

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทของจังหวัดในภาคใต้ตอนบน เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระหว่างเขตเมือง และเขตชนบท และหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิต กับเพศ อายุ ศาสนา รายได้ของครอบครัว และลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว โดยเขตเมืองเก็บรวบรวมข้อมูลในเขตเทศบาลเมืองพังงา จังหวัดพังงา และเขตเทศบาลตำบลนาสาร อำเภอนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ส่วนเขตชนบทเก็บรวบรวมข้อมูลในตำบลบ่อแสน อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา และตำบลตะเคียนทอง อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างได้จากการนำจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละจังหวัดมาคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งเขตเมืองและเขตชนบท โดยใช้สูตรของ ทาโร ยามาเน (Taro Yamane, 1976 อ้างใน ประคองกรรณสูตร, 2538) ได้กลุ่มตัวอย่างของแต่ละจังหวัดดังนี้ จังหวัดสุราษฎร์ธานีจำนวน 330 คน ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างในเขตเมือง 65 คน และเขตชนบทจำนวน 265 คน และกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดพังงา ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างในเขตเมือง 17 คน และเขตชนบทจำนวน 53 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 400 คน ได้แก่กลุ่มตัวอย่างเขตเมืองจำนวน 82 คน และเขตชนบทจำนวน 318 คน ผลการศึกษาได้เสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 4 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท

ส่วนที่ 4 ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกับปัจจัยด้าน อายุ เพศ ศาสนา รายได้ของครอบครัว และลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

### 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในภาคใต้ตอนบน อาชีพก่อนอายุ 60 ปี อาชีพหลังอายุ 60 ปี ความพึงพอใจของรายได้ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน แหล่งรายได้ และการเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมทางสังคม แหล่งการรับบริการด้านสุขภาพอนามัย ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย และแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและอาการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว ดังแสดงในตารางที่ 1 ถึง ตารางที่ 9

### ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ และอายุ

ข้อมูลส่วนบุคคล	เขตเมือง (n = 82)	เขตชนบท (n = 318)	รวม (n = 400)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ			
ชาย	25 (30.49)	107 (33.65)	132 (33.00)
หญิง	57 (69.51)	211 (66.35)	268 (67.00)
อายุ ( $\bar{x}$ = 68.37 ปี S.D. = 6.71, Minimum = 60 ปี Maximum = 88ปี)			
60 – 74 ปี	74 (90.24)	262 (82.39)	336 (84.00)
75 – 84 ปี	6 (7.32)	48 (15.09)	54 (13.50)
ตั้งแต่ 85 - 90 ปี	2 (2.44)	8 (02.52)	10 (2.50)

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 67 เป็นเพศหญิง โดยพบมากทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท คิดเป็นร้อยละ 69.51 และร้อยละ 66.35 ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.00 มีอายุอยู่ในช่วง 60 - 74 ปี ซึ่งพบมากทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท คิดเป็นร้อยละ 90.24 และร้อยละ 82.39 ตามลำดับ

## ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม สถานภาพ ศาสนา และระดับการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	เขตเมือง (n = 82)	เขตชนบท (n = 318)	รวม (n = 400)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>สถานภาพสมรส</b>			
โสด	5 (06.10)	18 (5.66)	23 (5.75)
คู่	42 (51.22)	173 (54.40)	215 (53.75)
หม้าย	32 (39.02)	107 (33.65)	139 (34.75)
หย่าร้าง	1 (01.22)	3 (0.94)	4 (01.00)
แยกกันอยู่	2 (02.44)	17 (5.35)	19 (4.75)
<b>ศาสนา</b>			
พุทธ	76 (92.68)	249 (78.30)	325 (81.25)
อิสลาม	6 (7.32)	68 (21.38)	74 (18.50)
คริสต์	-	1 (0.31)	1 (0.25)
<b>ระดับการศึกษา</b>			
ไม่ได้รับการศึกษา	-	2 (0.63)	2 (00.50)
ประถมศึกษา	31 (37.80)	79 (24.84)	110 (27.50)
มัธยมศึกษา	15 (18.29)	74 (23.27)	89 (22.25)
ประกาศนียบัตรหรือเทียบเท่า	11 (13.42)	77 (24.21)	88 (22.00)
อนุปริญญา	11 (13.42)	54 (16.98)	65 (16.25)
ปริญญาตรี	14 (17.07)	32 (10.06)	46 (11.50)

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวร้อยละ 53.75 มีสถานภาพคู่ เป็นกลุ่มตัวอย่างในเขตเมืองและเขตชนบทคิดเป็นร้อยละ 51.22 และร้อยละ 54.40 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.25 นับถือศาสนาพุทธ เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทคิดเป็นร้อยละ 92.68 และร้อยละ 78.30 ตามลำดับ และมีการศึกษาาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 27.50 โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทคิดเป็นร้อยละ 37.80 และร้อยละ 24.84 ตามลำดับ

## ตารางที่ 3

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในภาคใต้ตอนบน

ข้อมูลส่วนบุคคล	เขตเมือง (n = 82) เขตชนบท (n = 318) รวม (n = 400)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>จำนวนสมาชิกในครอบครัว</b>			
1 คน	15 (18.29)	37 (11.64)	52 (13.00)
2 – 5 คน	50 (60.98)	243 (76.41)	293 (73.25)
6 - 11 คน	17 (20.73)	38 (11.95)	55 (13.75)
<b>ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว</b>			
อยู่กับครอบครัวของบุตร	26 (31.71)	83 (26.10)	109 (27.25)
อยู่กับคู่สมรส	22 (26.83)	86 (27.04)	108 (27.00)
อยู่กับคู่สมรสและบุตร (โสด)	16 (19.51)	86 (27.04)	102 (25.50)
อยู่คนเดียว	15 (18.29)	37 (11.64)	52 (13.00)
อยู่กับญาติ/เพื่อนบ้าน	3 (03.66)	26 (08.18)	29 (07.25)
<b>ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในภาคใต้ตอนบน</b>			
ต่ำกว่า 1 ปี	-	6 (01.89)	6 (01.50)
1 – 5 ปี	3 (03.66)	11 (03.46)	14 (03.50)
มากกว่า 5 ปี	79 (96.34)	301 (94.65)	380 (95.00)

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.25 อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวจำนวน 2 – 5 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างในเขตเมืองร้อยละ 60.98 และกลุ่มตัวอย่างในเขตชนบทร้อยละ 76.41 ส่วนมากอาศัยอยู่กับครอบครัวของบุตรร้อยละ 27.25 ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในเขตเมืองร้อยละ 31.71 ส่วนกลุ่มตัวอย่างในเขตชนบท มักจะอาศัยอยู่กับคู่สมรส และอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรโสด ในอัตราที่เท่ากันคือร้อยละ 27.04 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 95.00 อาศัยอยู่ในเขตภาคใต้ตอนบนนานมากกว่า 5 ปี โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างในเขตเมืองและเขตชนบท คิดเป็นร้อยละ 96.34 และร้อยละ 94.65 ตามลำดับ

## ตารางที่ 4

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการประกอบอาชีพก่อนอายุ 60 ปี และการประกอบอาชีพหลังอายุ 60 ปี

ข้อมูลส่วนบุคคล	เขตเมือง (n = 82)	เขตชนบท (n = 318)	รวม (n = 400)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>การประกอบอาชีพก่อนอายุ 60 ปี</b>			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11 (13.41)	14 (04.40)	25 (06.25)
ประกอบอาชีพ*	71 (86.59)	304 (95.60)	375 (93.75)
ค้าขาย/กิจการส่วนตัว	36 (50.70)	88 (28.95)	124 (33.07)
ทำนา/ทำสวน	19 (26.76)	149 (49.01)	168 (44.80)
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	12 (16.90)	35 (11.51)	47 (12.53)
ประมง/กิจการต่อเนื่องจากประมง	5 (07.04)	45 (14.80)	50 (13.33)
<b>การประกอบอาชีพหลังอายุ 60 ปี</b>			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	35 (42.68)	113 (35.53)	148 (37.00)
ประกอบอาชีพ*	47 (57.32)	205 (64.47)	252 (63.00)
ค้าขาย/กิจการส่วนตัว	26 (55.32)	86 (41.95)	112 (44.44)
ทำนา/ทำสวน	15 (31.91)	98 (47.80)	113 (44.84)
นักการเมืองท้องถิ่น/ลูกจ้างบริษัทเอกชน 1 (2.13)		2 (0.98)	3 (01.19)
ประมง/กิจการต่อเนื่องจากประมง	7 (14.89)	38 (18.54)	45 (17.86)

หมายเหตุ \* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.75 มีการประกอบอาชีพก่อนอายุ 60 ปี โดยพบว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างในเขตเมืองและเขตชนบท คิดเป็นร้อยละ 86.59 และร้อยละ 95.60 ตามลำดับ เขตเมืองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายร้อยละ 50.70 และในเขตชนบทประกอบอาชีพ ทำนา ทำสวน ร้อยละ 49.01 และพบว่าหลังจากมีอายุ 60 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 63 ยังคงประกอบอาชีพเดิมได้แก่ ในเขตเมืองประกอบอาชีพค้าขายร้อยละ 55.32 ส่วนในเขตชนบทยังคงประกอบอาชีพทำนา ทำสวน ร้อยละ 47.80 และมีกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพค้าขายและกิจการส่วนตัวร้อยละ 41.95

## ตารางที่ 5

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้เฉลี่ยของครอบครัว และแหล่งรายได้

