



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดอุดรดิตถ์



สร้อยรัชัญ ศรีคำ

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ปีการศึกษา 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดอุดรดิตถ์



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัด

อุดรดิตถ์"

ของ สรัญญ์ชญ์ ศรีคำ

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประจวบ แผลมหลัก)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จรียา)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดอุดรธานี
ผู้วิจัย	สร้อยรัชฎ์ ศรีคำ
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2566
คำสำคัญ	การเลี้ยงดู, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาในลักษณะการหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research design) เพื่อประเมินคุณภาพชีวิต และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-80 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรธานี และเป็นผู้ดูแลหลักในการเลี้ยงดูหลาน จำนวน 245 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม - ตุลาคม 2565 โดยใช้แบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .904 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับ

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานจังหวัดอุดรธานี ในภาพรวม อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.69, S.D. = 0.45$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ได้แก่ เพศ มีความสัมพันธ์ ($r = 0.928, p < 0.05$) รายได้ มีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r = 0.163, p < 0.05$) จำนวนหลานที่เลี้ยงดู มีความสัมพันธ์เชิงลบ ($r = -0.127, p < 0.05$) ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์เชิงลบ ($r = -0.305, p < 0.001$) การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r = 0.472, p < 0.001$) และการได้รับการสนับสนุนจากสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r = 0.450, p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อเสนอแนะ ควรกำหนดนโยบายส่งเสริมการจัดการรายได้เพิ่มเติมให้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่
เลี้ยงหลาน จัดกิจกรรมแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งเสริมให้กลุ่มผู้สูงอายุที่เลี้ยงหลานได้เข้าร่วม
กิจกรรมทางสังคมต่างๆ ออกเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินความเป็นอยู่ สุขภาพจิต และความวิตกกังวลใน
ผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน โดยการบูรณาการกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี
ยิ่งขึ้น



Title	FACTORS RELATED TO THE QUALITY OF LIFE AMONG OLDER PERSON WHO RAISING GRANDCHILDREN, UTTARADIT PROVINCE
Author	Sarunratch Sriksam
Advisor	Assistant Professor Civilaiz Wanaratwichit, Dr.P.H.
Academic Paper	M.P.H. Thesis in Public Health Program, Naresuan University, 2023
Keywords	Caregiving, Quality of life, Elderly, Elderly raising grandchildren

ABSTRACT

This research is a descriptive correlation research design to assess quality of life and study factors related to the quality of life among older person who raising grandchildren, Uttaradit Province. The sample group consisted of people aged 60-80 years living in Uttaradit Province and was the main caregiver in raising 245 grandchildren. Data was collected during August - October 2022 by used a questionnaire. It had a reliability value of .904. Data were analyzed using frequency statistics, percentage, mean and standard deviation, Pearson Correlation and Eta Coefficient statistics.

The research results found that quality of life of elderly people raising grandchildren in Uttaradit Province as a whole was at a high level ($\bar{x} = 3.69$, S.D. = .45). Factors related to elderly people raising grandchildren included: sex had a relationship ($r = 0.928$, $p = 0.047^*$), income had a positive relationship ($r = 0.163$, $p = 0.011^*$), number of grandchildren raising had a negative relationship ($r = - 0.127$, $p = 0.047^*$), anxiety had a negative relationship ($r = - 0.305$, $p < 0.001^{**}$), participating in social activities had a positive relationship ($r = 0.472$, $p < 0.001^{**}$) and receiving support from society had a positive relationship ($r = 0.450$, $p < 0.001^{**}$) statistically significant at 0.05

Suggestions: Policies should be established to promote the provision of incremental revenue for the elderly who raise their grandchildren. Organize social support activities to encourage groups of elderly people who raise their grandchildren participated in various social activities including visiting home to assess well-being, mental health, and anxiety in elderly people who periodically care for their grandchildren to plan together Organize activities to reduce anxiety for the elderly who take care for their grandchildren by integrating with network partners in the area to provide the elderly with a better quality of life.



ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริไลซ์ วรรณรัตน์วิจิตร ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไขข้อมูล และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดีถึง ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

กราบขอบพระคุณ กรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้การวิจัยนี้ มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่กรุณาพิจารณารับรองและเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัย

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จริยา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตยา วัฒนสินธุ์ อาจารย์จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา รวมทั้งให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการสร้างเครื่องมือวิจัยอย่างดียิ่ง

กราบขอบพระคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากท่า และอำเภอลับแล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุตรดิตถ์ ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยทุกด้านเป็นอย่างดี รวมทั้งเจ้าหน้าที่และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

กราบขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเนื้อหาที่เป็นประโยชน์ และส่งผลให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ทางวิชาการยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ คณาจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ ทุกท่าน ที่ได้ให้การอบรมสั่งสอนด้วยความเอาใจใส่ตลอดระยะเวลาการศึกษา

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขออุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุก ๆ ท่าน

สร้อยรัชฎ์ ศรีคำ

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
ประกาศคุณูปการ.....	ช
สารบัญ.....	ซ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามของการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
สมมติฐานของการวิจัย.....	6
ขอบเขตของงานวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	10
สถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี.....	17
แนวคิดเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดู.....	22
ผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน.....	25
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ.....	33
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	40
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	46
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	48

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	48
การเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	49
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	50
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	55
การเก็บรวบรวมข้อมูล	56
วิธีวิเคราะห์ข้อมูล	57
บทที่ 4 ผลการวิจัย	58
ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะการเลี้ยงดูหลาน ภาวะสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนจากสังคม โดยแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน.....	59
ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน โดยคำนวณค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แจกแจงตามระดับคุณภาพชีวิตรายข้อ รายด้าน และภาพรวม.....	69
ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ประกอบด้วย อายุ รายได้ จำนวนหลานที่เลี้ยงดู ระยะเวลาที่เลี้ยงดู ระยะเวลาที่เลี้ยงดูต่อวัน ความวิตกกังวล และการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การได้รับการสนับสนุนจากสังคม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation)	73
ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะการอยู่อาศัย บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการเลี้ยงดู เหตุผลที่ต้องเลี้ยงดู โรคประจำตัว และการใช้บริการสาธารณสุข โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีตา (Eta Coefficient)	75
บทที่ 5 บทสรุป.....	77
สรุปผลการวิจัย.....	78
อภิปรายผล.....	80
ข้อเสนอแนะ	86
บรรณานุกรม.....	88

ภาคผนวก..... 97

ประวัติผู้วิจัย..... 110



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1	แสดงสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์..... 18
ตาราง 2	แสดงจำนวนผู้สูงอายุแบ่งกลุ่มตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จังหวัดอุดรดิตถ์ 19
ตาราง 3	แสดงจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์..... 20
ตาราง 4	แสดงจำนวนศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์ 21
ตาราง 5	แสดงการแปลผลระดับคุณภาพชีวิตทั่วไป (WHOQOL-BREF-THAI) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545)..... 54
ตาราง 6	แสดงจำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง (N=245) จำแนก ตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ลักษณะการอยู่อาศัย..... 59
ตาราง 7	แสดงจำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง (N=245) จำแนก ตามการเลี้ยงดูหลาน ได้แก่ อายุของหลานที่เลี้ยงดู ระยะเวลาที่เลี้ยงดู ระยะเวลา ในการเลี้ยงดูต่อวัน ลักษณะการเลี้ยงดูหลาน และเหตุผลที่ต้องเลี้ยงดูหลาน 62
ตาราง 8	แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง (N=245) จำแนกตามภาวะสุขภาพ ได้แก่ โรค ประจำตัว และความวิตกกังวล..... 64
ตาราง 9	แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยแจกแจงความวิตกกังวล (N=245) จำแนกรายชื่อ 64
ตาราง 10	แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง (N=245) ในการใช้บริการสาธารณสุข..... 65
ตาราง 11	แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง (N=245) จำแนกตามการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม66
ตาราง 12	แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยแจกแจงการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม (N=245) จำแนกรายชื่อ..... 66
ตาราง 13	แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง (N=245) จำแนกตามการได้รับการสนับสนุน จากสังคม..... 67
ตาราง 14	แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยแจกแจงการได้รับการสนับสนุนจากสังคม (N=245) จำแนกรายชื่อ 67
ตาราง 15	แสดงจำนวน ร้อยละ ตามระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน (N=245) 69

ตาราง 16	แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยแจกแจงระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน (N=245) จำแนกรายด้าน และภาพรวม.....	69
ตาราง 17	แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยแจกแจงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน (N=245) จำแนกรายข้อ	70
ตาราง 18	แสดงผลการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ของอายุ รายได้ จำนวนหลานที่เลี้ยงดู ระยะเวลาที่เลี้ยงหลาน ระยะเวลาที่เลี้ยงต่อวัน ความวิตกกังวล และการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การได้รับการสนับสนุนจากสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน (N=245).....	73
ตาราง 19	แสดงผลการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ของ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะการอยู่อาศัย บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการเลี้ยงดู เหตุผลที่ต้องเลี้ยงดู โรคประจำตัว และการใช้บริการสาธารณสุข กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน (N=245).....	75



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1	แสดงร้อยละของความต้องการทำงานและสถานะการทำงาน จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี 256016	
ภาพ 2	แผนที่แสดงร้อยละของแสดงร้อยละผู้สูงอายุในกลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง.....	17
ภาพ 3	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	47



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คุณภาพชีวิต (quality of life) ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก หมายถึง การรับรู้ในบริบทที่ดำรงชีวิตภายใต้วัฒนธรรมและระบบคุณค่า ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และการตระหนักของแต่ละบุคคล (World Health Organization, 1997) จึงเป็นการรับรู้ความพึงพอใจและการรับรู้สถานะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อมของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม เป็นความรู้สึกของความเป็นอยู่ที่น่าพอใจ และมีความสุขต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ของชีวิตที่มีส่วนสำคัญต่อบุคคลนั้น (ภัทรภรณ์ ต้วงเรือง, 2563) เป็นหลักที่สำคัญของการดำรงชีวิตในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านสุขภาพสังคมเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นค่าเทียบเคียงไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัวแน่นอนทุกคนหรือทุกประเทศอาจจะกำหนดมาตรฐานต่าง ๆ กันไปตามความต้องการและความต้องการคุณภาพชีวิตนี้ย่อมจะเปลี่ยนแปลงไปได้ตามกาลเวลาและกาลเทศะ (Leelakraiwan, 2007) จากนิยามขององค์การอนามัยโลก ระบุองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ส่วน (Quality of Life Research Unit & U. of Toronto, 2013) แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ สิ่งที่เป็นอยู่ (being) สิ่งที่มี (belonging) และสิ่งที่เปลี่ยนไป (becoming) (ขจาย เหล่าสุนทร, วรณระ รัตนพงษ์, นาวิณ พรหมใจสา, และจันจิรา วิชัย, 2562) ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพชีวิต จึงเป็นแนวคิดสำคัญที่ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง เพราะเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประเทศ เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรจะทำให้การพัฒนาด้านต่าง ๆ ได้ดี

สังคมมนุษย์เป็นสังคมที่ต้องการความเจริญก้าวหน้า ต้องการชื่อเสียง เกียรติยศ เงินทอง การยอมรับจากวงสังคม และประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน จึงไม่สามารถปฏิเสธได้ว่าในแต่ละวันมนุษย์ต้องดิ้นรนขวบไหว้คว้าหาสิ่งที่ตนพึงปรารถนา ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพชีวิตจึงเป็นการพัฒนาเพื่อให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ตลอดจนปรับปรุงการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องและรองรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในอนาคต (วชิรญาณ จิตต์รุ่งเรือง, 2560) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ ถือเป็นเรื่องท้าทาย ทั้งในระดับชุมชน สังคม และประเทศ ซึ่งคุณภาพชีวิต (quality of life) เป็นประเด็นที่มีบทบาทสำคัญในแง่ความผาสุกของมนุษย์เกี่ยวข้องกับสวัสดิการมนุษย์และความสุข (Bridges, Huxley, Mohamad & Oliver, 1996 อ้างอิงใน ชลธิษามะลิพรม, 2561)

โลกและประเทศไทยกำลังเผชิญสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และกำลังก้าวเข้าสู่ยุคสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและอายุยืนขึ้นอย่างต่อเนื่องจากความเจริญทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุขร่วมกับอัตราเกิดลดลง ซึ่งประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 10 และประชากรกลุ่มนี้กำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมากคือ สูงกว่าร้อยละ 4 ต่อปี โดยในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (เอกพล เคราเซ, นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, และอัจศรา ประเสริฐสิน, 2562) หมายถึง สังคมที่มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ในปี พ.ศ. 2578 (เสนห์ แสงเงิน, ถาวร มาตัน, และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ, 2560) คือ มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมดการเข้าสู่สังคมสูงวัย ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มคนที่เป็นส่วนใหญ่ของสังคม หากผู้สูงอายุนั้นมีภาวะสุขภาพดี มีความพึงพอใจในชีวิตมาก สังคมผู้สูงอายุก็จะเต็มไปด้วยผู้สูงอายุที่มีความสุขส่งผลให้สังคมมีความสุขและคนในสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามไปด้วย (ประภาพร มโนรัตน์, กฤษณะ คำฟอง, วรพล แวงนอก, และพรฤดี นิธิรัตน์, 2559) ประกอบกับประเทศไทยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีอายุยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมเป็นผู้สูงอายุที่พบเป็นส่วนใหญ่ การให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคม จึงเป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อการชะลอความเสื่อมของผู้สูงอายุไปสู่กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนา ฟันฟู ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม (พัชรารณ วัฒน, 2560)

สภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นเมื่อสถานการณ์ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น สะท้อนปัญหาสังคมในด้านต้นทุนมนุษย์ของผู้สูงอายุไทย ส่วนใหญ่ยังคงมีการศึกษาค้นคว้าน้อยเพียงประมาณ 1 ใน 10 เท่านั้น ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป การที่ผู้สูงอายุมีการศึกษาน้อยน่าจะเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลบริการด้านสุขภาพและสังคม (เด่น นवलโรตอง และสุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2559) และพบปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในประเทศไทยทั้งเกิดจากปัญหาทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ ความรู้ สังคม สังคม จิตใจ ครอบครัว และค่านิยมที่เปลี่ยนแปลง (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2554) โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ สาเหตุหลักเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายตามธรรมชาติอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้มีภาวะต่างๆ เสื่อมสภาพลง การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและทางสังคม จากสถานการณ์ด้านสุขภาพการดูแลและบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life year: DALYs) โดยพบว่าสาเหตุ 5 อันดับแรกในผู้ชาย

ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคเมเร็ง ตับ ส่วนในผู้หญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ สมอเสื่อม และโรคซึมเศร้า ซึ่งโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้นนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพซึ่งบั่นทอนสุขภาพ ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเอง จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว และนำไปสู่การเสียชีวิตของผู้สูงอายุตามมา (สุนิสา คำชื่น, หฤทัย กงมหา, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, และวิจิตร แผ่นทอง, 2562) นอกจากนี้ผลการวิจัยผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวร้อยละ 80 มีภาวะพึ่งพิงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานร้อยละ 18.2 มีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 29.3 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 24.2 (ผ่องพรรณ อรุณแสง และวิมล วงศ์หนู, 2553) ผู้สูงอายุมีปัญหาเกิดการบาดเจ็บจากการหกล้มร้อยละ 8.6 (สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และวิทยาลัยประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555) ในต่างประเทศร้อยละ 15 (Towne, Cho, & Smith, 2016 อ้างอิงใน ศรีเมือง พลังฤทธิ์, นติมา ตีเยาว์, และวดี วงศ์ประดิษฐ์, 2563) ซึ่งผลกระทบข้างต้นที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ และสังคม อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านหน้าที่การงาน การเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ในสังคม ส่วนด้านจิตใจพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับความจำไม่ดี มีภาวะซึมเศร้า และด้านสิ่งแวดล้อม ล้วนส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของความเป็นอยู่ที่น่าพอใจ และกระทบต่อการใช้ความสุขของชีวิต หรือคุณภาพชีวิต ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวได้นำไปสู่ประเด็นความท้าทายต่อการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการอยู่อาศัยของครอบครัวไทย ผู้สูงอายุในชนบทถูกปล่อยให้อยู่ตามลำพัง หรืออยู่กับเด็กเล็กๆ เป็นจำนวนมากขึ้น (กิตติวงศ์ สาสวด, 2560) สังคมไทยได้เปลี่ยนไปจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม ส่งผลให้เกิดการย้ายถิ่นของแรงงานวัยหนุ่มสาว เพื่อประกอบอาชีพในเขตพื้นที่ที่มีความเจริญ (เกิดสิริ หงษ์ไทย และดารุณี จงอุดมการณ์, 2563) จึงทำให้ต้องแยกย้ายกันไปทำงานส่งผลให้เกิดความห่างเหิน และเกิดปัญหาครอบครัวแตกแยกหย่าร้างตามมา หรือกรณีมารดาตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประกอบกับภาวะค่าครองชีพที่สูง ภาระการเลี้ยงหลาน จึงตกอยู่กับปู่ย่าตายาย จึงเป็นที่คาดการณ์กันว่า รูปแบบของครัวเรือนข้ามรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (กระทรวงการพัฒนาและความมั่นคงของมนุษย์, 2548)

สถานการณ์ผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานเพิ่มสูงขึ้น จากสถิติสังคมไทยที่มีพบว่าครอบครัวข้ามรุ่นหรือจำนวนครอบครัวแห่งกลางมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ มีเด็กและคนแก่อยู่ด้วยกัน ปู่ย่า/ตายายอยู่กับหลานในวัยเด็ก ซึ่งการอยู่อาศัยในครอบครัวแบบนี้มีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นมาก ในปัจจุบัน (ชาย โพธิ์สิตา, 2552) โดยเพิ่มขึ้นจากเดิมในปี 2546 ร้อยละ 2.7 ปี 2550 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.1 (สำนักงานสถิติ

แห่งชาติ, 2551) และในปี 2553 เพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 5.5 (วิวรรณ คัลยคลัง, 2560) ข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติทุก ๆ 5 ปี ข้อมูลล่าสุด พบว่า ภาคอีสานมีพ่อแม่ที่ต้องส่งลูกให้ปู่ย่าตายายเลี้ยงเพราะต้องไปทำงานต่างถิ่นถึง 40% รองลงมาเป็นภาคเหนือ 30% ตามมาด้วยครอบครัวในภาคกลางและภาคใต้ต่ำสุด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) ในประเทศไทยนั้นสัดส่วนของครัวเรือนที่จัดว่าอยู่ในสภาวะครัวเรือนแห่งกลาง (ที่พ่อแม่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ จึงฝากบุตรหลานไว้ให้ปู่ย่าตายายเลี้ยงดู) ได้เพิ่มขึ้นอย่างมากทั้งในสังคมชนบทและสังคมเมือง ผลการสำรวจเด็กและเยาวชน ปี พ.ศ. 2551 เมื่อพิจารณาสัดส่วนของครัวเรือนแห่งกลางตามช่วงอายุของเด็กที่อยู่ในฐานข้อมูล Townsend Thai Annual Survey ที่เป็นข้อมูลแบบติดตามบุคคลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540-2558 พบว่า โอกาสที่เด็กในชนบท ช่วงอายุก่อน 5 ปี จะอาศัยอยู่ในครัวเรือนแบบแห่งกลางคิดเป็นร้อยละ 11 และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 21 (เนื้อแพร เล็กเฟื่องฟู และธัญมัทธม สรุงบุญมี, 2561) สำหรับการเลี้ยงดูหลานในครอบครัวแห่งกลางของปู่ย่าตายายอาจจะไม่ลำบากมากหากยังไม่แก่ แต่จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าปู่ย่าตายายจะเป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 60-65 ปี โดยที่ผู้สูงอายุที่ต้องรับภาระเลี้ยงดูเด็กมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นเป็น 4 เท่าจากร้อยละ 2.5 ในปี 2530 เป็นร้อยละ 9.6 ในปี 2553 (บุญส่ง คงแสนคำ และโชติกา ธรรมวิเศษ, 2562) และจากการสำรวจผู้ช่วยเลี้ยงดูบุตรหลังคลอดของแม่วัยรุ่น พบว่า บิดามารดาของแม่วัยรุ่นจะเป็นผู้ช่วยเลี้ยงดูบุตรหลังคลอด ร้อยละ 61.2 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาระการเลี้ยงดูหลานมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่ต้องดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุทั้งในแง่บวกและแง่ลบ ด้านบวกคือการเลี้ยงดูบุตรหลานเป็นการเกื้อหนุนแบบหนึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขทางใจ เกิดความสนุกสนานสดชื่น ไม่เหงา แต่ในขณะเดียวกัน บางคนมีปัญหาทางด้านสุขภาพ เกิดความเหนื่อยล้า ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลต่อสุขภาพที่ทรุดโทรมลง อีกทั้งการมีภาระด้านค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น (เกิดสิริ หงษ์ไทย และดารุณี จงอุดมการณ์, 2563) ซึ่งอาจกระทบต่อการดูแลเด็ก ปัญหาการอบรมสั่งสอนเด็ก รวมถึงปัญหาการดำเนินชีวิตของตัวผู้สูงอายุทั้งด้านกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้ไม่มีความสุขในการดำเนินชีวิต และอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงหลานที่พบบ่อยมักมีความเครียด วิตกกังวล และมีอาการซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เลี้ยงดูหลาน และการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับไม่สูงมากนัก (วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานวโรปัญญา, และจิตภา ศิริปัญญา, 2554) ขณะเดียวกับบางผลการศึกษา พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง (สุนิสา คำชื่น และคณะ, 2562)

สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัว (วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ, 2554; เต๋น นวลโรส และสุภาภรณ์ สุดหนองบัว, 2559; อรนิษฐ์ แสงทองสุข, 2562) 2) การเลี้ยงดูหลาน ได้แก่ จำนวนหลานที่เลี้ยงดู ระยะเวลาที่เลี้ยงดู และระยะเวลาในการเลี้ยงดูต่อวัน ลักษณะการเลี้ยงดูหลาน และสาเหตุที่ต้องเลี้ยงดูหลาน (นภาพร ศีกเสื่อ, 2548; พัชรี คมจักร พันธุ์ และวรรณิ จันทรสว่าง, 2558; สุนิสา คำชื่น และคณะ, 2562) 3) ภาวะสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว และความวิตกกังวล (สุธรรม นันทมงคลชัย, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, โชคชัย หมั่น แสงทรัพย์, และอภาพร เผ่าวัฒนา, 2554) 4) การใช้บริการสาธารณสุข ได้แก่ สถานบริการหลัก เมื่อเจ็บป่วย (เต๋น นวลโรส และสุภาภรณ์ สุดหนองบัว, 2559) 5) การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม 6) การได้รับการสนับสนุนจากสังคม (เต๋น นวลโรส และสุภาภรณ์ สุดหนองบัว, 2559; ยุพา ทองสุข, 2559; วิวรรณ คล้ายคลึง, 2560; พัชราภรณ์ พัฒนะ, 2560; Kim, Lee, & Chung, 2020) ด้วยความเชื่อและค่านิยมของคนไทยที่ปู่ย่าตายายต้องช่วยเลี้ยงหลาน ทำให้ปู่ย่าตายายสูงอายุติดกับดักภาระในการอุ้มชูดูแลบุตรหลานจนแก่เฒ่า จึงควรให้ความสนใจคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงหลานในประเทศไทย

สถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์ เป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ซึ่งเสี่ยงต่อการพบปัญหาคุณภาพชีวิตสูง จากสถิติผู้สูงอายุ พบว่า มีร้อยละของประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 2 มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 95,380 คน คิดเป็น 21.05 ของประชากรทั้งหมดของจังหวัด แบ่งเป็นเพศชาย 42,818 คน คิดเป็นร้อยละ 44.89 ของประชากรผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์ และเพศหญิง 52,562 คน คิดเป็นร้อยละ 55.11 ของประชากรผู้สูงอายุของจังหวัดอุดรดิตถ์ โดยประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดคือช่วงวัย 60-69 ปี จำนวน 54,417 คน คิดเป็นร้อยละ 57.05 ซึ่งเกินครึ่งของวัยผู้สูงอายุทั้งจังหวัด ผู้สูงอายุช่วงวัย 70-79 ปี จำนวน 26,850 คน คิดเป็นร้อยละ 28.15 ผู้สูงอายุช่วงวัย 80-89 ปี จำนวน 12,186 คน คิดเป็นร้อยละ 12.78 ผู้สูงอายุช่วงวัย 90-99 ปี จำนวน 1,833 คน คิดเป็น ร้อยละ 1.92 และผู้สูงอายุ 100 ปีขึ้นไป จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 0.10 ของประชากรผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์ โดยอำเภอที่มีผู้สูงอายุมากที่สุด คือ อำเภอฟากท่า จำนวน 3,428 คน คิดเป็นร้อยละ 24.05 รองลงมาเป็นอำเภอลับแล ตรอน พิชัย น้ำปาด เมืองอุดรดิตถ์ ทองแสนขัน ท่าปลา และบ้านโคก ร้อยละ 23.46, 22.39, 21.49, 21.33, 20.76, 19.93, 18.50 และ 15.89 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติจังหวัดอุดรดิตถ์, 2563)

นอกจากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ประกอบกับการศึกษาวิถีชีวิตของผู้สูงอายุหญิงที่เลี้ยงหลานในเขตชนบทภาคเหนือ (สุธรรม นันทมงคลชัย และคณะ, 2554)พบว่า จังหวัดแพร่ และจังหวัดอุดรดิตถ์ เป็นจังหวัดที่มีวัยแรงงานย้ายถิ่นเข้ามาทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลสูงเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่น ๆ ในภาคเหนือ ซึ่งการย้ายถิ่นของประชากรวัยแรงงานส่งผลให้มีการทิ้งบุตรไว้กับ

ป่วยตายที่บ้าน ทำให้ผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์ ประสบปัญหาที่ต้องเลี้ยงดูหลานเช่นเดียวกับพื้นที่อื่น ๆ ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการดูแลเด็ก ปัญหาการอบรมสั่งสอน รวมถึงปัญหาการดำเนินชีวิตของตัวผู้สูงอายุ หรือการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะจังหวัดอุดรดิตถ์นั้นว่ามีผู้สูงอายุมากและเสี่ยงต่อปัญหาคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์ จึงได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน เป็นหนึ่งเป้าหมายในการพัฒนาจังหวัดอุดรดิตถ์ ปี 2566-2570 (สำนักงานจังหวัดอุดรดิตถ์, 2567)

จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้น สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน โดยเฉพาะจังหวัดอุดรดิตถ์ ควรได้รับการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน วิเคราะห์ถึงปัญหาและสาเหตุของคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ทั้งนี้ เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษาไปพัฒนาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ทั้งการกำหนดนโยบาย การจัดกิจกรรม วางแผนงานต่าง ๆ ที่เป็นการส่งเสริม สนับสนุน การดำเนินกิจกรรมให้มีความสอดคล้องต่อปัญหาของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

คำถามของการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน มีคุณภาพชีวิตจังหวัดอุดรดิตถ์ อยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานในจังหวัดอุดรดิตถ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดอุดรดิตถ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดอุดรดิตถ์

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดอุดรดิตถ์
2. การเลี้ยงดูหลาน ได้แก่ จำนวนหลานที่เลี้ยงดู ระยะเวลาที่เลี้ยงดูหลาน ระยะเวลาในการเลี้ยงดูต่อวัน ลักษณะการเลี้ยงดูหลาน และสาเหตุที่ต้องเลี้ยงดูหลาน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดอุดรดิตถ์
3. ภาวะสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว และความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดอุดรดิตถ์

4. การใช้บริการสาธารณสุข ได้แก่ การรักษาเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย สถานบริการหลักเมื่อเจ็บป่วย และบุคคลที่พาไปรักษาเมื่อเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดอุดรธานี

5. การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดอุดรธานี

6. การได้รับการสนับสนุนจากสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดอุดรธานี

ขอบเขตของงานวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1. **ขอบเขตด้านเนื้อหา** ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานในจังหวัดอุดรธานี

2. **ขอบเขตพื้นที่ศึกษา** พื้นที่ที่ผู้วิจัยทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ จังหวัดอุดรธานี

3. **ขอบเขตประชากร** ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-80 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรธานี และเป็นผู้ดูแลหลักในการเลี้ยงดูหลาน

4. **ขอบเขตระยะเวลา** ดำเนินการเก็บข้อมูล เดือนสิงหาคม 2565-ตุลาคม 2565

นิยามศัพท์เฉพาะ

คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับความพึงพอใจในชีวิตที่ผู้สูงอายุแต่ละคนประเมินด้วยตนเอง โดยมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

ผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-80 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักในการเลี้ยงดูหลาน

ผู้ดูแลหลักในการเลี้ยงดูหลาน หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลหลานโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มีระยะเวลาในการดูแลมากกว่าผู้เป็นบิดามารดา ซึ่งบิดามารดานำหลานมาฝากให้ดูแลเสมือนบิดามารดา ทำหน้าที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลกิจวัตรประจำวัน ดูแลสุขภาพส่วนตัว ดูแลเรื่องการเงิน เป็นต้น

ลักษณะครอบครัว หมายถึง การอยู่อาศัยซึ่งประกอบด้วยที่ อยู่อาศัยและบุคคลที่อาศัยอยู่รวมกัน แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) ครอบครัวเดี่ยว คือ ครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวไม่เกิน 2 รุ่น คือ พ่อแม่เด็ก และปู่ย่า ตา ยาย และ 2) ครอบครัวขยาย คือ ครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัว 3 รุ่นขึ้นไป คือ พ่อแม่เด็ก และปู่ย่า ตา ยายหรืออาจมีญาติคนอื่นอาศัยอยู่ร่วมกัน

ลักษณะการเลี้ยงดูหลาน หมายถึง การดูแล เอาใจใส่หลาน ให้ความช่วยเหลือคุ้มครอง สนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพ และการส่งเสริมพัฒนาการ เป็นต้น ตลอดจนให้การอบรมกล่อมเกลา พฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้เด็กได้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข โดยแบ่งเป็น 2 แบบ ได้แก่ 1) ดูแลคนเดียว และ 2) มีคนช่วยดูแล

ความวิตกกังวล หมายถึง ลักษณะอารมณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจ ซึ่งเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอันตราย เป็นความรู้สึกร่วมของการเตรียมพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับสิ่งที่เกิดขึ้น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่ไม่คุ้นเคย อาจทำให้เกิดอารมณ์ 4 ด้าน คือ ความกลัว ความวิตกกังวล ความเศร้า และหงุดหงิด

การเข้าถึงบริการสาธารณสุข หมายถึง การไปรับบริการสาธารณสุขเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย/ไม่สบาย สถานบริการที่เข้ารับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย และบุคคลที่พาไปรักษาเมื่อเจ็บป่วย

การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม หมายถึง การพบปะครอบครัว เพื่อนบ้าน คนในชุมชน และ การทำกิจกรรมร่วมกันกับครอบครัว เพื่อนบ้าน คนในชุมชน

การได้รับการสนับสนุนจากสังคม หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนต่าง ๆ จากครอบครัว เพื่อนบ้าน คนในชุมชน รวมถึงการได้รับความเคารพนับถือท่านจากคนในชุมชน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดอุดรดิตถ์” ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา งานวิจัย โดยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ
 - 1.3 การจำแนกผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL)
 - 1.4 การทำงานของผู้สูงอายุ
2. สถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์
3. แนวคิดเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดู
 - 3.1 ความหมายของการอบรมเลี้ยงดู
 - 3.2 ความสำคัญของการอบรมเลี้ยงดู
 - 3.3 รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู
4. ผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน
 - 4.1 วิถีชีวิตของผู้สูงอายุไทย
 - 4.2 สาเหตุ และความจำเป็นในการเลี้ยงดูหลาน
 - 4.3 บทบาทเป็นผู้เลี้ยงดูหลานแทนพ่อ/แม่ ของย่า/ยาย
 - 4.4 ผลกระทบจากการเลี้ยงดูหลานของผู้สูงอายุ
5. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
 - 5.1 ความหมาย และแนวคิดคุณภาพชีวิต
 - 5.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
 - 5.3 การประเมินคุณภาพชีวิต
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1. ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก ให้ความหมายของผู้สูงอายุหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่า เมื่อนับตามวัยหรือผู้ที่สังคมนยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคมหรือผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ ในประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะใช้เกณฑ์ที่อายุ 65 ปี (World Health Organization, 2012) สำหรับประเทศไทย คำว่า “ผู้สูงอายุ” ถูกบัญญัติขึ้นใช้ใน ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2506 โดยมีความหมายว่า ผู้ที่มีสัญชาติไทย และมีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎรที่มี อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2553) โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่ม (ยุพา ทองสุข, 2559) ดังนี้

1. ผู้สูงอายุวัยต้น (Early old age) ผู้สูงอายุวัยต้นมีช่วงอายุ 60-69 ปี เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่มีความวิกฤตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การจากไปของบุคคลใกล้ชิด คู่ครอง เพื่อนสนิท รายได้ลดลง การสูญเสียตำแหน่งทางด้านสังคม โดยทั่วไปผู้สูงวัยนี้ยังคงแข็งแรง แต่อาจต้องพึ่งพิงบุคคลอื่นบ้าง หากผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมีการปรับตัวสมรรถภาพด้านต่าง ๆ ใกล้เคียงกับหนุ่มสาวการปรับตัวในช่วงนี้มักเป็นไปในรูปแบบ Engagement คือ เข้าร่วมกับกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคมในครอบครัว และนอกครอบครัวให้มากขึ้น ดังนั้น จึงเป็นช่วงที่ยังมีพลังช่วยเหลือตนเองได้

2. ผู้สูงอายุวัยกลาง (Middle old age) ผู้สูงอายุวัยกลางมีช่วงอายุ 70-79 ปี เป็นช่วงวัยที่เริ่มเจ็บป่วย เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวที่มีอยู่ใกล้ ๆ กันอาจล้มหายตายจากกันมากขึ้น การเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมลดน้อยลง การปรับตัวในระยะนี้มักเป็นไปในรูปแบบ Disengagement คือ ไม่ค่อยยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัว และสังคมมากนัก ดังนั้น จึงเป็นวัยเริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรัง

3. ผู้สูงอายุวัยปลาย (Late old age) ผู้สูงอายุวัยปลายมีช่วงอายุ 80 ปี ขึ้นไป เป็นช่วงวัยที่ผู้สูงอายุปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมมากขึ้นเพราะสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับคนอายุวัยนี้ ต้องมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น และไม่วุ่นวายแต่ก็ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ยังกระตุ้นความมีสมรรถภาพ ในแง่ต่าง ๆ ตามวัย ผู้สูงอายุระยะนี้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าในวัยที่ผ่านมา เริ่มย้อนนึกถึงอดีตมากขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุวัยนี้จะเจ็บป่วยบ่อยขึ้นอวัยวะเสื่อมสภาพอาจมีภาวะทุพพลภาพ

สถาบันแห่งชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา (National Institution on Aging) ได้ กำหนดไว้ว่า ผู้สูงอายุวัยต้น (young - old) คือผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ไม่ชรามาก และยังทำงานได้ถ้าสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี สำหรับวัยสูงอายุที่แท้จริงคือ ผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป (Yurich, 1984 อ้างอิงใน อารีวรรณ คุณเจตน์, 2541)

จากความหมายของผู้สูงอายุดังกล่าว สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤตทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม มีความเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัว ต้องการพึ่งพิงและได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น ๆ ในสังคม หากปรับตัวเข้ากับพัฒนาการของช่วงวัยได้ก็จะเป็นผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีความแข็งแรง มั่นคง และเป็นที่ยังของผู้อื่นได้

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาผู้สูงอายุในกลุ่มอายุ 60-80 ปี เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุระยะต้น และระยะกลาง ซึ่งสามารถเข้าใจ และตอบข้อคำถามงานวิจัยได้ และส่วนใหญ่ได้รับบทบาทในการเลี้ยงดูหลาน

2. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในหลายด้านที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การเผชิญกับการสูญเสีย การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม การปรับบทบาทในด้านต่าง ๆ และการมีกิจกรรมกับบุคคลอื่น ๆ ดังจะกล่าวรายละเอียดต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Biological change) ผู้สูงอายุมีภาวะเสื่อมโทรมของร่างกาย จึงทำให้ความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมภายใน และภายนอกในร่างกายเสื่อมลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น มีภูมิคุ้มกันโรคต่ำลง ทำให้การหายจากโรคเป็นไปได้ยากและมีโอกาสที่จะเสียชีวิตสูง ความเสื่อมโทรมของสภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้เวลานานในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการเจ็บป่วยให้เป็นปกติได้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545) กล่าวไว้ว่า เมื่อร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบอวัยวะต่าง ๆ ไปในทางที่เสื่อมถอยทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จึงมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ดังนั้น เมื่อร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบอวัยวะต่าง ๆ ไปในทางที่เสื่อมถอยทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง อัตราส่วนของประชากรสูงอายุที่เป็นภาวะพึ่งพิงสูงขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกในทางลบ ส่งผลให้ไม่มีความสุข ท้อแท้ รู้สึกไร้คุณค่า ไม่สุขสบายไม่สามารถทำงานได้อย่างเดิม รายได้น้อยลง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะทุพพลภาพเสี่ยงต่อภาวะการณตายสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีความสุข ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายตามวัยของผู้สูงอายุแต่ละคนนั้น ผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูงย่อมสามารถปรับตัวในการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองได้เป็นอย่างดีทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง และมีความเสื่อมสภาพช้าลง แต่ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวในการดูแลสุขภาพตนเองได้นั้นย่อมส่งผลให้ร่างกายเสื่อมสภาพเร็วขึ้น และเกิดความเจ็บป่วย ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตลดลง และมีผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลงตามไปด้วย จากการศึกษาผู้ที่มีสุขภาพกายดีจะมีสุขภาพจิต

ดีกว่าผู้ที่มีสุขภาพกายไม่ดี รวมทั้งผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจะมีอาการเจ็บป่วยทางกายร่วมด้วย (จาริน สุขอนันต์, สุภาวัลย์ จาริยะศิลป์, ทศนันท์ ทูมมานนท์, และปิยรัตน์ จิตรภักดี, 2554)

การเปลี่ยนแปลงของสรีระทางร่างกายของผู้สูงอายุดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.7) ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่แข็งแรง ปัญหาความเจ็บป่วยทางร่างกายที่พบมากที่สุดคือ โรคของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก อันได้แก่ การปวดหลัง ปวดเข่า ปวดเอว (दनัย ธีวันดา และมลลิตี แสนใจ, 2545)

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์ (Psychological change) ในผู้สูงอายุมักจะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงรูปลักษณ์ภายนอก และการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ของตนเอง เช่น ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมของร่างกายจากสภาวะเสื่อมตามวัย นอกจากจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ภายนอกที่เห็นได้ชัดแล้วยังทำให้ความสามารถของร่างกายเสื่อมด้วยต้องอยู่ในภาวะพึ่งพามากขึ้นประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ และสังคมที่ทำให้ผู้สูงอายุขาดรายได้ หรือมีรายได้ลดลง และข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในสังคม การได้รับความเคารพนับถือจากลูกหลาน และสังคมลดลงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เป็นภาระแก่ลูกหลาน น้อยใจง่าย ท้อแท้ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง เปื่อหน่ายต่อสิ่งต่าง ๆ อารมณ์ไม่มั่นคงหงุดหงิด และโกรธง่าย นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจยังขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต และบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล

วัยผู้สูงอายุจึงเป็นระยะที่บุคคลย้อนนึกถึงอดีต ถ้าย้อนนึกถึงอดีตด้วยความพึงพอใจในตนเองเห็นว่าตนเองได้ทำ สิ่งที่เป็นหน้าที่อย่างดีที่สุดแล้วจะเกิดความพึงพอใจในตนเองมีบุคลิกที่เข้มแข็ง อารมณ์ที่มั่นคง แต่ถ้าคิดถึงอดีตที่ขมขื่นก็จะเกิดความรู้สึกทุกข์ร้อนผิดหวังในชีวิตระยะนี้จึงเป็นระยะที่ Erikson เรียกว่าเป็นระยะที่รู้สึกว่ามีคุณค่าหรือสิ้นหวัง (Ego integrity versus despair) (Erikson, 1997 อ้างอิงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2546) ได้กล่าวว่า ถ้าผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในความสำเร็จของชีวิตที่ผ่านมา มีความสุขสงบทางใจและยอมรับได้ว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ตรงกันข้ามกันหากยอมรับไม่ได้ ผู้สูงอายุเหล่านี้จะรู้สึกว่าตนเองมีโอกาสเลือกได้น้อย และต้องการให้ชีวิตยืนยาวต่อไปอีก ทำให้รู้สึกเกิดความท้อแท้สิ้นหวัง คับข้องใจ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ความสามารถในการเผชิญกับความสูงอายุลดลง ช่วงนี้มักต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ได้แก่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงในครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ ทำให้เกิดความรู้สึก ไร้ค่า สูญเสียความภาคภูมิใจ หวาดระแวงเรื่องความเจ็บป่วย กลัวความตาย กลัวถูกทอดทิ้ง ซึมเศร้า หมัดกำลังใจ ว่าเหว่ วิดกกังวล โกรธง่าย ใจน้อย เรียกร่องความสนใจ นอกจากนี้ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายด้านทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุทำให้เกิดความทุกข์ใจ ความไม่พึงพอใจ ความไม่สบายใจได้สูง ทำให้

ผู้สูงอายุไม่มีความพอใจทางใจเกิดขึ้นได้ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Social change) นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางด้าน ร่างกาย จิตใจและอารมณ์ที่ผู้สูงอายุจะต้องประสบแล้ว การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญกับผู้สูงอายุ เนื่องจากในวัยสูงอายุการปฏิสัมพันธ์กับสังคมเริ่มลดลงทั้งนี้จาก ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัวจนก่อให้เกิด ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจตามมา การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อผู้สูงอายุ เช่น 1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบันจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้นมีการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทเข้าเมือง ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญปัญหาการอยู่ ตามลำพัง ไม่มีที่พักพิง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545) ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีชีวิตครอบครัวที่อบอุ่นในอดีตกับบุตร หลาน ต้องปรับตัวเข้ากับสังคมสมัยใหม่ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วผู้สูงอายุทุกคนอยากให้เป็นผู้ดูแล ตลอดไป และต้องการให้บุตรเป็นผู้ดูแล (दनัย ธีวันดา และมลลิสแสนใจ, 2545) 2) การเปลี่ยนแปลงทางขนบธรรมเนียมประเพณี การได้รับวัฒนธรรมตะวันตกทำให้สังคมไทยมีลักษณะคล้ายสังคมตะวันตกมากขึ้น ค่านิยมหรือความเชื่อเดิมที่เคยปฏิบัติสืบต่อกันมา เช่น การเคารพพระบออาวุโส หรือค่านิยมในเรื่องของความกตัญญูต่อบิดามารดาและผู้มีพระคุณบุตร จะต้องทดแทนพระคุณของบิดามารดาเมื่อแก่ชราค่อยหมดไป และ 3) การปลดเกษียณหรือออกจากงานและการลดบทบาททางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคม รู้สึกว่าตัวเองหมดความสำคัญ นอกจากนี้ การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่ชีวิต ญาติสนิท ซึ่งการสูญเสียคู่ชีวิตนับเป็นการสูญเสียที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุมากที่สุด ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเหว่ โดดเดี่ยว

จะเห็นได้ว่าเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงหลายด้าน ทั้งในด้านร่างกายที่เกิดจากความเสื่อมของอวัยวะในรูปของลักษณะ และหน้าที่ที่ส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลง ลักษณะและโครงสร้างทางสังคม การสูญเสียบทบาทหน้าที่ในสังคม การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ด้านนี้ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และส่งผลถึงสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ผู้สูงอายุจะต้องดูแลตัวเองเพื่อรักษาสุขภาพกาย และจิตใจ แต่ดังที่กล่าวมาข้างต้นแล้วว่า ในปัจจุบันโครงสร้างของสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต ผู้สูงอายุจึงต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ดังกล่าว

3. การจำแนกผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน (จิริงกูร ญัฐรังสี, สุนิตา ไชยมี, สุวรินทร์ จังจิตร, สุภาวินี สุภะพินิ, และสุปรียา โพธิ์อุดม, 2561) ดังนี้

1. ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป
2. ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน
3. ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

4. การทำงานของผู้สูงอายุ

สำหรับแนวโน้ม ในช่วงปี 2547 – 2562 พบว่า อัตราการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงาน มีแนวโน้มลดลงในทุกช่วงอายุ สถานภาพการทำงานมีแนวโน้มไม่เปลี่ยนแปลงมาก การทำงานในภาคเกษตรลดลงขณะที่การทำงานภาคบริการและการค้าเพิ่มสูงขึ้น อาชีพพนักงานบริการและผู้จำหน่ายสินค้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน เหตุผลในการไม่ทำงานของผู้สูงอายุจากเหตุผลชรา มีแนวโน้มลดลง ขณะที่เหตุผลเกษียณอายุหรือพักผ่อนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน (ทั้งในภาพรวมผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปและกลุ่มอายุ 60 – 64 ปี) (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้สำรวจการทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2563 มีประเด็นสำคัญที่น่าสนใจเกี่ยวกับสถานะด้านการทำงานของผู้สูงอายุ ที่สะท้อนให้เห็นถึงคุณลักษณะส่วนตัวอันเป็นภาพรวมของผู้สูงอายุไทย ดังนี้

1. สถานการณ์การประกอบอาชีพของผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาผู้สูงอายุที่ทำงานในแต่ละภูมิภาค พบว่า เป็นผู้สูงอายุที่ทำงานอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1.62 ล้านคน หรือร้อยละ 34.4 ของผู้สูงอายุที่ทำงานทั้งหมด ภาคเหนือ 1.13 ล้านคน (ร้อยละ 29.0) ภาคกลาง 1.07 ล้านคน (ร้อยละ 22.7) ภาคใต้ 6.10 แสนคน (ร้อยละ 13.0) และกรุงเทพมหานคร 2.81 แสนคน (ร้อยละ 5.9) หากพิจารณาตามเขตการปกครอง พบว่า เป็นผู้สูงอายุที่ทำงานอยู่นอกเขตเทศบาล 3.09 ล้านคน หรือร้อยละ 65.7 และในเขตเทศบาล 1.61 ล้านคน หรือร้อยละ 34.3

