้มีวุฒิวยด้านสุขภาพในระดับสูง เช่น การดูแลปรนนิบัติ ระดับการศึกษา และ รายได้ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีผู้อื่นดูแล มีโอกาสที่จะมีวุฒิวยด้านสุขภาพระดับสูง น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองหรือมีคู่สมรสดูแล คิดเป็นร้อยละ 20.44 (Marginal Effect = -0.20440) ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป มีโอกาสที่จะมีวุฒิวยด้านสุขภาพระดับสูง มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 13.00 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อปี 100,000 บาทขึ้นไป มีโอกาสที่จะมีวุฒิวยด้านสุขภาพระดับสูง มากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อปีต่ำกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 12.41

2) ด้านการมีส่วนร่วม พบว่า ปัจจัยที่มีโอกาสมากที่จะส่งผลให้มีผู้ฉวยด้านการมีส่วนร่วมในระดับสูง เช่น เขตที่อยู่อาศัย และการดูแลปรนนิบัติ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล มีโอกาสที่จะมีผู้ฉวยด้านการมีส่วนร่วมระดับสูง น้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยนอกเขตเทศบาล คิดเป็นร้อยละ 12.40 (Marginal Effect = -0.12403) ผู้สูงอายุที่มีผู้อื่นดูแล มีโอกาสที่จะมีผู้ฉวยด้านการมีส่วนร่วมระดับสูง น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองหรือมีคู่สมรสดูแล คิดเป็นร้อยละ 10.51

3) ด้านความมั่นคง พบว่า ปัจจัยที่มีโอกาสมากที่จะส่งผลให้มีผู้ฉวยด้านความมั่นคงในระดับสูง เช่น รายได้ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อปี 100,000 บาทขึ้นไป มีโอกาสที่จะมีผู้ฉวยด้านความมั่นคงระดับสูง มากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อปีต่ำกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 33.52 (Marginal Effect = 0.33522) ผู้สูงอายุที่สมรสและคู่สมรสอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีโอกาสที่จะมีผู้ฉวยด้านความมั่นคงระดับสูง มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 30.14 ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป มีโอกาสที่จะมีผู้ฉวยด้านความมั่นคงระดับสูง มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 13.06

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีผู้ฉวยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาระดับผู้ฉวยของผู้สูงอายุไทยที่ผ่านมา (Thanakwang and Soonthorndhada. 2006; กุศล สุนทรธาดา และกมลชนก ขำสุวรรณ. 2553; Chansarn. 2012) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าประเทศไทยมีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุมาเป็นเวลานาน อีกทั้งยังมีแผนการดำเนินงานและนโยบายเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุที่ชัดเจน เช่น แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ.2525-2544) และปัจจุบันอยู่ในช่วงของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ซึ่งทั้ง 2 ฉบับเป็นแผนระยะยาวที่มีนโยบายให้ความสำคัญต่อประชากรในทุกช่วงชีวิต และความสำคัญของคนในสังคมที่จะต้องเข้าสู่วัยสูงอายุตามวงจรชีวิต นอกจากนี้ยังมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 ซึ่งกำหนดให้ ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม การสนับสนุนในด้านต่างๆ โดยเฉพาะการส่งเสริมด้านการศึกษาและข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต เพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิต และเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุไทยให้เป็น “ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ” นั้นแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีความตระหนักถึงสังคมผู้สูงอายุในระดับหนึ่งมาเป็นระยะเวลาอันยาวนานพอสมควร