ข้อมูลส่วนบุคคล	เขตเมือง (n=82)	เขตชนบท (n=318)	รวม (n = 400)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)( $\bar{x}$ =9,669.28 บาท S.D.= 10.89 Minimum= 300 บาท Maximum=85,000 บาท)			
น้อยกว่า 5,000	26 (31.71)	164 (51.57)	190 (47.50)
5,001-10,000	25 (30.49)	65 (20.44)	90 (22.50)
10,001-20,000	22 (26.83)	60 (18.87)	82 (20.50)
20,001-30,000	5 (6.10)	21 (6.60)	26 (6.50)
30,001-40,000	2 (2.44)	5 (1.57)	7 (1.75)
40,001-50,000	1 (1.22)	2 (0.63)	3 (0.75)
50,000 – 85,000 บาท	1 (1.22)	1 (0.31)	2 (0.50)
แหล่งรายได้*			
จากบุตรหลาน	56 (68.29)	239 (75.16)	295 (73.75)
จากการประกอบอาชีพ/คู่สมรส	48 (58.54)	199 (62.58)	247 (61.75)
จากดอกเบี้ย/ค่าเช่ากิจการ	11 (13.41)	24 (07.55)	35 (8.75)
บำนาญ บำนาญ	9 (10.98)	19 (5.97)	28 (7.00)
เบี้ยยังชีพ	-	6 (1.89)	6 (1.50)

หมายเหตุ \* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 47.50 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท เป็นกลุ่มตัวอย่างในเขตเมืองและเขตชนบทคิดเป็นร้อยละ 31.71 และร้อยละ 51.57 ตามลำดับ โดยในเขตเมืองมีรายได้ต่ำสุดเท่ากับ 1,000 บาท และรายได้สูงสุดเท่ากับ 85,000 บาทต่อเดือน ส่วนกลุ่มตัวอย่างในเขตชนบทมีรายได้ต่ำสุดเท่ากับ 300 บาท และมีรายได้สูงสุดเท่ากับ 55,000 บาท ต่อเดือน โดยที่รายได้ส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.75 ได้รับจากบุตรหลาน ซึ่งพบได้ทั้งกลุ่มตัวอย่างในเขตเมืองและเขตชนบทคิดเป็นร้อยละ 68.29 และร้อยละ 75.16 ตามลำดับ

## ตารางที่ 6

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเพียงพอของรายได้และการเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมทางสังคม

ข้อมูลส่วนบุคคล	เขตเมือง (n=82)	เขตชนบท (n=318)	รวม (n=400)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>			
เพียงพอและเหลือเก็บ	34 (41.46)	92 (28.93)	126 (31.50)
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	32 (39.02)	133 (41.82)	165 (41.25)
ไม่เพียงพอ	16 (19.51)	93 (29.25)	109 (27.25)
<b>การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมทางสังคม</b>			
ไม่เป็น	29 (35.37)	153 (48.11)	182 (45.50)
เป็น*	53 (64.63)	165 (51.89)	218 (54.50)
ชมรมผู้สูงอายุ	40 (75.47)	75 (45.45)	115 (52.76)
สหกรณ์ออมทรัพย์ (สัจจะ)	16 (30.19)	116 (70.30)	132 (60.56)
ประมงชายฝั่ง	11 (20.75)	46 (27.88)	57 (26.15)
เกษตรกร	11 (20.75)	76 (46.06)	87 (39.91)
แม่บ้าน อาสาสมัคร	4 (7.55)	33 (20.00)	37 (16.97)

หมายเหตุ \* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 6 พบว่าร้อยละ 41.25 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่จำเป็นแต่ไม่เหลือเก็บ เมื่อพิจารณาแต่ละเขตพบว่า เขตเมืองมีกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บมากกว่ากลุ่มตัวอย่างในเขตชนบท คิดเป็นร้อยละ 41.46 และร้อยละ 28.93 ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างในเขตชนบทมีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่จำเป็นมากกว่ากลุ่มตัวอย่างในเขตเมือง คิดเป็นร้อยละ 29.25 และร้อยละ 19.51 ตามลำดับ และพบว่าร้อยละ 54.50 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมทางสังคม โดยในเขตเมืองมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมทางสังคมมากกว่าในเขตชนบทคิดเป็นร้อยละ 64.63 และร้อยละ 51.89 ตามลำดับ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเขตเมืองส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.47 เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุแต่กลุ่มตัวอย่างในเขตชนบทส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.30 จะเป็นสมาชิกกลุ่มสหกรณ์ออมทรัพย์ประจำหมู่บ้าน

## ตารางที่ 7

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย และแหล่งรับบริการด้านสุขภาพอนามัย

ข้อมูลส่วนบุคคล	เขตเมือง (n=82)	เขตชนบท (n=318)	รวม (n = 400)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>แหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับด้านสุขภาพอนามัย*</b>			
สื่อวิทยุ/โทรทัศน์	65 (79.27)	244 (76.73)	309 (77.25)
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	64 (78.05)	214 (67.30)	278 (69.50)
อาสาสมัครสาธารณสุข/ผู้นำชุมชน	36 (43.90)	163 (51.26)	199 (49.75)
สมาชิกในครอบครัว/เพื่อนบ้าน	38 (46.34)	105 (33.02)	143 (35.75)
กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน	9 (10.98)	89 (27.98)	98 (24.50)
สิ่งตีพิมพ์ต่างๆ	11 (13.41)	51 (16.03)	62 (15.50)
<b>แหล่งรับบริการด้านสุขภาพอนามัย*</b>			
โรงพยาบาลของรัฐบาล	82 (100.00)	306 (96.23)	388 (97.00)
สถานีอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข	20 (24.39)	143 (44.97)	163 (40.75)
โรงพยาบาล/คลินิกเอกชน	32 (39.02)	68 (21.38)	100 (25.00)
ร้านขายยา	11 (13.41)	76 (23.90)	87 (21.75)
หมอฟันบ้าน/การใช้สมุนไพร	19 (23.17)	43 (13.52)	62 (15.50)

หมายเหตุ \* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.25 ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย จากวิทยุและโทรทัศน์ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตเมืองได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่ากลุ่มตัวอย่างในเขตชนบทคิดเป็นร้อยละ 78.05 และร้อยละ 67.30 ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 97 รับบริการด้านสุขภาพอนามัยจากโรงพยาบาล โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างในเขตเมืองและเขตชนบทคิดเป็นร้อยละ 100 และร้อยละ 96.23 ตามลำดับ

## ตารางที่ 8

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในเขตเมืองและเขตชนบท จำแนกตามผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย และอาการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว

ข้อมูลส่วนบุคคล	เขตเมือง (n=82)	เขตชนบท (n=318)	รวม (n = 400)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย*</b>			
บุตร	43 (52.44)	212 (66.66)	255 (63.75)
คู่สมรส	42 (51.22)	167 (52.51)	209 (52.25)
หลาน	17 (20.73)	82 (27.79)	99 (24.75)
ญาติ	13 (15.85)	50 (15.72)	63 (15.75)
เพื่อนบ้าน/อาสาสมัคร/ลูกจ้าง 3	3 (03.66)	4 (01.26)	15 (13.75)
<b>อาการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว</b>			
ไม่มี	10 (12.19)	63 (19.82)	73 (18.25)
มี*	72 (87.81)	255 (80.18)	327 (81.75)
มี 1 โรค	20 (27.78)	123 (48.24)	143 (43.75)
มี 2 โรค	46 (63.89)	117 (45.88)	163 (49.85)
มากกว่า 2 โรค	6 (08.33)	15 (05.88)	21 (06.42)

หมายเหตุ \* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย โดยพบว่าผู้ดูแลเป็นบุตรร้อยละ 63.75 รองลงมาได้แก่คู่สมรสคิดเป็นร้อยละ 52.25 และเมื่อพิจารณาเป็นเขตที่อยู่อาศัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างในเขตชนบท มีบุตรและคู่สมรสเป็นผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย มากกว่ากลุ่มตัวอย่างในเขตเมือง โดยมีบุตรเป็นผู้ดูแลร้อยละ 66.66 และร้อยละ 52.44 ตามลำดับ และมีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลร้อยละ 52.51 และร้อยละ 51.22 ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.75 มีอาการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว โดยกลุ่มตัวอย่างในเขตเมืองมีอาการเจ็บป่วย/โรคประจำตัวมากกว่าเขตชนบทคิดเป็นร้อยละ 87.81 และร้อยละ 80.18 ตามลำดับ

## ตารางที่ 9

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว

อาการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว	เขตเมือง (n=82)	เขตชนบท (n=318)	รวม (n = 400)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ	30(41.67)	97 (38.04)	127 (38.84)
โรคความดันโลหิตสูง	34 (47.22)	75(29.41)	109 (33.33)
โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ	21 (29.17)	80 (31.37)	101 (30.89)
โรคกระเพาะอาหาร	10 (13.89)	58 (22.75)	98 (29.97)
โรคเบาหวาน	11 (15.28)	48 (18.82)	59 (18.04)
โรกระบบทางเดินหายใจ	10 (13.18)	45 (17.65)	55 (16.82)
โรคต่อกระจง	7 (09.72)	15 (05.88)	22 (06.73)
โรคต่อมไทรอยด์	2 (02.78)	7 (02.75)	9 (02.75)
โรคกระดูกงทวาร	4 (05.56)	4 (01.57)	8 (02.45)
โรคมะเร็ง	1 (05.00)	1 (00.81)	4 (01.22)
โรคอัมพาต	-	3 (01.18)	3 (00.92)
โรคไต	-	3 (01.18)	3 (00.92)