2. อาชีพของผู้สูงอายุ

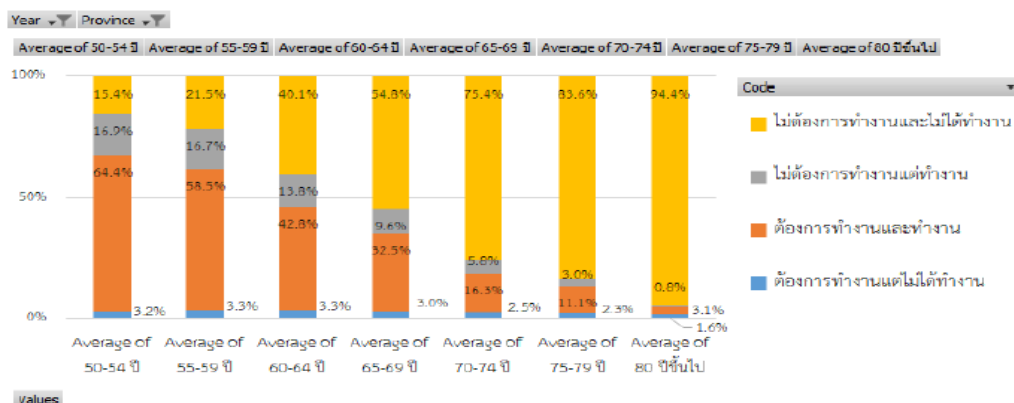
ผู้สูงอายุที่ทำงานประกอบอาชีพผู้ปฏิบัติงานที่มีฝีมือด้านการเกษตรและประมง ร้อยละ 58.8 พนักงานบริการและผู้จำหน่ายสินค้าร้อยละ 18.4 ช่างฝีมือและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องร้อยละ 8.2 ผู้ประกอบอาชีพงานพื้นฐานร้อยละ 7.0 ผู้ควบคุมเครื่องจักรโรงงานและเครื่องจักร และผู้ปฏิบัติงานด้านการประกอบร้อยละ 2.9 ผู้จัดการ ข้าราชการระดับอาวุโส และผู้บัญญัติกฎหมาย ร้อยละ 2.7 ผู้ประกอบวิชาชีพด้านต่าง ๆ ร้อยละ 1.0 เจ้าหน้าที่เทคนิคและผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องด้านต่าง ๆ และเสมียน มีสัดส่วนน้อยกว่าร้อยละ 1.0

3. สถานภาพการทำงานของผู้สูงอายุ

สถานภาพการทำงานของผู้สูงอายุที่ทำงาน พบว่า ประกอบธุรกิจส่วนตัว โดยไม่มีลูกจ้างร้อยละ 62.3 ช่วยธุรกิจครัวเรือนโดยไม่ได้รับค่าจ้าง ร้อยละ 20.5 ลูกจ้างเอกชน ร้อยละ 11.9 นายจ้างร้อยละ 3.0 ลูกจ้างรัฐบาลร้อยละ 2.2 และการรวมกลุ่มร้อยละ 0.1

จากข้อมูลการทำงานของผู้สูงอายุข้างต้น ส่งผลให้อัตราส่วนการพึ่งพิงวัยทำงานจากผู้สูงอายุ 1 คน ต่อแรงงาน 4.2 คนในปีพ.ศ.2558 กลายเป็นผู้สูงอายุ 1 คน ต่อแรงงาน 3.2 คน ในปีพ.ศ.2564 และในปี พ.ศ. 2574 ไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดซึ่งจะมีอัตราส่วนการพึ่งพิงวัยทำงานเท่ากับผู้สูงอายุ 1 คน ต่อแรงงาน 2.1 คน (วิไลลักษณ์ พรหมเสน และอัจฉริยา ครุฑาโรจน์, 2560) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสนับสนุนการทำงานให้กับผู้สูงอายุที่จะมีส่วนช่วยส่งเสริมการมีรายได้ของผู้สูงอายุ การใช้ประสบการณ์และเวลาว่างให้เกิดประโยชน์และการสร้างความรู้สึภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2559) และชี้ให้เห็นถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้เนื่องจากอัตราส่วนระหว่างคนในวัยแรงงานและผู้สูงอายุที่จะต้องรับภาระในการเลี้ยงดูและดูแลไม่สมดุลสอดคล้องกัน

จากการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มสภาพการทำงานของผู้สูงอายุไทยของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2563 พบว่า แนวโน้มหรือการเปลี่ยนแปลงของสัดส่วนหรือร้อยละการทำงานของผู้สูงอายุ พบว่า ประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในกรุงเทพฯ เป็นภูมิภาคเดียวที่มีแนวโน้มการทำงานที่เพิ่มสูงขึ้น โดยสัดส่วนหรือร้อยละของผู้ที่ทำงานหรือมีงานทำ ระหว่างปี 2547- 2562 ปรับเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 0.16 ต่อปี (ค่าสัมประสิทธิ์ 0.0016) ขณะที่ภูมิภาคอื่น กลับมีแนวโน้มการทำงานของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ลดลง และจากการสำรวจรายงานผู้สูงอายุ ปี 2560 พบว่า สัดส่วนของผู้ที่ต้องการทำงานและทำงานลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับสัดส่วนของผู้ที่ไม่ต้องการทำงานแต่ทำงานมีเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 65 ปีขึ้นไป พบว่ามีมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มอายุไม่ต้องการทำงานและไม่ได้ทำงาน รายละเอียดดังภาพ 1



ภาพ 1 แสดงร้อยละของความต้องการทำงานและสถานะการทำงาน จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี 2560

ที่มา: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563

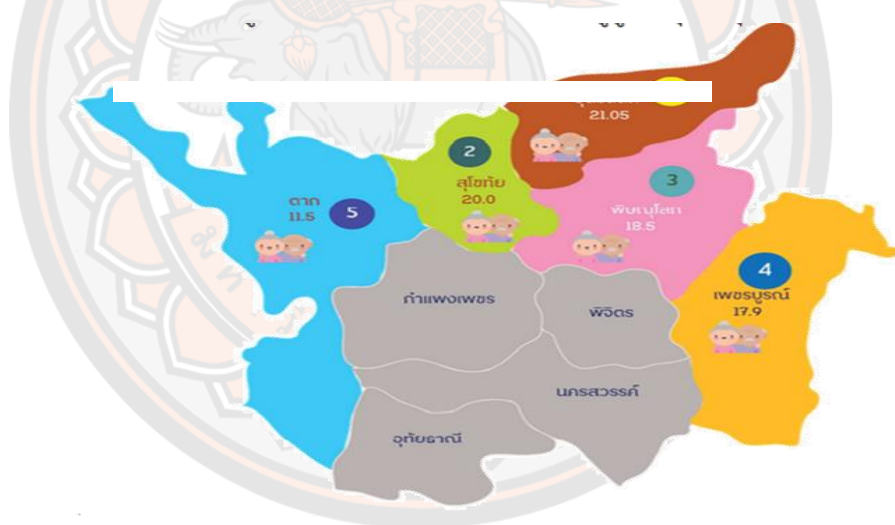
การประกอบอาชีพของผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้น พบว่า ผู้สูงอายุมักมีการทำกิจกรรมที่เป็นการสร้างเสริมรายได้เพียงเล็กน้อยเมื่อมีเวลาว่าง เช่น การทำขนมขาย (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555) และข้อมูลเบื้องต้นจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ จำนวน 3 รายในจังหวัดนครปฐม ซึ่งมีอาชีพและระดับการศึกษาต่างกัน โดยผู้วิจัย พบว่า 2 ราย มีการประกอบกิจกรรมเพื่อสร้างรายได้ หลังจากเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ในขณะที่อีก 1 รายยังไม่ได้ประกอบกิจกรรมใด ๆ แต่ใช้เวลาอยู่กับครอบครัวและดูแลบุตรหลาน (วรรณวีร์ บุญคุ้ม, 2557)

จากการศึกษาวิถีชีวิตของผู้สูงอายุหญิงที่เลี้ยงหลานในเขตชนบทภาคเหนือ (สุธรรม นันทมงคลชัย และคณะ, 2554) พบว่า จังหวัดแพร่และจังหวัดอุดรธานี เป็นจังหวัดที่มีวัยแรงงานย้ายถิ่นเข้ามาทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลสูงเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่น ๆ ในภาคเหนือ ซึ่งการย้ายถิ่นของประชากรวัยแรงงานเป็นการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้เกิดการดำรงชีวิตอยู่ได้ในสังคมสมัยใหม่ และหากผู้ย้ายถิ่นมีสถานภาพเป็นบิดามารดา ก็จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทิ้งบุตรไว้กับปู่ย่าตายายที่บ้าน ผลที่ตามคือผู้สูงอายุที่เป็นปู่ย่า ตายายซึ่งโดยมากมักเป็นยาย ที่ต้องรับภาระในการดูแลหลานทั้งในเรื่องการกิน การอยู่ รวมถึงการอบรมสั่งสอนเด็ก เมื่อผู้สูงอายุต้องทำหน้าที่ในการดูแลหลาน ดูแลครอบครัว รวมถึงดูแลสุขภาพตนเองด้วยอาจทำให้เกิดปัญหาในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการดูแลเด็ก ปัญหาการอบรมสั่งสอน และปัญหาการดูแลสุขภาพตนเองซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตได้

กล่าวโดยสรุปคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในชนบทส่วนใหญ่มีภาวะชรา หรือไม่ต้องการทำงาน อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีแนวโน้มลดลง จึงส่งผลให้เกิดการว่างงานในผู้สูงอายุ ประกอบกับมีวัยแรงงานย้ายถิ่นเข้ามาทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลสูง ซึ่งพบว่าจังหวัดอุดรดิตถ์เป็นจังหวัดที่มีวัยแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลสูงเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่น ๆ ในภาคเหนือ จึงส่งผลให้บิดามารดาของเด็กจำเป็นต้องทิ้งบุตรไว้กับปู่ย่าตายายที่บ้าน

สถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์

ผู้สูงอายุในกลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง (พิษณุโลก เพชรบูรณ์ ตาก สุโขทัย และอุดรดิตถ์) โดยจังหวัดอุดรดิตถ์ มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดถึง ร้อยละ 21.05 ของประชากรจังหวัด โดยรองลงมาคือ จังหวัดสุโขทัย คิดเป็นร้อยละ 20.0 จังหวัดพิษณุโลก คิดเป็นร้อยละ 18.5 จังหวัดเพชรบูรณ์ คิดเป็นร้อยละ 17.9 และจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุน้อยที่สุดคือ จังหวัดตาก คิดเป็นร้อยละ 11.5 ของประชากรทั้งหมดในจังหวัด (สำนักงานสถิติจังหวัดอุดรดิตถ์, 2563)



ภาพ 2 แผนที่แสดงร้อยละของแสดงร้อยละผู้สูงอายุในกลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง

ที่มา: สำนักงานสถิติจังหวัดอุดรดิตถ์ ข้อมูล ณ กันยายน 2563

จังหวัดอุดรดิตถ์ มีร้อยละของประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 2 มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 95,380 คน คิดเป็น 21.05 ของประชากรทั้งหมดของจังหวัด แบ่งเป็นเพศชาย 42,818 คน คิดเป็นร้อยละ 44.89 ของประชากรผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์ และเพศหญิง 52,562 คน คิดเป็นร้อยละ 55.11 ของประชากรผู้สูงอายุของจังหวัดอุดรดิตถ์ โดยประชากรผู้สูงอายุ

มากที่สุดคือช่วงวัย 60-69 ปี จำนวน 54,417 คน คิดเป็นร้อยละ 57.05 ซึ่งเกินครึ่งของวัยผู้สูงอายุทั้งจังหวัด ผู้สูงอายุช่วงวัย 70-79 ปี จำนวน 26,850 คน คิดเป็นร้อยละ 28.15 ผู้สูงอายุช่วงวัย 80-89 ปี จำนวน 12,186 คน คิดเป็นร้อยละ 12.78 ผู้สูงอายุช่วงวัย 90-99 ปี จำนวน 1,833 คน คิดเป็นร้อยละ 1.92 และผู้สูงอายุ 100 ปีขึ้นไป จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 0.10 ของประชากรผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์ โดยอำเภอที่มีผู้สูงอายุมากที่สุด คือ อำเภอปากท่า จำนวน 3,428 คน คิดเป็นร้อยละ 24.05 รองลงมาเป็นอำเภอลับแล ตรอน พิชัย น้ำปาด เมืองอุดรดิตถ์ ทองแสนขัน ท่าปลา และบ้านโคก ร้อยละ 23.46, 22.39, 21.49, 21.33, 20.76, 19.93, 18.50 และ 15.89 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติจังหวัดอุดรดิตถ์, 2563)

ตาราง 1 แสดงสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์

อำเภอ	จำนวน	ประชากร	สัดส่วนของประชากรรายอำเภอ
ปากท่า	3,428	14,255	24.05
ลับแล	12,903	54,993	23.46
ตรอน	7,607	33,971	22.39
พิชัย	16,277	75,730	21.49
น้ำปาด	7,787	36,500	21.33
เมืองอุดรดิตถ์	30,688	147,841	20.76
ทองแสนขัน	6,316	31,684	19.93
ท่าปลา	8,061	43,575	18.50
บ้านโคก	2,313	14,554	15.89
รวม	95,380	453,103	21.05

ที่มา: สำนักงานสถิติจังหวัดอุดรดิตถ์ ข้อมูล ณ กันยายน 2563

จากการสำรวจและจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามการทำกิจกรรมประจำวันของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า กลุ่มที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองและช่วยเหลือคนอื่นได้ ร้อยละ 98.05 กลุ่มที่ 2 ช่วยเหลือตัวเองได้แต่ช่วยคนอื่นไม่ได้ ร้อยละ 1.55 และกลุ่มที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ร้อยละ 0.40 (สำนักงานสถิติจังหวัดอุดรดิตถ์, 2563)

ตาราง 2 แสดงจำนวนผู้สูงอายุแบ่งกลุ่มตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จังหวัดอุดรดิตถ์

อำเภอ	จำนวนผู้สูงอายุ			จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง				
	ทั้งหมด	คัดกรอง	ติดสังคม	ร้อยละ	ติดบ้าน	ร้อยละ	ติดเตียง	ร้อยละ
เมืองอุดรดิตถ์	27,235	24,651	24,152	97.98	420	1.70	79	0.32
ตรอน	6,650	6,331	6,246	98.66	53	0.84	32	0.51
ท่าปลา	7,363	5,881	5,789	98.44	72	1.22	20	0.34
น้ำปาด	7,226	5,891	5,828	98.93	46	0.78	17	0.29
พากท่า	3,145	2,239	2,201	98.30	31	1.38	7	0.31
บ้านโคก	2,117	1,877	1,825	97.23	48	2.56	4	0.21
พิชัย	14,142	12,709	12,464	98.07	169	1.33	76	0.60
ลับแล	11,911	11,367	11,121	97.84	208	1.83	38	0.33
ทองแสนขัน	5,843	4,923	4,767	96.83	126	2.56	30	0.61
รวม	85,632	75,869	74,393	98.05	1,173	1.55	303	0.40

ที่มา: คลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ ข้อมูล ณ กันยายน 2563