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาระดับบุดมวัยในแต่ละด้านพบว่า ผู้สูงอายุมีบุดมวัยด้านสุขภาพ ดีที่สุด รองลงมาคือบุดมวัยด้านความมั่นคงและด้านการมีส่วนร่วม ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ผ่านมาของประเทศไทย ให้ความสำคัญกับการเตรียมตัว และการส่งเสริมสุขภาพเป็นสำคัญ ทั้งนี้ น่าจะสืบเนื่องมาจากรัฐบาลได้เริ่มมีการแถลงนโยบาย ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุต่อรัฐสภาในปีพ.ศ.2523 (รัฐสภาไทย. 2557) กล่าวคือ รัฐจะเร่งรัดการดำเนินงานโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ด้วยการจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลเป็นพิเศษให้แก่ผู้สูงอายุ โดยจะประสานงานและร่วมมือกับภาคเอกชนด้วย ในขณะที่นโยบายด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการสร้างความมั่นคง ถูกริเริ่มในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 ส่งผลให้ระดับบุดมวัยในอีกสองด้านอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำมากกว่าร้อยละ 50 จึงทำให้ระดับบุดมวัยในภาพรวมของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับบุดมวัยของผู้สูงอายุไทย มีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยด้านอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าจะมีระดับบุดมวัยต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับบุดมวัยด้านสุขภาพ ก็มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร รัตนอมรชัย (2535: 114) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตโดยรวมและทุกด้าน และเมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะมีการดูแลตัวเองได้น้อยลง อีกทั้งมีหลายการศึกษาที่พบว่า เมื่ออายุมากขึ้นระดับการพึ่งพาสูงขึ้น โดยผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าการตนเองเป็นภาระ ทำให้ตนเองรู้สึกว่ามีคุณค่าลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่ดี (ประภาพร จินันทุยา. 2536; อุมาพร อุดมทรัพย์กุล. 2536)

ปัจจัยด้านเขตที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองจะมีระดับบุดมวัยต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยกับระดับบุดมวัยด้านการมีส่วนร่วมและด้านความมั่นคง ก็พบความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกุลล สุนทรธาดา และกมลชนก ขำสุวรรณ (2553: 35) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาล มีระดับบุดมวัยมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ประมาณ 2 เท่า ทั้งนี้ในสังคมชนบทประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม ทำให้โอกาสในการมีส่วนร่วมเชิงเศรษฐกิจยาวนานกว่าประชากรที่อาศัยในเมือง อีกทั้งสังคมในชนบทมีความเอื้อเพื่อเกื้อกูลกันทั้งในครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน รู้สึกมีคุณค่าและมีความมั่นคง นอกจากนี้การวิจัยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตเมือง เขตชานเมือง และเขตชนบท ยังพบว่า ประชาชนในเขตเมืองมีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด (สงคราม เขาวนศิลป์. 2542: 33)

ปัจจัยด้านระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะมีระดับบุคลิกภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า และความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาก็ระดับบุคลิกภาพทั้งสามด้าน ก็เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่มีการศึกษานั้นจะสามารถนำความรู้และประสบการณ์ของตน มาปรับใช้กับตัวเองรวมทั้งบุคคลรอบตัว และเป็นผู้ที่มีโลกทัศน์กว้างต่างจากผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาต่ำ (วนิดา นิรมย์, 2538: 24) อีกทั้งการศึกษาของประภาพร จินันทุยา (2536: 81) พนิษฐา พานิชชีวะกุล (2537: 109) และ สุวิมล พนาวังกุล (2534) พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษามีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาต่ำกว่า

ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุที่สมรสและคู่สมรสอยู่ในครัวเรือนเดียวกันจะมีระดับบุคลิกภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ และความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับระดับบุคลิกภาพทั้งสามด้าน ก็เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า สถานภาพสมรสเป็นลักษณะทางประชากรที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต โดยคู่สมรสถือได้ว่าเป็นเพื่อนคู่ทุกข์คู่ยาก คอยช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน ส่วนผู้ที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ เช่น หม้าย หย่า หรือ แยกกันอยู่ เมื่อขาดคู่ของตนไปย่อมเกิดความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว (วนิดา นิรมย์, 2538: 20) ซึ่งสอดคล้องกับกุศล สุนทรธาดา และกมลชนก ขำสุวรรณ (2553: 35) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส มีโอกาสเป็นผู้สูงอายุที่มีระดับบุคลิกภาพมากกว่า 3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด ส่วนผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก มีระดับบุคลิกภาพน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดประมาณครึ่งหนึ่ง