จากตารางที่ 9 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38.84 เจ็บป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ อันดับรองได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ และโรคกระเพาะอาหาร คิดเป็นร้อยละ 33.33, 30.89 และร้อยละ 29.97 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามเขตที่อยู่อาศัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างในเขตเมืองป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.22 รองลงมาได้แก่โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ร้อยละ 41.67 และส่วนโรคที่พบมากในกลุ่มตัวอย่างในเขตชนบท ได้แก่โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ร้อยละ 38.04 รองลงมาได้แก่โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 29.41

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 10 - 11

### ตารางที่ 10

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต

ระดับคุณภาพชีวิต	เขตเมือง (n=82)	เขตชนบท (n=318)	รวม (n = 400)
ต่ำ ( $\bar{x} = 42.25$ )	2 (02.44)	12 (3.80)	14 (03.50)
ปานกลาง ( $\bar{x} = 66.32$ )	56 (68.29)	195 (61.30)	251 (62.75)
สูง ( $\bar{x} = 84.66$ )	24 (29.27)	111 (34.90)	135 (33.75)
	(Mean =65.20)	(Mean =66.55)	(Mean = 69.13)

จากตารางที่ 10 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 62.75 มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างในเขตเมืองมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง มากกว่ากลุ่มตัวอย่างในเขตชนบท คิดเป็นร้อยละ 68.29 และร้อยละ 61.30 ตามลำดับ รองลงมาได้แก่คุณภาพชีวิตในระดับสูง โดยกลุ่มตัวอย่างในเขตชนบทมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง มากกว่ากลุ่มตัวอย่างในเขตเมือง คิดเป็นร้อยละ 34.90 และร้อยละ 29.27 ตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตในระดับต่ำพบในกลุ่มตัวอย่างในเขตชนบทมากกว่ากลุ่มตัวอย่างในเขตเมืองร้อยละ 3.80 และร้อยละ 2.44 ตามลำดับ

## ตารางที่ 11

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวม (ข้อ 25, 26)

ระดับคุณภาพชีวิต		เขตเมือง (n=82)	เขตชนบท (n=318)	รวม (n = 400)
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ต่ำ	( $\bar{x}$ = 2.90)	4 (04.88)	38 (11.95)	42 (10.50)
ปานกลาง	( $\bar{x}$ = 4.63)	58 (70.73)	170 (53.45)	228 (57.00)
สูง	( $\bar{x}$ = 6.80)	20 (24.39)	110 (34.60)	130 (32.50)

จากตารางที่ 11 การประเมินคุณภาพชีวิตตามความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 57.00 มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตระดับสูงและระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 32.50 และร้อยละ 10.50 ตามลำดับ จะพบว่าการประเมินคุณภาพชีวิตตามความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ในตารางที่ 10 มีความสอดคล้องกับการประเมินคุณภาพชีวิต ในตารางที่ 11 ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.75 และร้อยละ 57.00 และคุณภาพชีวิตระดับสูง ร้อยละ 33.75 และร้อยละ 32.50 ตามลำดับ จากระดับคุณภาพชีวิตในตารางที่ 10 และตารางที่ 11 สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างประเมินคุณภาพชีวิตสอดคล้องกัน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ระหว่างในเขตเมืองและเขตชนบท

การวิจัยครั้งนี้ได้ทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทโดยใช้สถิติแมนวิทนี่-ยู เทส ดังรายละเอียดในตารางที่ 12

ตารางที่ 12

การทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท

เขตที่อยู่อาศัย	คุณภาพชีวิต			
	Mean Rank	Sum of Rank	ค่า z	ค่า p
เขตเมือง	185.22	15188.00	-1.343	.179
เขตชนบท	204.44	65012.00		

จากตารางที่ 12 การทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท พบว่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างเขตเมือง และคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างเขตชนบท ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $z = -1.343, p = .179$ )

#### ส่วนที่ 4 ข้อมูลทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับปัจจัยที่ศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับปัจจัยด้านอายุ เพศ ศาสนา รายได้ของครอบครัว และลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว โดยมีรายละเอียดในตารางที่ 13

#### ตารางที่ 13

การทดสอบความสัมพันธ์เชิงอันดับแบบสเปียร์แมน ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับปัจจัยด้านอายุ เพศ ศาสนา รายได้ของครอบครัว ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว

ปัจจัย	คุณภาพชีวิต
อายุ	-.325**
เพศ	-.121*
ศาสนา	.073
รายได้ของครอบครัว	.203**
ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว	-.030

หมายเหตุ \*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต พบว่าปัจจัยด้านอายุ เพศ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ( $r_s = -.325$  และ  $-.121$ ,  $p < 0.01, 0.05$  ตามลำดับ) ปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = .203$ ,  $p < 0.01$ ) ส่วนปัจจัยด้านศาสนา และปัจจัยด้านลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

## การอภิปรายผล

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบนโดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ทั้งในเขตเมือง และเขตชนบท ในจังหวัดสุราษฎร์ธานีและจังหวัดพังงา จำนวน 400 คน ผลการศึกษาผู้วิจัยสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ และคำถามในการวิจัยดังต่อไปนี้

### ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมากกว่าเขตเมืองร้อยละ 79.83 และร้อยละ 21.17 ตามลำดับ อธิบายได้ว่าการกระจายประชากรของประเทศส่วนมากแล้วจะกระจายอยู่ตามเขตชนบท สอดคล้องกับผลการสำรวจของ บรรลุ ศิริพานิช (2542) ที่สำรวจประชากรสูงอายุทั่วประเทศพบว่าประชากรสูงอายุส่วนใหญ่กระจายอยู่ตามเขตชนบท และฉัตรทิพย์ นาถสุภา และพูนศักดิ์ ชานิกรประดิษฐ์ (2540) ศึกษาเรื่องเศรษฐกิจของภาคใต้ฝั่งตะวันออกในอดีต พบว่าประชากรวัยสูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคใต้ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบทเช่นเดียวกัน เนื่องจากสภาพภูมิประเทศของภาคใต้ที่มีทั้งเขตเทือกเขา ที่ราบชายฝั่งทะเล ที่ราบลุ่มชายเขา ตลอดจนพื้นที่เกาะต่างๆ เหมาะสมในการประกอบอาชีพ โดยเฉพาะอาชีพเกษตรกรรม และประมง จึงทำให้ประชากรมีการกระจายไปอาศัยอยู่ตามถิ่นต่างๆ ในเขตชนบทเพื่อประกอบอาชีพ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 67 และร้อยละ 33 ตามลำดับ) ดังเช่นผลการสำรวจผู้สูงอายุทั่วประเทศของ นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล (2539) ซึ่งพบว่าประชากรสูงอายุเพศหญิงมีมากกว่าเพศชายในอัตราส่วน 1.23:1 อาจเนื่องจากเพศชายมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะการเกิดโรคและสูญเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิง ตลอดจนเพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง เช่นการสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า นอกจากนี้ผลการศึกษารังนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 84 มีอายุอยู่ในช่วง 60 - 74 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจสภาพสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2538 โดยนภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (อายุ 60 - 74 ปี) ร้อยละ 79.8 และผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปร้อยละ 22.2 โดยพบว่าส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุคคลในครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวบุตรและคู่สมรส (ร้อยละ 27.5 และร้อยละ 27 ตามลำดับ) และพบลักษณะครอบครัวขยายเป็นส่วนใหญ่อธิบายได้ว่าในวัฒนธรรมและค่านิยมของประชากรในภาคใต้ บุตรที่ได้รับมรดกจากผู้สูงอายุจะต้องอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าจะแต่งงานมีครอบครัวแล้วก็ตาม แต่ก็ยังอาศัยอยู่ในบริเวณบ้านเดียวกัน หรืออยู่บ้านเดียวกับผู้สูงอายุเพื่อเป็นการทดแทนบุญคุณบุพการีเช่นการศึกษาของ

ณัฐพงศ์ อนุวัตรรชรยง (2540) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยพุทธ และไทยมุสลิมในเขตภาคใต้ตอนบน พบว่าสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุจะเป็นแหล่งสนับสนุนผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ และลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่จะเป็นครอบครัวขยาย

นอกจากนี้ผลการศึกษารั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 95 อาศัยอยู่ในภาคใต้ตอนบนนานมากกว่า 5 ปี สอดคล้องกับผลการสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ.2538 พบว่าประชากรสูงอายุในภาคใต้ไม่นิยมย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยเหมือนประชากรสูงอายุในภาคอื่น ๆ และในการศึกษารั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 81.25) ดังเช่นประชากรส่วนใหญ่ในประเทศไทย และร้อยละ 21.2 ของกลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาอิสลาม เนื่องจากภาคใต้ตอนบนบางพื้นที่ได้รับอิทธิพลทางศาสนาจากประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่ประเทศมาเลเซียซึ่งมีศาสนาอิสลามเป็นศาสนาประจำชาติ จึงทำให้ประชากรภาคใต้โดยเฉพาะในเขตจังหวัดชายแดนภาคใต้จะนับถือศาสนาอิสลามมากที่สุด (ขนิษฐา นาคะ, 2542) ส่วนระดับการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 27.50 รองลงมาได้แก่ระดับประกาศนียบัตรหรือเทียบเท่า และระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 22.25 และร้อยละ 21 ตามลำดับทั้งนี้อธิบายได้ว่าผลสำเร็จจากการมีพระราชบัญญัติประถมศึกษา พ.ศ. 2478 ทำให้ประชากรของประเทศเห็นความสำคัญของการศึกษามากขึ้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นในจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น และประกอบกับปัจจุบันมีระบบการศึกษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการกระจายการศึกษาอย่างทั่วถึง ตลอดจนการพัฒนารูปแบบการศึกษา ที่สามารถทำให้ผู้ที่ขาดโอกาสศึกษาในอดีตสามารถเล่าเรียนตามความต้องการได้โดยไม่จำกัดเพศและอายุ ได้แก่การศึกษาตามอัธยาศัย (Informal Education) และการศึกษานอกระบบโรงเรียน (Non- Formal Education) ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการประกอบอาชีพมากขึ้น (สุรกุล เจนอบรม, 2542)