จังหวัดอุดรดิตถ์ มีจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จำนวน 88,743 คน คิดเป็นร้อยละ 93.04 ของจำนวนผู้สูงอายุที่มีอยู่ทั้งจังหวัด มีจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุมากที่สุด ในช่วงอายุ 60 -69 ปี จำนวน 52,438 คน คิดเป็นร้อยละ 59.08 รองลงมาคือช่วงอายุ 70-79 ปี จำนวน 23,823 คน คิดเป็นร้อยละ 26.84 ช่วงอายุ 80-89 ปี จำนวน 11,044 คน คิดเป็นร้อยละ 12.44 และช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไป จำนวน 1,438 คน คิดเป็นร้อยละ 1.62 รวมทั้งจัดอันดับอำเภอที่ได้รับเบี้ยผู้สูงอายุที่ได้มากที่สุดคือ อำเภอเมือง อุดรดิตถ์ อำเภอพิชัย และอำเภอลับแล ตามลำดับ

ตาราง 3 แสดงจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์

อำเภอ	ช่วงอายุ				รวม	ร้อยละ
	60-69 ปี	70-79 ปี	80-89 ปี	90 ปีขึ้นไป		
เมืองอุดรดิตถ์	15,478	7,085	3,313	446	26,322	29.66
ตรอน	4,320	1,979	977	104	7,380	8.32
ลับแล	9,562	4,104	1,904	228	15,798	17.80
พิชัย	6,888	3,240	1,567	198	11,893	13.40
บ้านโคก	1,259	566	234	37	2,096	2.36
ทองแสนขัน	3,849	1,607	674	76	6,206	6.99
พากทำ	1,896	982	408	47	3,333	3.76
น้ำปาด	3,992	1,961	881	132	6,966	7.85
ท่าปลา	5,194	2,299	1,086	170	8,749	9.86
รวม	52,438	23,823	11,044	1,438	88,743	100.00

ที่มา: สำนักงานส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดอุดรดิตถ์ ข้อมูล ณ กรกฎาคม 2563

จังหวัดอุดรดิตถ์ มีการเตรียมรับมือกับสังคมผู้สูงอายุ โดยให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพทั้งกาย ใจและการกินอยู่ หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องในการจัดการส่งเสริมการทำอาชีพและกิจกรรมทางสังคม การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้มีความเหมาะสม และเป็นการปรับตัวในการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ เพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ โดยมีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ในทุกอำเภอ รวม 27 แห่ง ดังนี้

ตาราง 4 แสดงจำนวนศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์

อำเภอ	จำนวน (แห่ง)	ตำบลที่จัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตฯ
เมืองอุดรดิตถ์	4	ท่าเสา, ชุนฝาง, คิ่งตะเกา, บ้านดำนนาขาม
ตรอน	3	น้ำอ่าง, หาดสองแคว, ข่อยสูง
ลับแล	6	แม่พูล, ไผ่ล้อม, พระเสด็จ, ทุ่งยั้ง, หัวดง, ชัยจุมพล
พิชัย	3	ท่าสัก, บ้านดารา, บ้านหม้อ
บ้านโคก	2	บ่อเปี้ย, นาขุม
ทองแสนขัน	3	ป่าคาย, ทองแสนขัน, น้ำพี
ฟากท่า	1	สองห้อง
น้ำปาด	2	น้ำไคร้, แสนตอ
ท่าปลา	3	หาดล้า, น้ำหมัน, ท่าปลา
รวม	27	

ที่มา: สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรดิตถ์ ข้อมูล ณ สิงหาคม 2563

โดยสรุป จากสถานการณ์ผู้สูงอายุในกลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง พบว่า จังหวัดอุดรดิตถ์ มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดถึง ร้อยละ 21.05 ของประชากรจังหวัด โดยประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดคือช่วงวัย 60-69 ปี จำนวน 54,417 คน คิดเป็นร้อยละ 57.05 อำเภอที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดคือ อำเภอฟากท่า จำนวน 3,428 คน คิดเป็นร้อยละ 24.05 รองลงมาเป็นอำเภอลับแล ตรอน พิชัย น้ำปาด เมืองอุดรดิตถ์ ทองแสนขัน ท่าปลา และบ้านโคก ร้อยละ 23.46, 22.39, 21.49, 21.33, 20.76, 19.93, 18.50 และ 15.89 ตามลำดับ และจากการสำรวจและจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามการทำกิจกรรมประจำวันของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตัวเองและช่วยเหลือคนอื่นได้ (กลุ่มติดสังคม)

แนวคิดเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดู

1. ความหมายของการอบรมเลี้ยงดู

การที่ได้จะมีพัฒนาการที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ครอบครัวนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อพัฒนาการของเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีการที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองอบรมเลี้ยงดูเด็ก ซึ่งมีอิทธิพลต่อแบบแผนพฤติกรรมของเด็กในปัจจุบันและศักยภาพของเด็กในอนาคต ได้มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของการอบรมเลี้ยงดู ดังนี้

Ebersole & Hess (1998) ให้ความหมายของการอบรมเลี้ยงดู หมายถึง หน้าที่การจัดการและดูแล โดยเป็นการจัด เตรียมทุกอย่างที่ครอบครัวต้องการ และดูแลกิจกรรมต่าง ๆ ของหลาน เช่น การรับประทานอาหาร การ อาบน้ำ การนอน การเล่น รวมถึงการอบรมสั่งสอน หน้าที่ให้ความรัก ความอบอุ่น ปลอดภัยเวลา มี ปัญหา และหน้าที่ในการให้คำปรึกษาครอบครัวในการเลี้ยงดูบุตร

พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, ชีระพร อุวรรณโณ, เพ็ญพิไล ฤทธาคนานนท์, และพรรณระพี สุทธิวรรณ (2545) ให้ความหมายของการอบรมเลี้ยงดู หมายถึง การดูแลและครอบคลุมกิจกรรม 2 ด้าน คือ 1) การดูแลด้านร่างกาย ประกอบด้วย การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การหลับนอน การเล่น การดูแลเรื่องเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม ดูแลความปลอดภัย และการดูแลเมื่อมีความเจ็บป่วย 2) การดูแลด้านจิตใจ ประกอบด้วย การอบรมสั่งสอน และการให้ความรักความอบอุ่น

คันธรส ภาผล (2563) ให้ความหมายของการอบรมเลี้ยงดู หมายถึง การป้องกันอันตราย/อุบัติเหตุ การดูแลสุขภาพทั้งในเวลาปกติและในเวลาเจ็บป่วย การส่งเสริมพัฒนาการทางด้านจิตใจ/อารมณ์ การอบรมคุณธรรมจริยธรรม การส่งเสริมพัฒนาการทางด้านสติปัญญา การให้การอบรมสั่งสอนและส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็ก การจัดสถานที่สำหรับเลี้ยงเด็ก การฝึกการช่วยตัวเอง การส่งเสริมความรับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัว และการถ่ายทอดปรัชญาในชีวิต

รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ (2563) ให้ความหมายของการอบรมเลี้ยงดู หมายถึง การให้ความรัก ความเอื้ออาทร ความช่วยเหลือเกื้อกูล พร้อมทั้งปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรม ค่านิยม และถ่ายทอดวัฒนธรรมของสังคม

กล่าวโดยสรุป การอบรมเลี้ยงดู หมายถึง การที่บิดามารดา หรือผู้ปกครอง ปฏิบัติต่อเด็กทั้งทางวาจาและการกระทำโดยการให้ความรัก ความเอาใจใส่ ให้ความช่วยเหลือคุ้มครอง สนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพ และการส่งเสริมพัฒนาการ เป็นต้น ตลอดจนให้การอบรมกล่อมเกลาพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้เด็กได้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

2. ความสำคัญของการอบรมเลี้ยงดู

การอบรมเลี้ยงดูมีความสำคัญมากในแต่ละช่วงวัยของชีวิตโดยเฉพาะในวัยเด็ก นักจิตวิทยาและนักการศึกษาหลายท่านได้เน้นความสำคัญของการอบรมเลี้ยงดูโดยบิดามารดา หรือผู้ปกครองว่ามีความสำคัญต่อพัฒนาการของบุตร เป็นกระบวนการที่หล่อหลอมพฤติกรรมตั้งแต่วัยเด็กจนเป็นบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ๆ สอดคล้องกับคำกล่าวโบราณที่ว่า “รักวัวให้ผูก...รักลูกให้ตี” จะเห็นได้ว่า การเลียนแบบจากตัวแบบนี้ สามารถถ่ายทอดลงสู่พฤติกรรมและความคิด ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาบุคลิกภาพของผู้เลียนแบบได้ (Bandura, 1986) โดยเฉพาะการอบรมเลี้ยงดูเด็กในช่วงปฐมวัย เป็นรากฐานของการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่สมบูรณ์ในอนาคต (คันธรส ภาผล, 2563) ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจหลักสำคัญในการอบรมเลี้ยงดูให้มีคุณภาพ คือ การใช้วิธีการที่เหมาะสม เช่น มีการรับรู้ไวเกี่ยวกับตัวเด็ก รับฟังความคิดเห็นต่าง ๆ ของเด็ก ให้เด็กมีบทบาทในการตัดสินใจ ร่วมกับครอบครัวให้เด็กได้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ตอบสนองเด็กด้วยความรัก (อภิสิทธิ์ ลีเลิศ และวรวรรณ เหมชะญาติ, 2563) เป็นปัจจัยสำคัญที่จะสามารถยกระดับด้านคุณธรรม ความมีระเบียบวินัย ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ การเสียสละและเห็นผลประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตน จะกระทำได้โดยผ่านกระบวนการของรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูและความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับครอบครัวทั้งสิ้น (พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุษย์ และคณะ, 2545) นอกจากนี้กล่าวได้ว่า ครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและพัฒนาการของเด็กโดยตรงเพราะการเลี้ยงดูของครอบครัวจะเป็นตัวกำหนดและวางรากฐานบุคลิกภาพและอุปนิสัยให้กับเด็กไปตลอดชีวิต ดังนั้นรูปแบบของการอบรมเลี้ยงดูที่ดีย่อมส่งผลดีต่อพฤติกรรมของเด็กเมื่อเติบโตขึ้น (ขวัญชนก เกสรบัว, 2561)

3. รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู

การอบรมเลี้ยงดูสามารถแบ่งออกได้เป็นหลายรูปแบบตามลักษณะและการปฏิบัติต่อเด็ก ในที่นี้ผู้วิจัยได้ศึกษาการแบ่งรูปแบบของการอบรมเลี้ยงดูได้ดังนี้

Baumrind (1971) ได้สร้างแนวคิดทฤษฎีจากการสังเกต การมีปฏิสัมพันธ์ของพ่อแม่หรือผู้ปกครองกับเด็กปฐมวัย สามารถแบ่งองค์ประกอบพฤติกรรมของผู้ปกครองออกเป็นสองมิติ คือ มิติด้านการควบคุมหรือเรียกร้องจากผู้ปกครอง และมิติด้านการตอบสนองของผู้ปกครอง จากนั้นได้ผสมผสานทั้งสองมิติของผู้ปกครองและได้ทำการจัดรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองออกเป็น 4 รูปแบบ คือ

1. การอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ หรือการอบรมเลี้ยงดูอย่างเหมาะสมและเลี้ยงดูตามพัฒนาการของเด็กโดยที่ผู้ปกครองอนุญาตให้เด็กมีอิสระตามวุฒิภาวะและพัฒนาการของเด็ก แต่ผู้ปกครองต้องกำหนดกฎระเบียบขอบเขตหรือพฤติกรรมของเด็ก และกำหนดให้เด็กเชื่อฟังและปฏิบัติตามที่ผู้ปกครองกำหนดไว้ ผู้ปกครองต้องแสดงความรัก ความเข้าใจเอาใจใส่ และให้ความอบอุ่นต่อเด็ก พร้อมทั้งยอมรับฟังความคิดเห็น สนับสนุนให้เด็กมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมของครอบครัว

หรือการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ให้ความเสมอภาค ยอมรับและให้สิทธิเท่าเทียมกัน มีความเป็นประชาธิปไตย มีการอธิบายให้เหตุผลแก่เด็กเพื่อให้ปฏิบัติตาม การลงโทษเด็กกระทำเมื่อจำเป็นและมีเหตุผลโดยไม่ยึดเหตุผลตนเองเป็นหลัก แต่ยึดข้อตกลงร่วมกัน ผู้ปกครองปรับรูปแบบในการอบรมเลี้ยงดูและมาตรฐานในการแสดงออกต่อเด็กอย่างชัดเจน มีความยืดหยุ่นตามความเหมาะสม

2. การอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุม คือ การอบรมเลี้ยงดูที่ผู้ปกครองมีความเข้มงวดสูง มีกฎระเบียบที่เคร่งครัดแต่ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของเด็กโดยสิ้นเชิง มีการวางกฎระเบียบเพื่อให้เด็กปฏิบัติโดยไม่ให้เหตุผลประกอบ เด็กต้องยอมรับในการตัดสินใจของผู้ปกครอง เชื่อคำพูดของผู้ปกครองโดยไม่มีข้อโต้แย้ง การลงโทษเด็กกระทำต่อเมื่อเด็กไม่ปฏิบัติตามในสิ่งที่ผู้ปกครองคาดหวังไว้ มีการใช้อำนาจโดยวิธีบังคับ ผู้ปกครองไม่ใคร่สนใจความรู้สึกและปฏิเสศความคิดเห็นของเด็ก

3. การอบรมเลี้ยงดูแบบตามใจ คือ การอบรมเลี้ยงดูเด็กที่ผู้ปกครองปล่อยให้เด็กทำในสิ่งต่าง ๆ ตามความต้องการของเด็ก โดยไม่มีการกำหนดกฎระเบียบหรือขอบเขต ไม่เรียกร้องอะไรจากตัวเด็กหรือควบคุมพฤติกรรมของเด็ก เด็กสามารถแสดงออกทั้งทางพฤติกรรมและความรู้สึกและอารมณ์ได้อย่างเปิดเผย ผู้ปกครองสามารถให้คำปรึกษาหรือพยายามใช้เหตุผลกับเด็ก แต่ไม่มีอำนาจในการควบคุมพฤติกรรมของเด็ก ใช้การลงโทษน้อย ผู้ปกครองให้ความรักความอบอุ่นตามสนองตอบความต้องการของเด็กเสมอ รวมทั้งให้โอกาสเด็กแสดงความคิดเห็นหรือมีส่วนร่วมในกฎระเบียบของครอบครัว

4. การอบรมเลี้ยงดูแบบทอดทิ้ง คือ การอบรมเลี้ยงดูที่ไม่สนใจปล่อยปะละเลยหรือไม่ตอบสนองความต้องการของเด็ก ให้การดูแลเอาใจใส่ต่อเด็กน้อยมาก สาเหตุมาจากผู้ปกครองปฏิเสธเด็กตั้งแต่แรก หรือหมกมุ่นอยู่กับปัญหาสถานะแวดล้อมสิ่งต่าง ๆ รอบตัวและความกดดันในชีวิตประจำวันจนไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่ ผู้ปกครองในกลุ่มนี้ไม่สนใจเด็กพอ ๆ กับการไม่เรียกร้องหรือวางมาตรฐานกฎระเบียบหรือการกำหนดพฤติกรรมต่าง ๆ ให้เด็กได้ปฏิบัติ

พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์ และคณะ (2545) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูตามแนวคิดของที่ใช้รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของ Baumrind (1971) และพบว่า รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ทุกพฤติกรรมทางบวก คือ การอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ ซึ่งเป็นรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่ส่งผลต่อการพัฒนาประชากรที่ดีที่สุดสำหรับการพัฒนาประเทศมากที่สุด