ปัจจัยด้านรายได้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีระดับบุคลิกภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับระดับบุคลิกภาพและด้านความมั่นคง ก็พบความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้ รายได้นับว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ จึงมีอิทธิพลต่อระดับบุคลิกภาพ โดยเฉพาะด้านความมั่นคง รายได้ทำให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม มีอาหารที่มีคุณค่า ได้รับการบริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพ และสามารถจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก (Hogstel, 1981) มีผลทำให้ผู้สูงอายุพึงพอใจในชีวิต ดังนั้น ผู้ที่มีรายได้สูงจึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Zhan, 1992) และยังมีงานวิจัยที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล, 2539) ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีบุคลิกภาพระดับสูง

ส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำมีวุฒิภาวะระดับต่ำ (ฉัตรทอง อินทร์นอก. 2540: 88; สมสุข สิงห์ปัญจนที. 2540: 80; จีรนุช สมโชค. 2540: 74; วรรณภา กุมารจันทร์. 2543: 62; Chansarn. 2012)

ปัจจัยด้านการทำงาน พบว่า ผู้สูงอายุที่ทำงานจะมีระดับวุฒิภาวะสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงาน และความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานกับระดับวุฒิภาวะด้านสุขภาพและด้านการมีส่วนร่วม ก็เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้สูงอายุบางคนยังคงทำงานต่อเพื่อเหตุผลต่างๆ ได้แก่ เพื่อหารายได้ เพื่อให้มีสุขภาพดี ยังสนุกกับงาน และยังอยากมีเพื่อนอยู่ (United Nations. 1996: 27) โดยงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า การทำงานมีอิทธิพลทางบวกต่อระดับวุฒิภาวะ เช่น การศึกษาของประภาพร จินันทุยา (2536) และจิระพร อภิชาติบุตร (2540: 96) พบว่า ผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานอยู่มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของเกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์ สุรีย์ บุญญานพวงศ์ และสมศักดิ์ ฉันทะ (2533) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ยังทำงานเชิงเศรษฐกิจได้ จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ เป็นที่ยอมรับของบุคคลในครอบครัว และยังถือว่าเป็นหัวหน้าครอบครัว การที่ผู้สูงอายุมีงานทำได้อย่างต่อเนื่อง สามารถแก้ปัญหาเรื่องบทบาท เพราะการทำงานจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

ปัจจัยด้านการตรวจสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการตรวจสุขภาพจะมีระดับวุฒิภาวะสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพ ทั้งนี้ สถานบริการสาธารณสุขเป็นปัจจัยที่สามารถสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพ Green (1980) อีกทั้งมีงานวิจัยที่สนับสนุนว่า การตรวจสุขภาพมีอิทธิพลต่อระดับวุฒิภาวะ เช่น ศิรินุช ฉายแสง (2553: 120) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับการมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวันนี ขำเพ็ง (2540) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ

ปัจจัยด้านการมีผู้ดูแลปรนนิบัติ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลปรนนิบัติจะมีระดับวุฒิภาวะต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองหรือคู่สมรสดูแล และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการมีผู้ดูแลปรนนิบัติกับระดับวุฒิภาวะด้านสุขภาพและด้านการมีส่วนร่วม ก็พบความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้เป็นเพราะการมีผู้ดูแลสะท้อนให้เห็นถึงสุขภาพและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี. 2555: 7; จิราภรณ์ ใจสบายพรสุข หุ่นรินันต์ และทรงพล ต่อนี้ (มปป.)