ส่วนข้อมูลด้านเศรษฐกิจสังคมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63) ยังคงประกอบอาชีพเดิมได้แก่อาชีพเกษตรกร เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น รู้สึกว่าตนเองยังแข็งแรงสามารถประกอบอาชีพได้ต่อไป ส่วนรายได้ของครอบครัวนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.50 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ซึ่งในกลุ่มนี้จะมีกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาท ต่อเดือนถึงร้อยละ 34.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงใจ เปลี้นบารุง (2540) ซึ่งพบว่ารายได้ของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้อยู่ในช่วง 1,000 – 5,000 บาท/เดือน รายได้เฉลี่ย 4,555 บาท/เดือน การศึกษารั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีแหล่งรายได้จากบุตรและการประกอบอาชีพของตนเองหรือคู่สมรส (ร้อยละ 61.75 และร้อยละ 73.75 ตามลำดับ) (ตารางที่ 5) สอดคล้องกับการสำรวจของนภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล (2539) ได้สำรวจสภาวะเศรษฐกิจของผู้สูงอายุไทยพบว่าผู้สูงอายุมีรายได้ลดลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น

และพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ 10,000-19,999 บาทต่อปี หรือเฉลี่ยประมาณ 1,000 บาทต่อเดือนต่อคน และเมื่อประเมินความเพียงพอของรายได้พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 41.25 มีรายได้ที่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่จำเป็นแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ เนื่องจากสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ มีราคาเพิ่มสูงขึ้นจากภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม ได้ผลิตผลและค่าตอบแทนในอัตราที่ต่ำ ประกอบกับการกำหนดราคาของสินค้าของตลาดกลาง และผลผลิตจากภาคเกษตรกรรมก็ขึ้นอยู่กับฤดูกาล จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ไม่สม่ำเสมอตลอดทั้งปี ซึ่งอาจจะมีผลต่อรายได้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ในส่วนของความเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรมทางสังคมนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นสมาชิกชมรมที่หลากหลาย โดยเฉพาะชมรมที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพ ทั้งนี้เนื่องจากประชากรในภาคได้นิยมการรวมกลุ่มอาชีพเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เช่นชมรมสวนยาง กลุ่มสวนผลไม้ กลุ่มทำนา ชมรมประมงชายฝั่ง และกลุ่มที่จะเก็บรวบรวมผลประโยชน์กลุ่มย่อยต่าง ๆ เหล่านี้ ได้แก่ กลุ่มออมทรัพย์ (สัจจะ) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นสมาชิกชมรม/กลุ่มออมทรัพย์ (สัจจะ) ร้อยละ 60.56 (ตารางที่ 6) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรทิพย์ นาถสุภา และพูนศักดิ์ ธานีกรประดิษฐ์ (2540) ที่พบว่าประชากรในภาคได้นิยมการรวมกลุ่มตามการประกอบอาชีพ เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการเพิ่มผลผลิต แต่การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างยังคงค่อนข้างต่ำ คิดเป็นร้อยละ 52.76 ซึ่งสอดคล้องกับ บรรลุ ศิริพานิช (2542) ที่พบว่าการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมทั่วประเทศตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งต้องการให้มีชมรมผู้สูงอายุเป็น 100 เปอร์เซ็นต์ ทั้งนี้ อาจจะเป็นเนื่องจากมีปัญหาในการจัดตั้งเช่น สถานที่ รูปแบบการดำเนินงาน การกำหนดคุณสมบัติของสมาชิก และอื่นๆ

ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพอนามัยนั้นพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 77.25 ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากสื่อวิทยุและโทรทัศน์ ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่นิยมพักผ่อนโดยการดูโทรทัศน์ ทำให้ได้รับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540) และชนิษฐา นาคะ (2542) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในภาคใต้ จะใช้เวลาว่างในการดูโทรทัศน์ ส่วนแหล่งบริการด้านสุขภาพอนามัยของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 97 จะรับบริการด้านสุขภาพอนามัยจากโรงพยาบาลของรัฐ เพราะปัจจุบันนี้มีการกระจายบริการแหล่งบริการทางด้านสาธารณสุขอย่างทั่วถึง และพบว่าเมื่อก่อนกลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยจะมีบุตรเป็นผู้ดูแลร้อยละ 63.75 และรองลงมาได้แก่คู่สมรสจะเป็นผู้ดูแลร้อยละ 52.25 ผลการศึกษาจึงสอดคล้องกับ บรรลุ ศิริพานิช (2542) ที่พบว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยยังคงอาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย โดยมีสมาชิกในครอบครัวคอยดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย

ข้อมูลด้านสุขภาพนั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัวร้อยละ 81.75 และโรคที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ร้อยละ 38.84 รองลงมาได้แก่โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคกระเพาะอาหาร (ร้อยละ 33.33, 30.89 และ 29.97 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการสำรวจสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยนภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเคล (2539) พบว่าผู้สูงอายุไทยมากกว่าร้อยละ 50 มีปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและข้อ รองลงมาได้แก่โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ และโรคกระเพาะอาหาร และสอดคล้องกับการศึกษาของดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540) ที่พบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดเขตชายแดนภาคใต้ส่วนใหญ่จะมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากความเสื่อมตามวัยร้อยละ 39.8 และที่พบมากที่สุดได้แก่กลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูกถึงร้อยละ 40.2 และสามารถอธิบายผลการศึกษาคั้งนี้ได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอาจจะมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากความเสื่อมตามวัย ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพภาคเกษตรกรรม ซึ่งเป็นอาชีพที่ต้องใช้กำลังร่างกายมาตลอด จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ ส่วนโรคความดันโลหิตสูงและโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดหัวใจนั้น ส่วนหนึ่งอาจมาจากพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม ได้แก่การบริโภคอาหารที่มีรสจัด อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น การศึกษาของ ปฏิญญา พรรณราย (2540) ศึกษาเกี่ยวกับการแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพในหญิงที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ พบว่าสาเหตุส่วนหนึ่งของการเกิดโรคมมาจากพฤติกรรมบริโภคอาหารที่รสจัดโดยเฉพาะรสเค็ม เช่น ข้าวยา น้ำบูดู และแกงไตปลา และอาหารรสมันจัดเช่นแกงมัสมั่น แกงกะทิ หรือแม้แต่ขนมหวานก็มักจะใช้ส่วนผสมจากกะทิ รวมทั้งการบริโภคอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง (cholesterol) เช่น ปลาหมึก หอย และปู ซึ่งเป็นอาหารที่หาได้ง่ายในเขตภาคใต้

## ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์

### 2.1 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบนเป็นอย่างไร

จากการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบนส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.75 อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาได้แก่ระดับสูงโดยพบถึงร้อยละ 33.75 คุณภาพชีวิตระดับต่ำพบเพียงร้อยละ 3.50 เท่านั้น สามารถอธิบายได้จากข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 84 เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (อายุ 60 - 74 ปี) และเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 67 และร้อยละ 33 ตามลำดับ) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะของความสูงอายุไม่มากนักก็อีกทั้ง

ส่วนมากจะเป็นเพศหญิง ซึ่งจะประเมินสมรรถภาพและภาวะสุขภาพของตนเองอ่อนแอกว่าเพศชาย จึงทำให้เพศหญิงสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพตนเองมากกว่าชาย (นภาพร ชโยวรรณ, 2542) ทำให้สามารถรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพได้ตั้งแต่วัยแรกๆของการเจ็บป่วย และได้รับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ทำให้สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยได้มากขึ้น ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (สุรกุล เจนอบรม, 2542) เพราะการศึกษาทำให้บุคคลมีโอกาสด้านต่างๆ มากขึ้น โดยเฉพาะการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย การศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในด้านความคิดมากขึ้น ทำให้มีทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยได้จากสื่อหลาย ๆ แหล่ง ซึ่งผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากวิทยุ และโทรทัศน์ร้อยละ 77.25 สอดคล้องกับการศึกษา ของ คมสันต์ หุตะแพทย์ (2535) พบว่าสื่อที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสารเช่นวิทยุและโทรทัศน์และสิ่งพิมพ์ต่างๆ จะมีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ และการศึกษาของดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540) ที่พบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ นิยมใช้เวลาว่างในการชมข่าวสารจากโทรทัศน์ และการศึกษาของ มณฑา โมพี และวาสนา จันทร์สว่าง (2539) ซึ่งศึกษาถึงพฤติกรรมการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขของประชาชนในจังหวัดชุมพร พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขจากโทรทัศน์มากที่สุด และกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (60 - 74 ปี) เป็นวัยที่ยังมีสมรรถภาพทางกาย ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ยังคงประกอบอาชีพเกษตรกรรม และอาชีพประมง ซึ่งเป็นอาชีพที่ต้องใช้กำลังกายมาก อีกทั้งวัยสูงอายุตอนต้นเป็นวัยที่ ความคิด ความจำ และประสาทสัมผัสในการรับรู้ยังคงดีอยู่ (Redfern, 1991) จึงทำให้สามารถรับรู้และพิจารณาข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยได้มากขึ้น และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธและศาสนาอิสลามร้อยละ 81.25 และร้อยละ 18.50 ตามลำดับ ศาสนามีส่วนในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยหลักสำคัญของแต่ละศาสนาจะสอนให้บุคคลกระทำความดี ละเว้นความชั่ว การมีเหตุผลในการดำเนินชีวิต และการปฏิบัติตามหลักของศาสนาต่างๆ จะช่วยให้บุคคลมีจิตใจที่สงบ มีสมาธิในการพิจารณาสิ่งต่างๆ ที่มีในการดำเนินชีวิตประจำวัน และสามารถนำหลักคำสอนของศาสนามาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ด้วย (ปรีชา อุปโยคิน, 2538) ซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิต

นอกจากนี้การที่พบว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลางและสูง อาจจะเป็นเนื่องมาจากการอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกตั้งแต่ 2 - 5 คน ซึ่งมีสมาชิกในครอบครัวคอยให้ความช่วยเหลือ หรือให้คำปรึกษาในเรื่องต่างๆ ในการดำรงชีวิตในสังคม ตลอดจนด้านสุขภาพอนามัย ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ได้ถึงควมมีคุณค่าในตนเองและพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตใน

ระดับปานกลางและในระดับสูง ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540) ทศนีย์ เกริกกุลธร (2536) พนิดา คุณาธรรม (2538) และสุดา วิไลเลิศ (2536) ที่พบว่าบุคคลในครอบครัววัยจะเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญในการเอาใจใส่ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุ และมีโอกาสที่จะส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยให้การสนับสนุนในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมดีกว่าครอบครัวเดี่ยว และกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ทั้งจากการประกอบอาชีพของตนเองหรือจากคู่สมรส อีกทั้งรายได้จากบุตรหลาน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ที่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่จำเป็น และอาจจะมีเงินเหลือเก็บเพื่อซื้อหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในการดำเนินชีวิต โดยมีบุคคลในครอบครัวได้แก่คู่สมรส และบุตรหลานเป็นผู้คอยดูแลช่วยเหลือ จากการสำรวจสภาวะสุขภาพและเศรษฐกิจในผู้สูงอายุไทย ของนภาพร ชโยวรรณ (2538) พบว่าค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุจะเกี่ยวกับด้านการรักษาพยาบาล เนื่องจากผู้สูงอายุมีอัตราการเจ็บป่วยสูงกว่าวัยอื่นๆและการศึกษาของ บรรลุ ศิริพานิช (2542) พบว่าค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุจะใช้จ่ายเกี่ยวกับการทำบุญหรือการประกอบกิจกรรมทางศาสนา ตลอดจนเครื่องอุปโภคและบริโภค และอีกส่วนหนึ่งผู้สูงอายุบางคนอาจจะเก็บไว้ในการเตรียมตัวเกี่ยวกับวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อจะได้ไม่เป็นภาระแก่บุตรหลาน ผู้สูงอายุที่มีการเก็บออมรายได้เพื่อสิ่งเหล่านี้ จะเป็นผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตสูงตามไปด้วย

ข้อมูลด้านสุขภาพอนามัยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 77.25 รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากวิทยุ และโทรทัศน์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากโทรทัศน์ ทั้งนี้เนื่องจากโทรทัศน์เป็นสื่อที่มีความแพร่หลาย เกือบทุกครอบครัวจะมีโทรทัศน์ไว้ในบ้าน ประกอบกับผู้สูงอายุมักใช้เวลาว่างส่วนตัวในการดูโทรทัศน์ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 97 ใช้บริการด้านสุขภาพอนามัยจากโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มาก อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับการดูแลตลอดจนการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับอาการเจ็บป่วยได้ตั้งแต่อาการเจ็บป่วยยังไม่รุนแรง จะเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการควบคุมการดำเนินของโรคได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งจะมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

อย่างไรก็ตามจากเหตุผลดังกล่าวมาข้างต้น คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างน่าจะอยู่ในระดับสูงแต่สาเหตุที่ทำให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง อาจจะเป็นเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81.75 มีโรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่พบมากได้แก่โรคเกี่ยวกับกระดูก กล้ามเนื้อและข้อ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคกระเพาะอาหาร และโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรีย์ กาญจนวงศ์, ปรีชา อุปโยคิน, วิมา

ศิริสุข, และมัลลิกา มัติโก (2540) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยหรือโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรคขึ้นไป และผลการศึกษเกี่ยวกับโรคที่พบในกลุ่มตัวอย่างสอดคล้องกับการสำรวจสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ของ นภาพรชโยวรรณ และจอห์น โนเคล (2539) พบว่าผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยโรคอันดับต้นๆ ได้แก่โรคของกระดูกและข้อ โรคความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหาร โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน และการศึกษาของ ดวงใจ เป็เทียนบำรุง (2540) ที่พบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ จะมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากความเสื่อมตามวัยร้อยละ 39.8 และที่พบมากได้แก่กลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบ กล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ ถึงร้อยละ 40.2 อาการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง เช่นการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการประกอบอาชีพ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมก็ลดลงด้วย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถจักร โดษยานนท์, วิไล คุปต์นิริติสัยกุล และสุรศักดิ์ นิลกานูนวงศ์ (2542) พบว่าผลของข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนรอบโรงพยาบาลศิริราชจำนวน 392 คน ทำให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นมีคุณภาพชีวิตลดลง เนื่องจากต้องสูญเสียความสามารถในการใช้ข้อเข่า ในชีวิตประจำวัน และการศึกษาของ เขมิกา ยามะรัตน์ (2527) ประภาพร จินันทุยา (2536) กนกพร สุคำวัง (2540) และมารศรี นุชแสงพลี (2532) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง อาการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวดังกล่าว จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ด้านจิตใจ เพราะการเจ็บป่วยทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลเหมือนถูกคุกคามหรือตกอยู่ในอันตราย รู้สึกไม่สุขสบาย และทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะพึ่งพิงบุคคลากรด้านสุขภาพมากขึ้น เช่นการศึกษาของ เอ็บบอร์ซอล และฮีส (Ebersole & Hess, 1994) พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมักจะปล่อยให้บุคคลากร ด้านสุขภาพรับผิดชอบด้านสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการพึ่งพิงทางด้านสุขภาพมากขึ้น และจะกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้สูงอายุได้

การมีปัญหาด้านร่างกาย และด้านจิตใจ จะส่งผลให้ความสัมพันธ์ทางสังคมลดลงด้วย ดัง จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษครั้งนี้ เป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมทางสังคมเพียงร้อยละ 54.50 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมสหกรณ์ออมทรัพย์ร้อยละ 60.56 และชมรมผู้สูงอายুর้อยละ 52.76 ทั้งนี้ผลของการกิจกรรมทางสังคมจะทำให้ผู้สูงอายุไม่เหงา มีเพื่อนคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตลอดจนกิจกรรมในชมรมจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตสูงขึ้นก็ตาม ดังนั้นข้อจำกัดจากอาการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวจึงเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมชมรมทางสังคม รวมทั้งคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อม เช่น การใช้สวัสดิการทางสังคมในด้านต่างๆ เช่นในด้านการคมนาคม จะเป็นอุปสรรคแก่กลุ่มตัวอย่างในการเดินทางเพื่อพบปะสังสรรค์เพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้อง (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) สิ่งเหล่านี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วน

ใหญ่ที่ใช้ในการศึกษานี้ มีความพึงพอใจในชีวิตลดลง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลงด้วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงประเมินคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางเท่านั้น

## 2.2 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบนระหว่างเขตเมือง และเขตชนบทมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างทั้งในเขตเมือง และเขตชนบทไม่มีความแตกต่าง และพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 68.29 และร้อยละ 61.30 ตามลำดับ คุณภาพชีวิตในระดับต่ำของทั้งกลุ่มตัวอย่างทั้งเขตเมืองและเขตชนบทมีเปอร์เซ็นต์น้อยที่สุดคือร้อยละ 2.44 และร้อยละ 3.80 ตามลำดับ (ตารางที่ 10) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, ปรีทรรศ ศิลป์กิจ และวนิดา พุ่มไพศาลชัย (2541) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างมีทั้งผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.3) มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง และมีคุณภาพชีวิตในระดับสูงร้อยละ 20.5 ในส่วนของผลการศึกษานี้ไม่พบความแตกต่าง ระหว่างคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างเขตเมืองและเขตชนบท ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า จากลักษณะทางด้านประชากรที่คล้ายคลึงกัน (ตารางที่ 1-4) และมีลักษณะทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เหมือน ๆ กัน (ตารางที่ 5-6) ตลอดจนมีภาวะสุขภาพอนามัยที่คล้าย ๆ กัน จึงทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งเขตเมืองและเขตชนบท มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 60 - 74 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่สถานภาพคู่สมรสเป็นคู่สมรสและศาสนาอิสลามเช่นกัน แต่ในเขตชนบทจะมีผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามมากกว่าในเขตเมือง กลุ่มตัวอย่างทั้งเขตเมืองและเขตชนบทซึ่งมีความแตกต่างทางด้านศาสนา แต่มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน อาจจะเนื่องจากประเทศไทยมีลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม ที่เอื้อให้ประชากรทุกคนทุกศาสนาอยู่ร่วมกันได้ และผูกพันกันฉันเครือญาติ เห็นได้จากแต่ละหมู่บ้านจะมีประชากรทั้งไทยพุทธ และไทยมุสลิมอาศัยอยู่ด้วยกัน มีการพึ่งพาซึ่งกันและกัน และมีแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยยึดหลักคำสอนของศาสนานั้น ๆ ซึ่งมุ่งผลให้ผู้ที่นับถือได้เรียนรู้และปฏิบัติตาม ประพฤติตนเป็นคนดี ละเว้นความชั่ว และส่งเสริมการทำบุญและบริจาคทาน (จนิษฐา นาคะ, 2542) และเมื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่เหมือน ๆ กัน จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