เจนเดร์ค (Jendrek, 1993) ได้กล่าวไว้ว่ารูปแบบของการเลี้ยงดู มี 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่ดูแลปกป้องทุกด้าน (custodial grandparent) โดยหลานจะอยู่กับผู้สูงอายุตลอดเวลา ทั้งนี้เพราะครอบครัวหลานมีปัญหารุนแรง จนกระทั่งผู้สูงอายุต้อง รับมาดูแล จะพบได้ใน 2 ลักษณะคือ หลานอยู่กับผู้สูงอายุตามลำพังหรือผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัวของ หลาน ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จะดูแลหลานทุกเรื่องเสมือนบิดามารดา

2. กลุ่มที่อยู่กับหลาน (living with grandparent) หมายถึง ผู้สูงอายุอยู่กับหลาน และ บิดามารดาของหลาน

3. กลุ่มที่ดูแลเด็กเฉพาะกลาง วัน (day care grandparent) โดยบิดามารดานำหลาน มาฝากเมื่อต้องออกไปทำงาน และเมื่อกลับจาก ทำงานก็รับเด็กไป

กล่าวโดยสรุปคือ รูปแบบของการอบรมเลี้ยงดูจะเห็นได้ว่าการแบ่งประเภทของการ อบรมเลี้ยงดูที่แตกต่างกัน และมีบางส่วนที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งพบว่ารูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของบิดา มารดา หรือผู้ปกครองโดยทั่วไปไม่ได้ใช้เพียงรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งเท่านั้นแต่ได้มีการผสมผสานใน หลายรูปแบบเข้าด้วยกันโดยอาจมีรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ในการอบรมเลี้ยงดูมากกว่า รูปแบบอื่น ๆ

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่มีการเลี้ยงดูหลานในรูปแบบผสมผสาน คือ เป็นผู้ดูแลหลักในการเลี้ยงดูหลาน มีระยะเวลาในการดูแลมากกว่าผู้เป็นบิดามารดา โดยผู้สูงอายุไทย จะมีการดูแลแบบให้ความรัก ความเอาใจใส่ ให้ความช่วยเหลือคุ้มครอง สนองความต้องการทั้ง ทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพ และการส่งเสริมพัฒนาการ เป็นต้น ตลอดจนให้การอบรมกล่อมเกลาพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้เด็กได้ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

ผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน

1. วิถีชีวิตของผู้สูงอายุไทย

วิถีชีวิต หรือการดำเนินชีวิต นับว่ามีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุวิถีชีวิตเป็น สิ่งกำหนดความอยู่ดีมีสุขของบุคคล วิถีชีวิตเช่นเดียวกับสุขภาพแบบองค์รวม ประกอบด้วยมิติด้าน บุคคล และมิติทั่วไป มิติด้านบุคคล ครอบคลุม สุขภาพด้านร่างกาย จิตและอารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ ในขณะที่มิติทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของบุคคล ครอบคลุม สังคมพื้นฐาน ที่อยู่ อาศัย สภาพแวดล้อม ที่ถูกสุขลักษณะ การส่งเสริมคุณภาพชีวิต การมีสุขภาพที่ดี การมีรายได้ที่ พอเพียง และ สิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่วิถีชีวิตของบุคคล เช่น การจัดการขยะมูล ฝอย การมีมลพิษในชุมชน (นิตยา ศรีจันทร์ และอัญชลี จันทาโก, 2563)

2. สาเหตุ และความจำเป็นในการเลี้ยงดูหลาน

การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ค่านิยม ความคิด พฤติกรรม และวิถีชีวิตของบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะรูปแบบของการอยู่อาศัยมีหลากหลายมาก ขึ้น โดยหนึ่งในรูปแบบการอยู่อาศัยในครอบครัวที่เกิดขึ้นใหม่คือ ครัวเรือนข้ามรุ่นที่มีเฉพาะ ปู่ย่า/ ตายาย อยู่กับหลานในวัยเด็ก การอยู่อาศัยในครอบครัวรูปแบบใหม่นี้ มีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นมากใน ปัจจุบัน (ชาย โพธิ์สีดา, 2552) โดยพบว่า รูปแบบของการอยู่อาศัยในลักษณะดังกล่าวได้เพิ่มขึ้นจาก

เดิม ในปี 2546 ร้อยละ 2.7 ปี 2550 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.1 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) และในปี 2553 เพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 5.5 (วิวรรณ คาลัย, 2560) ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากสภาวะการทางเศรษฐกิจและปัญหาสังคมในปัจจุบัน เช่น ปัญหาความยากจน ปัญหาครอบครัวแตกแยก การมีบุตรเพิ่มขึ้น ปัญหายาเสพติด รวมถึงการย้ายถิ่นของแรงงานวัยหนุ่มสาวเพื่อประกอบอาชีพในเขตพื้นที่ที่มีความเจริญ ทำให้สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ต้องอยู่เพียงลำพัง แรงงานดังกล่าวเมื่อมีครอบครัวและมีบุตรโดยยังไม่มีความพร้อม ประกอบกับภาวะค่าครองชีพที่สูงก็จะส่งบุตรไปให้ปู่ย่า ตายายช่วยเหลือ จึงเป็นที่คาดการณ์กันว่า รูปแบบของครัวเรือนข้ามรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (กระทรวงการพัฒนาและความมั่นคงของมนุษย์, 2548) เมื่อพ่อ/แม่เด็ก ต้องย้ายถิ่นไปทำงานต่างถิ่น เพื่อให้มีรายได้มาจุนเจือครอบครัว โดยทำให้ผู้สูงอายุต้องรับภาระในการเลี้ยงดูลูกของตนเอง ประกอบกับคนไทยในปัจจุบันมีค่านิยมให้ผู้สูงอายุเป็นผู้เลี้ยงดูหลาน เพราะผู้สูงอายุเปรียบเสมือนผู้ที่มีประสบการณ์จำนวนมาก และผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ผ่านการเลี้ยงดูมาก่อนทำให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่สามารถพึ่งพาหรือปรึกษาในการเลี้ยงดูบุตรได้ (พิทักษ์ ศิริวงศ์ และนริศรา แก้วทิพย์, 2560) ดังนั้น ย่า/ยาย จึงเป็นบุคคลที่สำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะเป็นผู้ที่ได้รับความไว้วางใจในการทำบทบาทแทนพ่อ/แม่ในการเลี้ยงดูหลานของตนเอง (ชนินทร์ จารุจันทร์, 2541)

ในปัจจุบันครัวเรือนที่อาศัยอยู่ส่วนใหญ่มีแต่เด็กกับผู้สูงอายุในครอบครัวมีเพียงปู่ย่า ตายายและหลาน ไม่มีวัยที่เป็นพ่อ/แม่อาศัยอยู่ในครอบครัวด้วยเลย เรียกว่า ครอบครัวห่วงกลาง เนื่องจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภูมิภาคที่มีอัตราการย้ายถิ่นร้อยละ 1.2 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งครอบครัวลักษณะนี้สัดส่วนสูงถึงร้อยละ 5.5 ในปี พ.ศ. 2553 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) เหตุเพราะบิดามารดาของเด็กต้องย้ายไปทำงานต่างถิ่น จึงทำให้ภาระในการเลี้ยงดูตกเป็นภาระของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือเป็นกลุ่มหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากการย้ายถิ่นของวัยแรงงาน เพื่อเข้ามาทำงานในเขตเมือง โดยมอบภาระการดูแลบุตรหลานให้กับผู้สูงอายุซึ่งมักเป็นย่า ยายในการเลี้ยงดู ดังจะเห็นได้จากการสำรวจเรื่องการย้ายถิ่นของสถาบันวิจัยประชากรและสังคมและสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่พบว่า ผู้ย้ายถิ่นเข้าสู่กรุงเทพมหานครและปริมณฑลส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ (สุธรรม นันทมงคลชัย และคณะ, 2554)

3. บทบาทเป็นผู้เลี้ยงดูหลานแทนพ่อ/แม่ ของย่า/ยาย

ข้อมูลจากองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทยเผยว่า เด็กที่ไม่ได้อยู่กับพ่อ/แม่ในประเทศไทย พบว่ามีอัตราที่สูงมากถึงร้อยละ 21 โดยการช่วยเหลือเลี้ยงดูหลานจะพบเห็นได้ทั้งในเขตเมืองและชนบท (จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, ยุพิน อังสุโรจน์, และ Ingersoll, 2544) ประกอบกับปัจจุบันบิดามารดาที่อยู่ในวัย แรงงานต้องรับภาระในการหาเงินเลี้ยงครอบครัวทั้งหมด ผู้สูงอายุจึงต้องรับภาระเลี้ยงดูหลาน ในกรณีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน กิจกรรมการเลี้ยงดูหลานที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในฐานะที่อยู่ในบ้านเดียวกับบุตรหลาน จึงถือเป็นบทบาทหนึ่งในการช่วยเหลือเกื้อหนุนกันในครอบครัว (จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย และคณะ, 2544) แต่บทบาทการเลี้ยงดูหลานของผู้สูงอายุในปัจจุบันจะแตกต่างจากอดีตที่เคยเป็นเพียงผู้ให้การปรึกษาและคอยช่วยเหลือมาเป็นผู้รับผิดชอบดูแลหลานแทนบิดามารดา (สมณี พิจิตรศิริ, 2540)

สำหรับสังคมไทยไม่มีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในการเลี้ยงดูหลานของผู้สูงอายุ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุจะดูแลหลานในเรื่อง การเตรียมของใช้และอาหาร เช่น การเตรียมขนม เตรียมเสื้อผ้า เตรียมอาหารและนมในแต่ละมื้อ พาหลานเดินเล่นออกกำลังกาย ดูแลเรื่องความปลอดภัย ต่อสุขภาพ แม้กระทั่งต้องนอนกับหลานในกรณีที่บิดามารดาหลานไปทำงานต่างจังหวัด เป็นต้น จึงพอสรุปได้ว่า กิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลหลานของผู้สูงอายุจะครอบคลุมกิจกรรม 2 ด้าน คือ 1) การดูแลด้านร่างกาย ประกอบด้วย การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การหลับนอน การเล่น การดูแลเรื่องเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม ดูแลความปลอดภัย และการดูแลเมื่อมีความเจ็บป่วย 2) การดูแลด้านจิตใจ ประกอบด้วย การอบรมสั่งสอน และการให้ความรักความอบอุ่น ซึ่งกิจกรรมการดูแลหลานเหล่านี้สอดคล้องกับความต้องการของเด็กโดยเฉพาะวัยแรกเกิด – 5 ปี ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญของชีวิตที่ต้องการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด เพราะเด็กวัยนี้ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองมีน้อย ยังมีพัฒนาการของร่างกาย จิตใจที่ต้องได้รับการดูแล (Potts & Mandlaco, 2001 อ้างอิงใน พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2544)

4. ผลกระทบจากการเลี้ยงดูหลานของผู้สูงอายุ

ภาระการเลี้ยงดูหลานของผู้สูงอายุที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุทั้งในแง่บวกและแง่ลบ ด้านบวกคือ การเลี้ยงดูบุตรหลานเป็นการเกื้อหนุนแบบหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความสุขทางใจของผู้สูงอายุ ซึ่งหากเป็นหลานที่ยังเล็ก ๆ ตัวผู้สูงอายุก็ต้องดูแลในกิจวัตรประจำวัน การเลี้ยงหลานในลักษณะนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขทางใจ เกิดความสนุกสนาน สดชื่น ไม่เหงาแต่ในขณะเดียวกันก็ยังมีผู้สูงอายุอีกส่วนหนึ่งที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูหลานไปในทางลบว่า การเลี้ยงดูหลานทำให้ไม่มีเวลาส่วนตัว บางครั้งทำให้เกิดความรู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ (วนิพพล มหาอา, 2551) หากผู้สูงอายุเป็นผู้ดูแลหลักเลี้ยงดูหลาน อาจทำให้มีความเครียดในระดับสูง มีสภาวะสุขภาพจิตไม่ดี (ศุกรี ศิริบุรณ, 2542) ส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้า (ดวงหทัย ยอดทอง,

วรรณมา คงสุริยะนาวิน, อทิตยา พรชัยเกตุ, โอว ยอง, และอัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, 2557) อีกทั้งความรู้สึกของปู่ย่า/ตายายต่อบทบาทเป็นผู้ดูแลหลาน ปู่ย่า/ตายาย บางคนมีความรู้สึกว่าการเลี้ยงดูหลานเป็นภาระ เนื่องจากเชื่อว่าภาระที่ต้องเลี้ยงหลาน ทำให้ตนเองมีความยากลำบากมากกว่าเดิม ส่วนหนึ่งเพราะมีรายได้ไม่เพียงพอที่จะเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับเลี้ยงดูหลาน บางคนมีปัญหาทางด้านสุขภาพ การเลี้ยงดูหลานนั้นทำให้ตนเองไม่สามารถไปไหนมาไหนได้เหมือนคนอื่น (กาญจนา เทียนลาย และวรรณณี หุตะแพทย์, 2558)

นอกจากนี้การศึกษาในต่างประเทศพบว่าปู่ย่าตายายที่เลี้ยงหลานโดยลำพังส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางจิตใจ (Musil, Jeanblanc, Burant, Zauszniewski, & Warner, 2013) ปู่ย่าตายายที่เลี้ยงหลานในครอบครัวข้ามรุ่นมีความเครียด วิตกกังวล และมีอาการซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เลี้ยงดูหลาน การเลี้ยงหลานทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่ทรุดโทรมลง อีกทั้งการมีภาระด้านค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ปู่ย่าตายายต้องเปลี่ยนแนวทางการดำเนินชีวิตไปจากที่คาดหวัง ขาดความเป็นอิสระ สูญเสียแผนที่เคยวางไว้สำหรับอนาคต อีกทั้งผู้สูงอายุและเด็กนั้น เป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลทั้งคู่ ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายที่ทรุดโทรมตามวัยและหลานในวัยเด็กก็มีความต้องการการดูแล ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุและเด็กต้องมาอยู่ด้วยกันโดยลำพังถือว่ามีความเสี่ยงและมีความสำคัญอย่างมาก (เกิดสิริ หงษ์ไทย และดารุณี จงอุดมการณ์, 2563)ซึ่งหากผู้สูงอายุต้องแบกรับภาระในการเลี้ยงหลาน จะส่งผลกระทบดังต่อไปนี้ (เกิดสิริ หงษ์ไทย และดารุณี จงอุดมการณ์, 2563)

1. ปากกัดตีนถีบ: ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีฐานะยากจน และขาดการสนับสนุนจากบุตร อีกทั้งการเลี้ยงหลานทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ทำให้มีปัญหาทางการเงิน จึงต้องกู้หนี้ยืมสิน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตในการเลี้ยงหลานจึงต้องดิ้นรนทำงานเพื่อหารายได้มาเลี้ยงหลาน แม้ว่าจะไม่มีคนช่วยเลี้ยงหลานผู้สูงอายุก็ยังคงมีความพยายามอย่างเต็มที่ โดยต้องเลี้ยงหลานไปด้วยทำงานไปด้วย ซึ่งเป็นภาระที่หนักมาก แต่อย่างน้อยก็มีหลานอยู่ใกล้ๆ และได้ดูแลไม่ต้องเป็นห่วง ในทางตรงกันข้ามครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีบุตรคอยช่วยเหลือด้านการเงิน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงไม่จำเป็นต้องออกไปทำงานหารายได้ ทำให้สามารถเลี้ยงหลานที่บ้านได้อย่างเต็มที่ และภาระลดลง