ปัจจัยด้านการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำจะมีระดับบุคลิกภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไม่เป็นประจำ และความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายกับระดับบุคลิกภาพทั้งสามด้าน ก็เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งการออกกำลังกายช่วยทำให้วัยจะต่างๆ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ช่วยป้องกันการเกิดโรค สร้างความกระปรี้กระเปร่า และช่วยลดความตึงเครียดทางสมองและจิตใจ (อวย เกตุสิงห์. 2523: 19; การกีฬาแห่งประเทศไทย. 2534: 10-13) เมื่อสุขภาพดี โอกาสในการทำงานหรือการเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ก็มีมากขึ้น ส่งผลต่อระดับบุคลิกภาพโดยรวม นอกจากนี้ การศึกษาของสมหวัง มณีวงศ์ (2546: 57) พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสังคม ด้านนันทนาการของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุไทยมีระดับบุคลิกภาพสูงขึ้น จากระดับปานกลางในปัจจุบันไปสู่ระดับสูง โดยเฉพาะบุคลิกภาพด้านการมีส่วนร่วมและด้านความมั่นคง ซึ่งพบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพระดับสูงในสองด้านดังกล่าว มีเพียงร้อยละ 44.6 และ 47.1 ตามลำดับ ขณะที่สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพระดับสูงในด้านสุขภาพมี ถึงร้อยละ 67.3

แนวทางในการเพิ่มระดับบุคลิกภาพของผู้สูงอายุไทยในด้านการมีส่วนร่วมและด้านความมั่นคง รัฐบาลควรให้ความสำคัญในเรื่องการทำงานของผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในสังคม โดยขยายเวลาเกษียณอายุการทำงานออกไปเป็น 65 ปี เนื่องจากพบว่า อายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทยสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ.2552 อายุคาดเฉลี่ยที่อายุ 60 ปี ของประชากรไทยเท่ากับ 20.7 ปี นั้นหมายถึงจำนวนปีที่ยังมีชีวิตอยู่หลังเกษียณมีสูงถึงเกือบ 21 ปี (ปราโมทย์ ประสาทกุล และ ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. 2553: 21) การขยายอายุเกษียณออกไป จึงเป็นการส่งเสริมการสร้างรายได้ในวัยสูงอายุ และยังเป็นการรักษาบทบาทของผู้สูงอายุ ในการเป็นผู้ผลิตในครอบครัวและสังคม และยังลดระยะเวลาในการเป็นผู้พึ่งพิงของวัยสูงอายุอีกด้วย (วรเวศม์ สุวรรณระดา. 2556) นอกจากนี้ในด้านสุขภาพ รัฐบาลก็ควรณรงค์ให้ประชากรมีการดูแลสุขภาพตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพกายและใจที่ดี โดยส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะและมีประโยชน์ เพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ปราศจากโรคเรื้อรัง และมีสุขภาพจิตดีในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- การกีฬาแห่งประเทศไทย. (2534). **การกีฬาสำหรับผู้ฝึกสอนกีฬาและนักกีฬา**. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายวิทยาศาสตร์การกีฬา การกีฬาแห่งประเทศไทย.
- กุศล สุนทรธาดา และ กมลชก ข้าสุวรรณ. (2553). **ระดับและแนวโน้มความมีพฤติกรรมของผู้สูงอายุไทย**. การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2553 ณ โรงแรมเดอะทวินทาวเวอร์ กรุงเทพมหานคร (25-26 พฤศจิกายน): 26-38.
- เกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์ สุรีย์ บุญญานพวงศ์ และ สมศักดิ์ ฉันทะ. (2533). **ชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่**. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- จิระพร อภิชาติบุตร. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การอุปถัมภ์จากครอบครัว และการบริการสุขภาพในชุมชนกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในชุมชนแออัดเขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. (การบริหารการพยาบาล) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- จิราภรณ์ ใจสบาย พรสุข หุ่นรินันตร์ และทรงพล ต่อณี. (ม.ป.ป.). **พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร**. **วารสารคณะพลศึกษา**. 14(1).
- จිරนุช สมโชค. (2540). **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. (การพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ฉัตรทอง อินทร์นอก. (2540). **พฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. (การพยาบาลอนามัยชุมชน) มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ประภาพร จินันท์ยุยา. (2536). **คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุดินแดง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒนางศ์. (2553). **“นิยามผู้สูงอายุด้วยช่วงชีวิต” ในสุชาติ ทวีสิทธิ์ และสวริย์ บุญมานนท์ (บรรณาธิการ) ประชากรและสังคม 2553: คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย**. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปาริชาติ ญาตินิยม. (2547). **ลักษณะภาวะพฤติกรรม: กรณีศึกษาผู้สูงอายุไทยที่มีชื่อเสียง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