ส่วนระดับการศึกษานั้นพบว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ส่วนผู้สูงอายุในเขตชนบทส่วนใหญ่มีการศึกษาแบบกระจายคือ มีทั้งการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 24.84 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 3.27 ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพหรือเทียบเท่า ร้อยละ 24.21 ซึ่งการกระจายระดับการศึกษาเหล่านี้เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางการศึกษา ที่มีรูปแบบการศึกษาที่เอื้ออำนวยแก่ประชาชนผู้ขาดโอกาสในการศึกษาในสมัยก่อน จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างในเขตชนบทมีการศึกษาเพิ่มมากขึ้น และจากลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัวทั้งเขตเมือง และเขตชนบทพบว่าส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับครอบครัวบุตร และคู่สมรส และอาศัยอยู่ในภาคใต้ตอนบนนานมากกว่า 5 ปี (ตารางที่ 3) สอดคล้องกับการศึกษาของ สะอิ่ง ชวรางกูร (2538) ขนิษฐา นาคะ (2542) และดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540) พบว่าผู้สูงอายุในภาคใต้นั้นจะไม่นิยมย้ายถิ่นที่อยู่อาศัย โดยเฉพาะในวัฒนธรรมของภาคใต้จะยึดถืออย่างเคร่งครัดในเรื่องการเลี้ยงดู ยกย่อง นับถือบุพการี กล่าวคือบุตรผู้ซึ่งได้รับการสืบทอดบ้านที่อยู่อาศัยต้องเป็นผู้เลี้ยงดูบิดามารดา โดยอาศัยอยู่บ้านเดียวกันหรือสร้างบ้านเรือนอยู่ใกล้กัน และคอยช่วยเหลือดูแลในกิจกรรมต่างๆ ทั้งด้านการดำเนินชีวิตในสังคม ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ได้ถึงการยกย่องนับถือ และรับรู้ถึงการมีคุณค่า ไม่เหงาหรือโดดเดี่ยวทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต ตลอดจนดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุขตามอัตภาพ (ณัฐพงศ์ อนุวัฒน์ยรรยง, 2540) ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตได้

ผลจากการพัฒนาตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ทำให้ภาคใต้ตอนบนได้รับผลดีจากการขยายเขตเมืองใหม่ในเกือบทุกจังหวัดในภูมิภาคนี้ มีกระจายรายได้สู่ภูมิภาคมากขึ้น ประชากรมีการประกอบอาชีพเสริมจากอาชีพประจำส่งผลให้มีรายได้เพิ่มมากขึ้น (คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8, 2539) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทยังคงมีการประกอบอาชีพ (ตารางที่ 4) โดยกลุ่มตัวอย่างในเขตเมืองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายหรือกิจการส่วนตัว ส่วนกลุ่มตัวอย่างในเขตชนบทยังคงประกอบอาชีพเกษตรกรรมต่อไปเนื่องจากบุคคลในครอบครัวไปประกอบอาชีพเสริม และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตเมืองมีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายที่จำเป็นและมีเงินเหลือเก็บมากกว่าในเขตชนบท คิดเป็นร้อยละ 41.46 และร้อยละ 28.93 ตามลำดับ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรทิพย์ นาถสุภา และพูนศักดิ์ ชานิกรประดิษฐ์ (2540) ซึ่งพบว่า การประกอบอาชีพที่แตกต่างกันของประชากรในเขตเมืองและเขตชนบท จะทำให้มีรายได้และความเพียงพอของรายได้ไม่เท่าเทียมกัน และการศึกษาของ สะอิ่ง ชวรางกูร (2538) ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540) และขนิษฐา นาคะ (2542) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวของบุตร และผู้สูงอายุวัยต้นยังคงประกอบอาชีพร่วมกับบุตร ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง มีความสำคัญต่อบุตรหลาน และสังคม เพราะการประกอบอาชีพนอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้แล้วนั้น ยังส่งผลต่อการมีส่วนร่วมใน

สังคมอีกด้วย ผลการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในเขตเมือง และกลุ่มตัวอย่างในเขตชนบทจะเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมทางสังคม โดยกลุ่มตัวอย่างในเขตเมืองเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุร้อยละ 75.47 ส่วนกลุ่มตัวอย่างในเขตชนบทส่วนมากจะเป็นสมาชิกกลุ่มสหกรณ์ออมทรัพย์ร้อยละ 70.30 (ตารางที่ 6) และกลุ่มตามการประกอบอาชีพ เช่นกลุ่มแม่บ้าน กลุ่มประมง กลุ่มสวนยางฯลฯ การเป็นสมาชิกทางสังคมทำให้กลุ่มตัวอย่างยังสามารถดำรงบทบาทในสังคมได้อย่างปกติสุข และเกิดความพึงพอใจในชีวิต ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ส่วนภาวะสุขภาพนั้นผลการศึกษาพบว่า จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทสนใจในภาวะสุขภาพของตนเองมากขึ้น เห็นได้จากการได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ โดยเฉพาะข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย ส่วนใหญ่ได้รับสารจากวิทยุและโทรทัศน์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มักจะพักผ่อนโดยการฟังวิทยุหรือดูโทรทัศน์ ทำให้ได้รับรู้ถึงความเปลี่ยนแปลงในสังคม สามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงได้ เห็นได้ชัดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้บริการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน และเมื่อเจ็บป่วยก็มีบุตรหลานหรือคู่สมรสดูแลช่วยเหลือ ทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งเขตเมืองและเขตชนบท สามารถเข้าถึงบริการและสวัสดิการของรัฐมากขึ้น (ขนิษฐา นาคะ, 2542; ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, 2540; บรรลุ ศิริพานิช, 2542) แต่ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วยเรื้อรังร้อยละ 87.78 และร้อยละ 80.18 ตามลำดับ (ตารางที่ 8) ซึ่งผลจากการมีโรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ตลอดจนผลจากการได้รับการรักษาพยาบาลจากแพทย์แผนปัจจุบันเช่นเดียวกัน และมีบุคคลในครอบครัวคอยให้การช่วยเหลือดูแลเช่นเดียวกัน จึงทำให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างทั้งเขตเมืองและเขตชนบทไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งเขตเมืองและเขตชนบท ได้รับผลกระทบจากผลจากการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวเช่นกันคือด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม เพราะโรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วยทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เผชิญ และอาจจะมีข้อจำกัดจากอาการเจ็บป่วยได้เช่นกัน ส่งผลให้ความสามารถในการกระทำกิจกรรมด้านต่าง ๆ ลดลง ทั้งด้านกิจวัตรประจำวันตลอดจนการประกอบอาชีพ รวมทั้งการคมนาคม การพักผ่อนหย่อนใจ สาเหตุต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างทั้งเขตเมืองและเขตชนบทต่ำลงเช่นเดียวกัน

ผลจากการศึกษาที่ได้ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการประเมินความพึงพอใจในชีวิตตนเองของกลุ่มตัวอย่างในตารางที่ 11 จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งเขตเมืองและเขตชนบท ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางเหมือนกัน (ร้อยละ 70.73 และร้อยละ 53.45) จึงสรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบนทั้งเขตเมืองและเขตชนบทไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 12)

### 2.3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบนมีความสัมพันธ์กับ เพศ อายุ ศาสนา รายได้ของครอบครัวและ ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัวหรือไม่ อย่างไร

จากผลการศึกษาคุณภาพชีวิตในเขตภาคใต้ตอนบน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับปัจจัยด้านเพศ อายุ ศาสนา รายได้ของครอบครัว และลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว ซึ่งผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านเพศ ผลการศึกษานี้พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ( $r_s = -.121, p < .05$ ) ซึ่งหมายถึงเพศที่ต่างกันทำให้คุณภาพชีวิตต่างกัน โดยพบว่าเพศชายมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับโอเรม (Orem, 1980) ซึ่งกล่าวไว้ว่าเพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพของบุคคลในสังคม เป็นสิ่งที่แสดงถึงค่านิยมของบุคคลที่บ่งบอกถึงคุณภาพ พลังอำนาจและความสามารถตามธรรมชาติของมนุษย์ตามปัจจัยกรรมพันธุ์ และสอดคล้องกับ แชนก์และลอจ (Shank & Lough, 1985 อ้างในรจนารถ รุ่งถือ, 2536) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันจะมีรูปแบบในการดูแลตนเองแตกต่างกัน ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันได้ จากการศึกษาของ อานนท์ อภาภิรมย์ (2515) พบว่าในสังคมไทยในสมัยก่อนมีค่านิยมให้เกียรติเพศชายเป็นหัวหน้าครอบครัว ดังนั้นการตัดสินใจจึงขึ้นอยู่กับหัวหน้าครอบครัว นอกจากนี้ลักษณะทางสรีระของเพศชายและลักษณะงานอาชีพ จะบ่งบอกถึงความสามารถทางด้านร่างกายมากกว่าเพศหญิง เพศหญิงจึงรู้สึกว่าเป็นเพศอ่อนแอ ทำให้เพศหญิงมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูง และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันมากกว่าเพศชาย และการศึกษาของ เฮนลอนและพิกเกตต์ (Hanlon & Pickette, 1984) พบว่าการที่เพศชายได้รับการยกย่องจากสังคม ทำให้เพศชายเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า จึงเกิดความพึงพอใจในชีวิต ทำให้มีความสุขในการดำเนินชีวิตส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร จินนทุยา (2536) ที่ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุดินแดง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิง และสอดคล้องกับการศึกษาของ เขมิกา ยามะรัตน์ (2527) ที่ศึกษาเรื่องความพึงพอใจในชีวิตคนชรากรณีข้าราชการบำนาญกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และจากการศึกษาของ กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ (2527) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้เกษียณอายุราชการในจังหวัดสงขลาผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าเพศหญิง และจะส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิต จึงสรุปได้ว่าเพศที่ต่างกันทำให้คุณภาพชีวิตต่างกัน ดังนั้นเพศจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ตารางที่ 1) และมีข้อจำกัดจากการเจ็บป่วยหรือมีโรค