2. หัวไม่วาง หางไม่เว้น: ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับหลานโดยลำพัง และหากต้องเลี้ยงหลานในวัยเด็กเล็กที่กำลังหัดเดินจะทำให้เหนื่อยมากขึ้น เพราะต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องใช้ทั้งแรงกายแรงใจในการดูแล เผื่อระวังความปลอดภัยของหลานตลอดเวลา ทำให้มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย อีกทั้งสภาพร่างกายที่เสื่อมลงตามวัย ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เช่น หกล้มจนกระดูกหัก รวมทั้งมีความวิตกกังวลและเครียดเกรงว่าจะได้รับอันตรายและบุตรจะต่อว่า ผู้สูงอายุกู้ว่าการเลี้ยงหลานในวัยเด็กเล็กนั้นเลี้ยงยากและเหนื่อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับวัยอื่น ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อยู่เป็น

คุณนั้นยังมีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระ สลับเปลี่ยนเวลาในการเลี้ยงหลานทำให้มีเวลาพักผ่อนมากขึ้นจึงรับรู้ว่าเป็นภาระหนัก ส่วนในผู้สูงอายุตอนปลายและมีโรคประจำตัวจะมีความเหนื่อยยากเป็นพิเศษ

3. อดตาหลับขับตานอน: ผู้สูงอายุที่เลี้ยงหลานในวัยทารก ต้องตื่นกลางดึกเพื่อชงนม เปลี่ยนผ้าอ้อมให้หลาน ทำให้มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ บางคนต้องรับประทานยาเพื่อให้ออนหลับ การเลี้ยงดูหลานเป็นหลักตลอดเวลา นั้น จะเป็นการสร้างภาระที่หนักหน่วงให้ผู้สูงอายุอย่างมากทั้งทางร่างกายและจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ รุจา ภูโพบูลย์ (2541) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่เลี้ยงหลานในวัยทารกพักผ่อนไม่เพียงพอ โดยผู้สูงอายุตอนปลายและผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเมื่อพักผ่อนไม่เพียงพอจะมีผลปัญหาต่อสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะในการเลี้ยงเด็กอ่อน แต่ในครอบครัวที่ผู้สูงอายุมีแหล่งสนับสนุนจากคู่ชีวิต บุตร และญาตินั้น จะสามารถช่วยให้แบ่งเบาภาระของผู้สูงอายุได้มากขึ้น

4. ต้องฝืนสังขาร: ผู้สูงอายุนั้นมีสภาพร่างกายที่เสื่อมตามวัย กล้ามเนื้อกระดูกไม่แข็งแรงเหมือนเดิม เมื่อต้องมาเลี้ยงหลานตามลำพังโดยขาดการสนับสนุนจากบุตร ทำให้ต้องดูแลกิจวัตรประจำวันของหลานทุกอย่าง ส่งผลให้มีอาการปวดเมื่อยแขน แขนขา ปวดหลัง และเมื่อยยังคงต้องทำกิจกรรมเดิม ๆ ต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลาานาน เนื่องจากหลีกเลี่ยงไม่ได้เป็นภาวะจำยอม ทำให้มีอาการหนักมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษา ซึ่งผู้สูงอายุตอนปลายที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป เมื่อเกิดปัญหาต่อกล้ามเนื้อและกระดูกขึ้นแล้ว การรักษาจะยากลำบากกว่าเดิม รวมทั้งมีการพันตัวซ้ำ ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลมากขึ้นเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีตามวัย

5. สุขภาพทรุดโทรม: ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำเป็นต้องดูแลตัวเองเพราะไม่มีบุตรคอยดูแล บางรายต้องฉีดยาอินซูลินด้วยตัวเองทั้ง ๆ ที่ตามองเห็นไม่ชัด ทำให้มีความเสี่ยงต่อการฉีดยาผิดขนาดได้ ต้องจัดยารับประทานเอง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลี้ยงหลานมาตั้งแต่เกิดทำให้มีความรักความผูกพันกับหลานมาก จึงมักคำนึงถึงความต้องการของหลานมากกว่าความต้องการของตนเอง ทำให้ละเลยการดูแลตนเอง การต้องดูแลหลานให้กินอิ่มนอนหลับเสียก่อนจึงจะได้รับประทานอาหาร เมื่อรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ส่งผลให้รับประทานยาไม่ตรงเวลาจนเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและทำให้หมดสติ ผู้สูงอายุที่เลี้ยงหลานตามลำพัง ส่วนใหญ่ไม่ได้ไปตรวจตามนัด เนื่องจากไม่มีคนเลี้ยงหลานทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้มี สุขภาพที่เสื่อมโทรมลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Musil et al. (2013) ที่พบว่าย่า/ยายที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลหลานมักจะปล่อยให้ตนเองมีปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรัง เข้ารับการรักษาล่าช้า ส่งผลให้มีปัญหาสุขภาพตามมา ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีบทบาทในสังคม มีเครือข่ายทางสังคมสามารถฝากเพื่อนบ้านให้ช่วยดูแลหลานแทนได้ในยามจำเป็นต้องไปพบแพทย์

6. เมื่อหลานป่วย ป่วยยิ่งกว่าหลาน เนื่องจากบุตร ญาติ ชุมชน สังคมคาดหวังว่าปู่ย่า ตายายต้องมีส่วนในการดูแลหลาน เพื่อให้หลานเจริญเติบโตมีสุขภาพแข็งแรง ผู้สูงอายุ จึงต้องพยายามดูแลหลานอย่างเต็มที่ ต้องรับภาระมากขึ้นเมื่อหลานเจ็บป่วย โดยเฉพาะหลานที่อยู่ในวัยเด็กเล็กเจ็บป่วย ผู้สูงอายุบางรายเดินทางไปโรงพยาบาลโดยการปั่นจักรยาน และอุ้มหลานไปด้วย ขับมอเตอร์ไซด์ให้หลานนั่งข้างหลังแล้วเอาผ้าขาวม้าผูกหลานติดกับเอาไว้ ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ หากหลานอาการหนักก็ต้องเหมารถไปโรงพยาบาล การต้องดูแลหลานตอนเจ็บป่วยสร้างความเหนื่อย ลำบากเป็นทวีคูณ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว ทำให้สุขภาพทรุดโทรมลงไปอีก ผู้สูงอายุที่มีความรักต่อหลานเมื่อเห็นหลานไม่สบายจะมีความเครียดและวิตกกังวลมาก อีกทั้งการมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Blustein, Chan, & Guanais (2004) ที่พบว่า การดูแลหลานในภาวะเจ็บป่วยที่มีทั้งความวิตกกังวลกับอาการป่วยของหลาน และปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดมากยิ่งขึ้น ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากบุตรและญาติ มีบุตรกลับมาดูแลหลานแทนในเวลาเจ็บป่วยนั้น สามารถทำให้ผู้สูงอายุคลายความวิตกกังวลได้อย่างมาก

7. เครียดสะสมจนซึมเศร้า: ผู้สูงอายุที่ต้องเป็นผู้ดูแลหลักในการเลี้ยงหลาน มีความเครียดอยู่แล้ว เมื่อต้องมารับภาระเลี้ยงหลานหลายคนพร้อมกันย่อมเพิ่มความเหนื่อย และเครียดเป็นทวีคูณ มีการศึกษาพบว่า การเลี้ยงหลานหลายคนมีระดับความซึมเศร้าสูงกว่าเลี้ยงหลานเพียงคนเดียว และพบว่า ย่ายายที่เลี้ยงดูหลานมีอาการของภาวะซึมเศร้าในระดับสูงกว่าผู้หญิงทั่วไป เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์เดิมนั้นๆ ทุกวันทำให้เกิดความเครียดสะสม โดยเฉพาะผู้สูงอายุต้องเลี้ยงหลานตามลำพังขาดแหล่งสนับสนุนต้องใช้เวลาทั้งหมดในการเลี้ยงหลานไม่มีเวลาทำในสิ่งที่ชอบ ไม่ได้ผ่อนคลาย ทำให้ไม่สามารถจัดการความเครียดออกไปได้ ความเครียดที่สะสมเพิ่มมากขึ้นจึงเป็นแรงผลักดันให้ผู้สูงอายุนั้นพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมที่รุนแรง ทั้งโดยเจตนาและไม่เจตนา จนมีการลงโทษหรือทำร้ายหลาน ซึ่งอาจก่อให้เกิดความรุนแรง ในครอบครัวได้ ในครอบครัวที่ผู้สูงอายุเลี้ยงหลานหลายคนแล้วยังต้องดูแลสามีที่เจ็บป่วยด้วย เพราะในสังคมไทยภรรยา มีหน้าที่ต้องปรนนิบัติสามีมาตลอด เมื่อสามีเจ็บป่วยผู้สูงอายุหญิงก็ยังคงรับบทบาทนี้ควบคู่ไปกับการเลี้ยงหลาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุบางรายเกิดภาวะซึมเศร้าจนคิดสั้น อยากทำร้ายตัวเองเนื่องจากอยากหลุดพ้นจากภาระที่ต้องแบกรับอยู่คนเดียว ในขณะที่ครอบครัวที่ผู้สูงอายุที่เลี้ยงหลานหลายคนแต่มีคู่ชีวิตที่สามารถช่วยเลี้ยงหลานได้ มีบุตรหรือญาติคอยให้การสนับสนุน มีโอกาสได้ร่วมกิจกรรมทางสังคม ได้ผ่อนคลาย จะมีความเครียดลดลง

8. เลี้ยงไม่จบไม่สิ้น: ผู้สูงอายุเพศหญิงส่วนใหญ่ต้องเลี้ยงหลานเมื่อหลานสาวเติบโต ส่วนใหญ่มักตั้งครุณีในวัยรุ่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Hayslip & Smith (2013) ที่ศึกษาปู่ย่า ตายายที่เลี้ยงหลานเป็นหลัก พบว่าส่วนใหญ่เด็กในครอบครัวข้ามรุ่นมักตั้งครุณีในวัยรุ่น และไม่มี ความสามารถที่จะเลี้ยงลูกได้เอง ดังนั้น ภาระในการเลี้ยงหลานจึงมาตกอยู่กับผู้สูงอายุ เพราะใน

สังคมไทยย่า/ยายคาดหวังว่าต้องช่วยเลี้ยงหลานเสมือนเป็นหน้าที่ที่พึงปฏิบัติ เพราะเป็นเลือดเนื้อเชื้อไข โดยที่ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะกลืนไม่เข้าคายไม่ออก ต้องเปลี่ยนสถานะจากย่ายายกลายเป็นทวดเลี้ยงหลานเป็นวัฏจักร มีการศึกษาพบว่าหลานสาวที่มีมารดาตั้งครรภในวัยรุ่นมาก่อน และไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยตัวเอง ทิ้งให้เป็นภาระของย่า/ยาย เมื่อหลานสาวโตขึ้นมา ก็มักจะมีพฤติกรรมเหมือนมารดา คือมีการตั้งครรภในวัยรุ่น และมีปัญหาการหย่าร้างตามมาเกิดเป็นครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว และเลี้ยงลูกตนเองไม่ไหวจากนั้นก็ทิ้งลูกให้เป็นภาระของยายเลี้ยงหลาน สอดคล้องกับการศึกษาของ รุจา ภูไพบูลย์ (2541) ที่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัววัยรุ่นตั้งครรภ ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว และครอบครัวข้ามรุ่น

การเลี้ยงหลานทำให้มีผลลบทางด้านร่างกายแต่ก็ไม่พบว่าจะส่งผลกระทบต่อจิตใจ เช่น ทำให้เกิดความเครียดหรือความผิดปกติทางจิตแต่อย่างไร สอดคล้องกับการศึกษาของศุภรี ศิริบุรณ (2542) ที่ศึกษาสุขภาพจิตของปู่ย่าตายาย ที่เป็นผู้ดูแลหลักในการเลี้ยงหลานอายุ 0 - 5 ปี ในเขต อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่ดูแลหลานมักรู้สึกเป็นภาระ แต่การ เลี้ยงดูหลานก็ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเช่นกัน นอกจากนี้ Szinovacz, DeViney, & Atkinson (1999) ซึ่งได้ศึกษาผลกระทบในการดูแลเด็กกับความผาสุก ของปู่ย่า/ ตายาย และพบว่า การดูแลหลานส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ และทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของ ภาวะสุขภาพ เวลาในการทำงาน รายได้ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมทั้งทางตรง และทางอ้อม และ ยังพบว่า ย่ายายจะมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้นเมื่อต้องดูแลหลาน สอดคล้องกับการศึกษาของเจนเดรีค (Jendrek, 1993) ที่ศึกษาผลกระทบต่อวิถีชีวิตของปู่ ย่า ตายาย ที่ดูแลหลานและพบว่า ผู้สูงอายุมัก เกิดความเครียด เพราะมีเวลาในการทำกิจกรรมของตนเองได้น้อยลง ขาดการติดต่อกับเพื่อนบ้าน และครอบครัว ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของชินินทร จารุจันทร์ (2541) ที่ศึกษาแบบแผนและการ ปรับตัวของผู้เป็นยายที่เลี้ยงหลานพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวมักมีความเต็มใจ และมีความสุข ที่ได้ ดูแลหลาน นอกจากนี้ยังรู้สึกว่าตัวเองมีประโยชน์ต่อบุตรหลาน และสามารถปรับตัวจนมองว่าการ เลี้ยงหลานเป็นเรื่องธรรมชาติในชีวิตประจำวัน

นอกจากนั้น ในเรื่องสภาพปัญหาที่ผู้สูงอายุพบเจอขณะที่เลี้ยงดูเด็กนั้น พบว่า ปัญหา นั้นมีความแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นการใช้เวลากับสื่อสังคมออนไลน์เป็นระยะเวลาานาน ปัญหาที่เกิด จากการไม่ฟังต่อคำสั่งสอนของผู้สูงอายุ และปัญหาที่เกิดจากการเลือกกิน ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ รับภาระเลี้ยงดูเด็ก ต้องทำทุกอย่างเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของเด็ก และจะใช้วิธีการประนีประนอม หรือตามใจเด็ก เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนมากได้ให้ความรักความเอ็นดูกับเด็กมากกว่าที่จะใช้วิธีการ ลงโทษด้วยการตี อาจส่งผลให้เด็กมีความดี้อัน (พิทักษ์ ศิริวงศ์ และนริศรา แก้วทิพย์, 2560)) และ อาจทำให้เกิดปัญหาอื่น ๆ (เกิดสิริ หงษ์ไทย และดารุณี จงอุดมการณ์, 2563) เช่น

1. ทำให้มีปัญหาทางการเงิน จึงต้องกู้หนี้ยืมสิน ดันรันทำงานเพื่อหารายได้มาเลี้ยงหลานแม้ว่าจะไม่มีคนช่วยเลี้ยงหลานผู้สูงอายุก็ยังคงมีความพยายามอย่างเต็มที่ โดยต้องเลี้ยงหลานไปด้วยทำงานไปด้วย ซึ่งเป็นภาระที่หนักมาก

2. มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย เพราะต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องใช้ทั้งร่างกายแรงใจในการดูแล ฝึกระวังความปลอดภัยของหลานตลอดเวลา อีกทั้งสภาพร่างกายที่เสื่อมลงตามวัย ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เช่น หกล้มจนกระดูกงูร้าว รวมทั้งมีความวิตกกังวลและเครียดเกรงว่าจะได้รับอันตรายและบุตรจะต่อว่า

3. มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ เนื่องจากพักผ่อนไม่เพียงพอ เพราะต้องตื่นมากลางดึก เพื่อขนนม เปลี่ยนผ้าอ้อมให้หลาน โดยผู้สูงอายุตอนปลายและผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เมื่อพักผ่อนไม่เพียงพอจะมีผลปัญหาต่อสุขภาพมากขึ้น