- พนิษฐา พานิชาชิวะกุล. (2537). **การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสมมติสำหรับผู้สูงอายุในชนบท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต. (การพยาบาลสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และวิทัศน์ จันทโรไพศรีศรี. (2555, เมษายน-กันยายน). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรหมณานิคม จังหวัดสกลนคร. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น**. 19(2): 55-64. รัฐสภาไทย. (2557). **การแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีต่อรัฐสภา**. สืบค้นเมื่อ 23 มิถุนายน 2557, จาก <http://library2.parliament.go.th/giventake/statement.html>
- เล็ก สมบัติ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และธนิกันต์ ศักดาพร. (2554). **รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพประโยชน์กับการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจในประเทศไทย**. สำนักงานมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- วนิดา นิรมย์. (2538). **ปัจจัยที่มีส่วนกำหนดต่อการเป็นผู้สูงอายุที่ยังมีคุณภาพประโยชน์**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. (ประชากรศาสตร์) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- วรรณภา กุมารจันทร์. (2543). **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วรเวศม์ สุวรรณระดา. (2556). **รายงานผลการศึกษาโครงการ “ผลกระทบด้านมหภาคและจุลภาคของการขยายอายุเกษียณ”**. เวทีเสวนาบทเรียนต่างประเทศ จัดโดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์, 10 กันยายน 2556.
- วันที ขำเพ็ง. (2540). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนบทจังหวัดนครราชสีมา**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศิรินุช ฉายแสง. (2553). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดอำนาจเจริญ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. (การสร้างเสริมสุขภาพ) มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. ถ่ายเอกสาร.
- ศุภเจตน์ จันทรสาสน์. (2552). **การได้ประโยชน์จากการปันผลทางประชากร: การศึกษาเชิงประจักษ์ระหว่างประเทศ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต (ประชากรศาสตร์) กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

- สงคราม เขาวนศิลป์. (2542). **ปัจจัยด้านบุคลิกภาพบางประการที่พยากรณ์ปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตเมือง เขตชานเมือง และเขตชนบท.** คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมสุข สิงห์ปัญจนท์. (2540). **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่พบสาเหตุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. (การพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สมหวัง มณีวงศ์. (2546). **ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ ในเขตเทศบาล จังหวัดชัยภูมิ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. (พลศึกษา) มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- สุวิมล พนาวัฒน์ากุล. (2534). **อ้อมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อวย เกตุสิงห์. (2523, มีนาคม). **ผลร้ายของการกีฬาเพื่อสุขภาพและการป้องกัน.** **วารสารสุขศึกษา พลศึกษา และสันทนาการ** 6: 12.
- อุมาพร อุดมทรัพย์ากุล. (2536). **ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุเขตเมืองสุพรรณบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. (การพยาบาลสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- Chansarn, S. (2012). Active Ageing of Elderly People and Its Determinants: Empirical Evidence from Thailand. **Asia-Pacific Social Science Review.** 12 (1): 1-18.
- Green, L.W. (1980). **Health Education Planning: A Diagnosis Approach.** New York: Mayfield.
- Hogstel, MO. (1981). **Nursing Care of the Older Adult.** Texas: Delmar Publishers.
- Thanakwang, K. and Soonthorndhada, K. (2006). Attribute of Active Ageing among Older Persons in Thailand: Evidence from the 2002 Survey. **Asia-Pacific Population Journal.** 21 (3): 113-135.
- United Nations Development Programme: UNDP. (2005). **Human Development Report 2005.** New York: United Nations Development Programme.

- United Nations. (1996). **Population aging in Asia and the Pacific**.
New York: United Nations.
- Wooldridge, J.M. (2002). **Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data**. The MIT Press Cambridge, Massachusetts London, England.
- World Health Organization: WHO. (2001). **The world health report 2001-Mental health: New understanding, new hope**. France:
World Health Organization.
- World Health Organization: WHO. (2002). **Active Ageing: A Policy Framework**.
Geneva: World Health Organization.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Concept and measurement issues. **Journal of Advanced Nursing**. 17(May): 795-800.