ประจำตัว จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ทั้งกิจวัตรประจำวัน และการประกอบอาชีพ ซึ่งจะมีผลต่อด้านจิตใจ เพศหญิงจึงวิตกกังวลสูงเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่ตนเองเผชิญอยู่ และเกิดการพึ่งพาคลาคกรทางด้านสาธารณสุข รวมทั้งบุคคลในครอบครัวและในสังคม ปัญหาการพึ่งพาในเพศหญิงจึงเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) อาจจะทำให้เกิดปัญหาด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ตลอดจนปัญหาในการใช้บริการหรือสวัสดิการด้านสาธารณสุข เช่น การใช้บริการทางด้านสาธารณสุข การใช้บริการของการขนส่ง เพศหญิงจึงประเมินตนเองอ่อนแอกว่าเพศชายจากความสามารถในกิจกรรมต่าง ๆ ดังกล่าวน้อยกว่าเพศชาย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ, 2527 ; เหมิกา ยามะรัตน์, 2527 ; ประภาพร จินันทุยา, 2536; Hanlon & Pickette, 1984) ดังนั้นเพศจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเพศชายมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศหญิง

2. ปัจจัยด้านอายุ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ( $r_s = -.325, p < .05$ ) ทั้งนี้เนื่องจากอายุเป็นตัวบ่งชี้ถึงวัยของบุคคล ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต และความสามารถในการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพราะอายุมากขึ้นจะทำให้สมรรถภาพทางกายลดลง ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมตลอดจนการประกอบอาชีพ การเปลี่ยนแปลงอาชีพหรือการเกษียณอายุราชการจะมีผลต่อจิตใจผู้สูงอายุ (กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ, 2527 ; เหมิกา ยามะรัตน์, 2527) และจะส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุทั้งในครอบครัวและในสังคม ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมที่อาศัยอยู่ ทำให้คุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ดังกล่าวลดต่ำลง สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร สุคำวัง (2540) ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โรคข้อเสื่อม พบว่าผู้สูงอายุวัยต้นจะมีความเข้มแข็งในการมองโลก และสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก จึงทำให้ผู้สูงอายุวัยต้นมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุวัยปลาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ บอร์ด (Board, 1980 cited in Yurick, et al. 1984) พบว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้สภาพร่างกายก็ยิ่งเสื่อมถอยลงตามลำดับ ความเสื่อมทางกายก่อให้เกิดความคับข้องใจ เนื่องจากไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดิม ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเฮนลอน และพิกเก็ต (Hanlon & Pickette, 1984) พบว่าการพึ่งพาผู้อื่นย่อมทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกที่ตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดต่ำลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร จินันทุยา (2536) สะอึ้ง ชวรางกูร (2538) และอุมาพร อุคมทรัพย์กุล (2536) ซึ่งพบว่าอายุที่มากขึ้น ทำให้มีระดับการพึ่งพาที่สูงขึ้น ผู้สูงอายุจะรับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ ลาร์สัน (Larson, 1978) ทราน ชัตเตอร์ และไรท์ (Tran, Chatter &

Wright, 1991) และการศึกษาของเอดเวิร์ด และเคลมแมค (Edward & Klemmack, 1979) ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุของผู้สูงอายุที่อาศัยในรัฐเวอร์จิเนีย สหรัฐอเมริกา พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก และการศึกษาของมาร์กิดส์และมาร์ติน (Markides & Martin, 1979) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่าผู้สูงอายุวัยต้นมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งกิจกรรมทางสังคมร่วมกับผู้อื่นได้ดี ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตด้านสังคมได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก เพราะความสามารถในการการปฏิบัติกิจกรรมลดลง จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงด้วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุนันท์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535) และการศึกษาของประภาพร จินันหุยา (2536) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะการทำกิจวัตรประจำวันลดน้อยลง ส่งผลให้ต่อคุณภาพชีวิตลดลง ดังนั้นปัจจัยด้านอายุจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 13).

3. ปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัว ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ( $r_s = .203, p < .01$ ) ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำ เพราะรายได้จะเป็นสิ่งเอื้ออำนวยให้บุคคลมีโอกาสได้รับการสนองตอบด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ได้แก่ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม เช่นการศึกษาของ ฮอกส์เทล (Hogstel, 1981) พบว่ารายได้ทำให้ผู้สูงอายุมิที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม มีอาหารที่มีคุณค่า ได้รับบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ และสามารถจัดซื้อหาสิ่งอำนวยความสะดวกและความสุขสบาย ผลการศึกษาค้นคว้ารายได้ของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน และมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 9,669.27 บาท (ตารางที่ 5) สอดคล้องกับการศึกษาของสุดา วิไลเลิศ (2536) พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 3,000 บาทต่อเดือน จะทำให้ผู้สูงอายุมิมีโอกาสได้รับอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกายอย่างเพียงพอ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมิสุขภาพดี สามารถมีกิจกรรมทางสังคมได้ซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รายได้ของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันมากทั้งนี้เนื่องจากการประกอบอาชีพและแหล่งรายได้ที่แตกต่างกันจะเห็นได้ว่ารายได้ต่ำสุดเท่ากับ 300 บาทต่อเดือนและรายได้สูงสุดเท่ากับ 85,000 บาท (ตารางที่ 5) ซึ่งเป็นรายได้ของครอบครัวกลุ่มตัวอย่างโดยมีรายได้จากหลายแหล่งได้แก่ รายได้จากบุตร รายได้จากการประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่างหรือรายได้จากคู่สมรสของกลุ่มตัวอย่าง และส่วนใหญ่ร้อยละ 41.25 มีรายได้ความเพียงพอกับรายจ่ายที่จำเป็นแต่ไม่เหลือเก็บ และร้อยละ 31.50 ของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ที่เพียงพอและมีเงินเหลือเก็บ และมีเพียงร้อยละ 27.25 เท่านั้นที่พบว่ามีรายได้ไม่เพียงพอ (ตารางที่ 6) ดังนั้นรายได้ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างจึงนับว่าอยู่ในระดับสูง

การศึกษาครั้งนี้จึงสอดคล้องกับการศึกษาของ ปราโมทย์ วังสะอาด (2530) สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534) และ ชาน (Zhan, 1991) ซึ่งพบว่ารายได้ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิต และส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่ามีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร สุคำวัง(2540) พบว่าผู้สูงอายุแม้ว่าจะมีโรคประจำตัวได้แก่โรคข้อเข่าเสื่อม แต่ถ้าผู้สูงอายุมีรายได้สูงก็จะสามารถดูแลตนเองได้ดี มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535) ซึ่งศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ และพบว่าผู้สูงอายุที่รายได้สูง จะมีกิจกรรมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ เนื่องจากรายได้ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจ และสามารถจัดซื้อหาสิ่งต่างๆ ตลอดจนค่าใช้จ่ายที่อาจจะต้องใช้ในการเข้ากลุ่มหรือชมรมทางสังคม ซึ่งการเข้าร่วมชมรมต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึว่าตนเองยังมีคุณค่าต่อสังคม ไม่เหงาไม่โดดเดี่ยว และจะส่งผลให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตตนเอง ซึ่ง โอเร็ม (Orem, 1991) กล่าวว่าบุคคลที่มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้ดูแลตนเองเป็นผลสำเร็จตามความต้องการ ส่วนผู้ที่มีรายได้ต่ำหรือมีรายได้ปานกลางมักจะมีปัญหาเรื่องการเงิน ทำให้เกิดความทุกข์ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจลดลงได้ การศึกษาครั้งนี้จึงสรุปได้ว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 13)

4. ปัจจัยด้านศาสนา ผลการศึกษาพบว่าศาสนาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงศาสนาที่ต่างกันไม่ทำให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้จึงไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พนิตา คุณาธรรม (2538) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ต่างกัน และการศึกษาของ โยธิน บุญเฉลย (2534) พบว่าครัวเรือนที่มีหัวหน้าครอบครัวนับถือศาสนาต่างกัน จะใช้วิธีการรักษาที่ต่างกัน และการศึกษาของมานพ คณะโต (2520) ที่พบว่าทำให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องของโภชนาการ การรักษาความสะอาด การปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย การวางแผนครอบครัวและอื่นๆ แก่ชาวไทยมุสลิมยังมีปัญหาเนื่องจากชาวไทยมุสลิมยังไม่ยอมรับ แต่ในการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งเขตเมืองและเขตชนบทซึ่งมีความแตกต่างทางด้านศาสนา แต่มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากในสังคมและวัฒนธรรมภาคใต้ ส่วนใหญ่จะนิยมตั้งถิ่นฐาน และมีความผูกพันกันแบบเครือญาติ ซึ่งในแต่ละหมู่บ้านจะมีประชากรทั้งไทยพุทธ และไทยมุสลิมอาศัยอยู่ด้วยกัน มีการพึ่งพาซึ่งกันและกัน และมีแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันโดยยึดหลักคำสอนของศาสนานั้น ๆ ซึ่งมุ่งผลให้ผู้ทีนับถือได้เรียนรู้และปฏิบัติตาม ประพฤติตนเป็นคนดี ละเว้นความชั่ว และส่งเสริมการทำบุญและ

บริจาทาน (ขนิษฐา นาคะ, 2542) ศาสนาทุกศาสนามีผลต่อพฤติกรรมต่างๆของบุคคลในการดำเนินชีวิต ในสังคม ตลอดจนพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย เพราะศาสนาเป็นตัวกำหนดความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณีของสังคม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ และรองลงมาได้แก่ ศาสนาอิสลาม (ตารางที่ 1) เช่นเดียวกับการศึกษาของสะอึง ขวรางกูร (2538) ที่พบว่าผู้สูงอายุในจังหวัด สุราษฎร์ธานี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ และผลการรวบรวมการสำรวจเกี่ยวกับผู้สูงอายุของ บรรลุ ศิริพานิช (2542) พบว่าศาสนาพุทธเป็นศาสนาประจำชาติไทย และร้อยละ 22.2 ของผู้สูงอายุในภาคใต้ นับถือศาสนาอิสลาม

ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างเขตเมืองและเขตชนบทบางส่วน จะมีความแตกต่างด้านการนับถือ ศาสนาก็ตาม แต่ในสังคมและวัฒนธรรมของภาคใต้ส่วนใหญ่ จะนิยมตั้งถิ่นฐานและมีความผูกพันกัน แบบเครือญาติ จึงทำให้ประชากรในแต่ละหมู่บ้านมีทั้งไทยพุทธและไทยมุสลิมอาศัยอยู่ด้วยกัน และมี แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันโดยยึดหลักศาสนานั้น ๆ ซึ่งมุ่งผลให้ผู้ทีนับถือได้เรียนรู้และปฏิบัติตาม ประพฤติตนเป็นคนดี ละเว้นความชั่ว และส่งเสริมการทำบุญและบริจาทาน (ขนิษฐา นาคะ, 2542) และจากข้อมูลด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่าง จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุทั้งไทยพุทธและไทยมุสลิมมีการ ศึกษามากขึ้น และจากการพัฒนาระบบข่าวสารทำให้ผู้สูงอายุทั้งไทยพุทธและไทยอิสลามสามารถเข้า ถึงระบบบริการสาธารณสุขมากขึ้น เนื่องจากในภาพรวมพบว่าร้อยละ 97 ของกลุ่มตัวอย่างรับบริการ ด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลของรัฐ ทั้งนี้เนื่องจากผลการปฏิบัติตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่ง ชาติฉบับที่ 8 ในการเสริมสร้างศักยภาพการพัฒนาของภูมิภาคและชนบทเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของ ประชาชนอย่างทั่วถึง ซึ่งประกอบด้วยการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการพัฒนา และการกระจายการ พัฒนาด้วยการเพิ่มศักยภาพในชุมชน การสนับสนุนการเรียนรู้และขยายเครือข่ายการเรียนรู้ของชุมชน การเสริมสร้างโอกาสการพัฒนาเพื่อสร้างอาชีพและการมีงานทำ ฯลฯ การพัฒนาด้านต่างๆดังกล่าวแล้ว นั้น มีเป้าหมายที่ชัดเจนเพื่อพัฒนาประชากรของประเทศให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม อายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่ว่าจะนับถือศาสนาใดๆ ก็จะได้รับผลจากการพัฒนาอย่างเท่าเทียมกัน ในขณะที่ ผู้สูงอายุไม่ว่าจะนับถือศาสนาใดๆ ก็มีปัญหาในวัยสูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อมที่เหมือนกัน ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตได้เช่นเดียวกัน ทั้ง ด้านการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือโรคประจำตัว ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ตามวัยที่เพิ่มมากขึ้น ถึง แม้ว่าผู้สูงอายุจะเป็นผู้ที่เคร่งครัดในเรื่องการปฏิบัติตามหลักศาสนาก็ตาม แต่ศาสนาทุกๆ ศาสนาก็สอน หลักปฏิบัติให้คนพึงตนเอง และเชื่อด้วยเหตุผลตามความเป็นจริงก็ตาม แต่ในด้านคุณภาพชีวิตแล้วอิทธิพล ทางด้านศาสนาอาจจะลดน้อยลง เพราะเมื่อบุคคลมีปัญหาทางด้านสุขภาพ จำเป็นต้องมีการแสวงหา

แหล่งบริการที่เหมาะสม ตลอดจนวิธีการรักษาพยาบาลที่จะเอื้ออำนวยแก่ตนเองให้มากที่สุด ทำให้การปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัดอาจจะลดลงได้บ้าง แต่ก็ยังมีผลต่อความมั่นคงทางด้านจิตใจ เพราะความเชื่อทางด้านศาสนาจะช่วยกล่อมเกล้าจิตใจให้บุคคลมีสมาธิ ศาสนาจึงมีผลต่อภาวะสุขภาพจิต ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของบุคคล จึงสรุปได้ว่าไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะนับถือศาสนาใด ๆ ก็จะได้รับผลกระทบจากภาวะสุขภาพได้เช่นกัน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม ผลการศึกษาจึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างศาสนากับคุณภาพชีวิต (ตารางที่ 13)

5. ปัจจัยด้านลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว หมายถึงลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัวของผู้สูงอายุ เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมาย และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมต่าง ๆ ทั้งด้านสุขภาพอนามัย การบริโภค ตลอดจนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัวของผู้สูงอายุ จะสามารถบ่งบอกถึงการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในสังคมของผู้สูงอายุ ประชากรที่อาศัยอยู่ในภาคใต้จะได้รับการตั้งสมพฤติกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต มาจากบรรพบุรุษตกทอดมาจนถึงรุ่นปัจจุบัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะยึดมั่นอย่างเคร่งครัด และจะสั่งสอนบุตรหลานต่อไป (ขนิษฐา นาคะ , 2542; ฉัตรทิพย์ นาถสุภา และ พูนศักดิ์ ธานีกรประดิษฐ์, 2540) การศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว แต่ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 27.25 อาศัยอยู่กับครอบครัวของบุตร และร้อยละ 27 อาศัยอยู่กับคู่สมรส และร้อยละ 25.5 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร โสด และพบว่าอยู่คนเดียวถึงร้อยละ 13 (ตารางที่ 1) โดยพบว่าร้อยละ 73.25 มีสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ซึ่งจากลักษณะครอบครัวและจำนวนสมาชิกในครอบครัว น่าจะมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ร้อยละ 62.75 มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ผลการศึกษานี้จึงไม่สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าลักษณะครอบครัวจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ดวงใจ เป็ลียนบำรุง, 2540; พนิดา คุณาธรรม, 2538) ซึ่งผลการศึกษาเหล่านี้พบว่า สมาชิกในครอบครัวจะทำให้บุคคลได้รับการสนองตอบความต้องการขั้นพื้นฐานของชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพราะการที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่และความเห็นอกเห็นใจจากบุคคลในครอบครัว ตลอดจนได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่าจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมทางสุขภาพดี จะส่งผลให้มีความพึงพอใจในชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ตรงกันข้ามกับบุคคลที่ขาดการเอาใจใส่จากครอบครัวจะรู้สึกด้อยค่า และจะทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่เสี่ยงและเกิดภาวะล้มเหลวในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น ๆ ได้ (จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์, 2535; ทศนีย์ เกริกกุลธร, 2536; Cohen & Wills, 1985) และการที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงนั้น ทำให้ผู้สูงอายุต้องการ

ความรัก การดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุที่มีบุตรหลานได้รับความรัก ความห่วงใยเอื้อ  
 อาหารจากบุคคลเหล่านั้น จะทำให้ผู้สูงอายุไม่เหงา ไม่ว้าเหว่ สามารถที่จะปรับตัวรับกับสภาพการเปลี่ยนแปลง  
 ได้ดี และมีความพึงพอใจในชีวิตสูงขึ้น ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, 2540;  
 สุดา วิไลเลิศ, 2536) จากเหตุผลดังกล่าวแล้วสามารถอธิบายผลการศึกษาค้นคว้านี้ได้ว่าผู้สูงอายุไม่ว่าจะอาศัย  
 อยู่กับใครและมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวจะมากน้อยก็คนก็ตาม ถ้าหากว่าผู้สูงอายุยังมีปัญหาเกี่ยวกับสุข  
 ภาพอนามัยก็จะทำให้ผู้สูงอายุไม่พึงพอใจในชีวิตได้เช่นกัน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีคุณภาพชีวิต  
 ลดลง ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ร้อยละ 84 อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (อายุ 60 – 74 ปี) แต่  
 เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 81.75 (ตารางที่ 8) ต้องประสบกับการเจ็บป่วยที่เรื้อรังหรือโรคประจำตัว  
 จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ไม่พึงพอใจในชีวิต อาจจะเนื่องจากภาวะสุขภาพกายมีผลโดยตรงต่อคุณ  
 ภาพชีวิต มากกว่าลักษณะการอยู่อาศัย เช่นการศึกษาของมิลเลอร์ (Miller, 1992) และมัวร์และคณะ (Moor  
 et al, 1993) ที่พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ดังนั้นแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีลักษณะการอยู่อาศัยร่วมกับผู้อื่น ซึ่งน่าจะส่งผลดีต่อ  
 คุณภาพชีวิต แต่ภาวะสุขภาพอาจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้วย ดังนั้นคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง  
 จึงไม่มีความสัมพันธ์กับลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว (ตารางที่ 12) เพราะว่าการกลุ่มตัวอย่างในการ  
 ศึกษาครั้งนี้ ไม่ว่านจะมีแหล่งสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวก็คนก็ตาม ถ้าหากกลุ่มตัวอย่างมีปัญหา  
 เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ก็จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตต่ำลง