4. มีอาการปวดเมื่อยแขน แขนขา ปวดหลัง เพราะต้องดูแลกิจวัตรประจำวันของหลานทุกอย่าง และเมื่อยังคงต้องทำกิจกรรมเดิม ๆ ต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีอาการหนักมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษา ซึ่งผู้สูงอายุตอนปลายที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป เมื่อเกิดปัญหาต่อกล้ามเนื้อและกระดูกขึ้นแล้ว การรักษายากลำบากกว่าเดิม รวมทั้งมีการฟื้นตัวช้า

5. ละเลยการดูแลตนเอง หากมีโรคประจำตัว ส่งผลให้ไม่ได้ไปตรวจตามนัดทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง เจ็บป่วยเรื้อรัง เข้ารับการรักษาล่าช้า และส่งผลให้มีปัญหาสุขภาพตามมา เพราะคำนึงถึงความต้องการของหลานมากกว่าความต้องการของตนเอง ต้องดูแลหลานให้กินอิ่มนอนหลับเสียก่อน

6. เครียดสะสมเกิดภาวะซึมเศร้า เพราะต้องใช้เวลาทั้งหมดในการเลี้ยงหลาน ไม่มีเวลาทำในสิ่งที่ชอบ ไม่ได้ผ่อนคลาย ทำให้ไม่สามารถขจัดความเครียดออกไปได้ ความเครียดที่สะสมเพิ่มมากขึ้น จึงเป็นแรงผลักดันให้ผู้สูงอายุนั้นพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมที่รุนแรงทั้งโดยเจตนาและไม่เจตนาจนมีการลงโทษหรือทำร้ายหลาน ซึ่งอาจก่อให้เกิดความรุนแรงในครอบครัวได้

7. ผู้สูงอายุที่ต้องเป็นผู้ดูแลหลักในการเลี้ยงหลานมีความเครียดอยู่แล้ว เมื่อต้องมารับภาระเลี้ยงหลานหลายคนพร้อมกันย่อมเพิ่มความเหน็ดเหนื่อยและเครียดเป็นทวีคูณ มีการศึกษาพบว่า การเลี้ยงหลานหลายคนมีระดับความซึมเศร้าสูงกว่าเลี้ยงหลานเพียงคนเดียว และพบว่ายายที่เลี้ยงดูหลานมีอาการของภาวะซึมเศร้าในระดับสูงกว่าผู้หญิงทั่วไป

8. ผู้สูงอายุเพศหญิงส่วนใหญ่ต้องเลี้ยงหลาน เมื่อหลานสาวเติบโต มักตั้งครุฑ ในวัยรุ่นส่วนใหญ่เด็กในครอบครัวข้ามรุ่น มักตั้งครุฑในวัยรุ่น และไม่มีความสามารถที่จะเลี้ยงลูกได้เอง ดังนั้น ภาระในการเลี้ยงหลานจึงมาตกอยู่กับผู้สูงอายุ

สรุปผลจากการศึกษาได้ว่า การอยู่อาศัยในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต การอยู่อาศัยในรูปแบบครอบครัวหัววงกลาง หรือครัวเรือนข้ามรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากแรงงานวัย

หนุ่มสาว ซึ่งเป็นพ่อแม่ของเด็ก มีการย้ายถิ่นฐานเพื่อประกอบอาชีพในเขตที่มีความเจริญ หรือ ภาวะค่าครองชีพสูง จึงส่งบุตรไปให้ปู่ย่าตายายช่วยเลี้ยงดู โดยบทบาทของผู้สูงอายุในการเลี้ยงดูหลานจะเป็นผู้ดูแลหลักในการเลี้ยงดูหลาน มีระยะเวลาในการดูแลมากกว่าผู้เป็นบิดามารดา โดยการให้ความรัก ความเอาใจใส่ ให้ความช่วยเหลือคุ้มครอง สนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ดูแลสุขภาพส่วนตัว การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพ การส่งเสริมพัฒนาการ ตลอดจนให้การอบรมกล่อมเกลาพฤติกรรมต่างๆ เป็นต้น เพื่อให้เด็กได้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ซึ่งการรับบทบาทในการเลี้ยงดูหลานของผู้สูงอายุเสี่ยงต่อปัญหาทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลต่อสุขภาพที่ทรุดโทรมลง มีความเครียดในระดับสูง สภาวะสุขภาพจิตไม่ดี ส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้า อีกทั้งการมีภาระด้านค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน โดยจังหวัดอุดรดิตถ์ เป็นจังหวัดที่มีวัยแรงงานข้ามถิ่นเข้ามาทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลสูงเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่น ๆ ในภาคเหนือ ส่งผลให้ผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์ ประสบปัญหาที่ต้องเลี้ยงดูหลาน อาจทำให้เกิดปัญหาในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการดูแลเด็ก ปัญหาการอบรมสั่งสอน รวมถึงปัญหาการดำเนินชีวิตของตัวผู้สูงอายุทั้งด้านกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้ไม่มีความสุขในการดำเนินชีวิต และอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

1. ความหมาย และแนวคิดคุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1997) ได้ให้ความหมายของ คุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและคุณค่าที่คนผู้นั้นอาศัยอยู่ซึ่งมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวังมาตรฐานและสิ่งที่เกี่ยวข้องของบุคคลผู้นั้น เป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลใน ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสภาวะจิตใจ ระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านความเชื่อส่วนบุคคลและความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดสำคัญที่ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง เพราะเป็นเป้าหมายหลัก ของการพัฒนาประเทศ เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรจะทำให้การพัฒนาในด้านต่าง ๆ ได้ดี และประสบผลสำเร็จตามมา ในปี พ.ศ. 2536 องค์การอนามัยโลกได้เล็งเห็นว่าคุณภาพชีวิตเป็นแนวคิด ที่เหมาะสมที่จะใช้ในการประเมินสุขภาพ (เสาวนีย์ ศรีดิระกุล และกรรณิการ์ คงทอง, 2546) และได้มีนักวิจัยหลายคน ได้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตในการประเมินสุขภาพทั้งในบุคคลทั่วไป และในผู้ป่วยโรคต่าง ๆ (Ferrans & Powers, 1992)

คุณภาพชีวิตของประชากรไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุเป็นเรื่องท้าทาย ทั้งในระดับชุมชน สังคม และประเทศ ซึ่งคุณภาพชีวิต (quality of life) เป็นประเด็นที่มีบทบาท สำคัญในแง่ความผาสุกของมนุษย์เกี่ยวข้องกับสวัสดิการมนุษย์และความสุข (Bridges, Huxley, Mohamad, & Oliver, 1996 อ้างอิงใน ชลธิชา มะลิพรม, 2561) เป็นเรื่องที่มีพัฒนาการทางแนวคิด และทฤษฎีมาช้านาน และมีแนวคิดแตกต่างหลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นแนวคิดแบบแยกส่วน (reductionism) แนวคิดแบบองค์รวม (holism) และแนวคิดแบบอภิมาน (meta-theory approach) สามารถสรุปความหมายได้ว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสภาพการดำรงชีวิตของตนเอง โดยมีแนวคิด 2 แบบ ทั้งแบบวัตถุวิสัย (objective) และอัตวิสัย (subjective) สะท้อนออกมาใน รูปการวัดทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Trevittaya, 2016) สามารถวัดได้เป็นองค์รวม (composite index) โดยจำแนกตามองค์ประกอบต่าง ๆ ซึ่งแตกต่างกันออกไปตามแนวคิดทฤษฎีที่ ต่างก็มีทั้งที่มีพื้นฐานกระบวนการที่เหมือนกันและแตกต่างกัน

UNESCO, 1981 อ้างอิงใน ภัทรภรณ์ ดั่งเรื่อง (2563) ได้สรุปแนวคิดเกี่ยวกับ คุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิต คือ ความรู้สึกของความเป็นอยู่ที่น่าพอใจ และมีความสุขต่อ องค์ประกอบต่าง ๆ ของชีวิตที่มีส่วนสำคัญต่อบุคคลนั้น ซึ่งจะชี้ให้เห็นว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิต ได้แก่ สุขภาพอนามัย การศึกษา สภาพแวดล้อม ทรัพยากร รายได้ อาคารและที่อยู่ อาศัย

ชชาย เหล่าสุนทร และคณะ (2562) กล่าวว่า องค์การอนามัยโลก (World Health Organization Group, 1998) นิยามคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตภายใต้ บริบทของวัฒนธรรมและค่านิยมที่แวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและ ความตระหนักของบุคคล ส่วน Quality of Life Research Unit (2013) นิยามความหมายคุณภาพ ชีวิต จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องร่วมกับการสนทนากลุ่ม เพื่อทำความเข้าใจและค้นหา ความหมายจากมุมมองของผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งพบว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับความพึงพอใจของ บุคคลที่มีต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต

กนกอร ปัญญาโส, ศิริวรรณ แสงอินทร์, และอุษา เชื้อหอม (2563) กล่าวว่า องค์การ อนามัยโลกให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ว่าเป็นการรับรู้ต่อสถานะชีวิตของแต่ละบุคคล ภายใต้ บริบทของวัฒนธรรม และระบบคุณค่าที่เขาอาศัยอยู่ และสัมพันธ์กับเป้าหมายชีวิต ความคาดหวัง มาตรฐาน และความหวังใ ซึ่งประกอบด้วย สุขภาพร่างกาย สภาวะจิตใจ ความเป็นอิสระ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมที่เขาอาศัยอยู่ (Bien, Rzonca, Kanczugowska, & Iwanowicz-Palus, 2016)

มีเบิร์ก (Meeberg, 1993) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกถึงความพึงพอใจทั้งหมดของชีวิตภายใต้การตัดสินใจของแต่ละบุคคล นอกจากนี้คุณภาพชีวิตยังมีความหมายในมิติที่แตกต่างออกไป เช่น เป็นระดับของการมีคุณค่าในตัวเอง การมีจุดประสงค์ ในชีวิต และปราศจากความวิตกกังวล ผลรวมของการรับรู้ถึงความพึงพอใจ ความผาสุกทั้งทางร่างกาย จิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี กับสังคม การที่บุคคลมีพัฒนาการที่ดี และการที่บุคคลประสบความสำเร็จในชีวิต

พัชราภรณ์ คนกล้า (2547) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การมีชีวิตที่สมบูรณ์ในแง่ชีวิตทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งเกิดจากการให้ความสำคัญและความพึงพอใจต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ตามสภาพการณ์และสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่เป็นอยู่หรือได้รับอยู่ด้วยการรับรู้ และตัดสินใจของมนุษย์ในช่วงเวลาหนึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลาและสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

จากแนวคิดการให้ความหมายของคุณภาพชีวิตดังกล่าวข้างต้น ค่อนข้างใกล้เคียงกันส่วนใหญ่เป็นคุณภาพด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการวัดที่ครอบคลุมภาวะสุขภาพกาย จิต สังคม ตามที่บุคคลรับรู้และเป็นเรื่องของแต่ละบุคคล จึงสามารถสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึงระดับของความพึงพอใจในชีวิตที่บุคคลประเมินตนเอง โดยมีองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตซึ่งครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

การศึกษาครั้งนี้ คุณภาพชีวิตหมายถึง ความรู้สึกถึงความพึงพอใจที่บุคคลประเมินตนเองต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต โดยมีองค์ประกอบต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วย สุขภาพร่างกาย สภาวะจิตใจ ความเป็นอิสระ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมที่เขอาาศัยอยู่

2. องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ในงานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาคุณภาพชีวิตจำนวน 4 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่มีการศึกษามากที่สุด ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านจิตใจ การแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับแนวคิดทฤษฎีหลักที่นักวิชาการนำมาเป็นกรอบในการศึกษา ข้อค้นพบจากการสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎีหลักที่ใช้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จะเห็นว่าแนวคิดทฤษฎีระดับองค์กรในต่างประเทศที่งานวิจัย มักนำมาใช้เป็นกรอบในการศึกษา คือ แนวคิดทฤษฎีจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ยูเนสโก (UNESCO) ยูเอ็นดีพี (UNDP) จากนิยามขององค์การอนามัยโลก ระบุองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ส่วน Quality of Life Research Unit & U. of Toronto (2013) แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ สิ่งที่เป็นอยู่ (being) สิ่งที่มี (belonging) และสิ่งที่เปลี่ยนไป (becoming) ซึ่งในแต่ละด้านมีองค์ประกอบย่อย ดังนี้ ด้านสิ่งที่เป็นอยู่ ประกอบด้วย กาย จิต และวิญญาณ ด้านสิ่งที่มี ประกอบด้วย ภาพกาย สังคม และชุมชน และด้านสิ่งที่เปลี่ยนไป ประกอบด้วย ภารกิจ การใช้เวลาว่าง และการขยายตัว (ขยาย เหล่า สุนทร และคณะ, 2562)

แนวคิดคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ ภายใต้บริบทและนัยของวัฒนธรรมไทย และพระพุทธศาสนา ของนายแพทย์ประเวศ วะสี ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง อิศรภาพ และการหลุดพ้นจากความบีบคั้น แยกออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ กาย (Physical) จิต (Mental) สังคม (Social) และปัญญา (Wisdom) แวดล้อมด้วยเงื่อนไขของโลกทัศน์ของสังคม และนโยบาย สาธารณะที่ดี (เอกพล เคราเซ และคณะ, 2562)

Yodphet (2006) กล่าวว่า มุมมององค์ประกอบ 1) “การใช้ชีวิตอย่างภาคภูมิ” นั้น เป็นผลลัพธ์อันเกิดจากผลรวมของการมีปัจจัยด้านกาย จิต สังคม และปัญญาที่ดี ส่วนมุมมอง องค์ประกอบ 2) “การเห็นแก่ประโยชน์ผู้อื่น” คือ เกิดจากการบูรณาการในเรื่อง สังคมและปัญญา เข้าด้วยกัน ในขณะที่ปัจจัย จิตและปัญญา เป็นตัวกำหนดให้เกิด มุมมององค์ประกอบ 3) “ความ เข้าใจตนเองและผู้อื่น” สุดท้ายมุมมององค์ประกอบ 4) “ความมั่นคง ปลอดภัย และระบบนิเวศทาง สังคมวัฒนธรรม” คือ ปัจจัยภายนอกที่เป็นตัวกำหนดและสนับสนุนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นั่นคือ “โลกทัศน์ ของสังคม” และ “นโยบายสาธารณะที่ดี” และยังสอดคล้องกับแนวคิดพลัดพลัง หรือ Active Ageing ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002) ที่ประกอบด้วย 1) สุขภาพที่ดี (Health) ได้แก่ กาย (Physical) จิต (Mental) สังคม (Social) และจิตวิญญาณ (Spiritual) ที่ดี 2) การมีส่วนร่วมในสังคม (Participation) และ 3) มีหลักประกันที่มั่นคง (Security)

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับแนวคิดของนักวิชาการแต่ละคน ฟลานาแกน (Flanagan, 1987) ได้จำแนกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของประสบการณ์ และเปลี่ยนแปลงไปตามกลุ่มของบุคคลที่จะประเมิน คือ

1. ความผาสุกทางด้านร่างกายและวัตถุ ความผาสุกทางด้านวัตถุ รวมถึงการเงิน และความปลอดภัย เช่นการมีอาหารดี มีบ้านอาศัย มีความปลอดภัยในชีวิตทั้งในปัจจุบันและอนาคต ความผาสุกทางด้านร่างกาย เช่น การมีสุขภาพแข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ
2. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เช่นความสัมพันธ์ของคู่สมรส บิดามารดา บุตร เพื่อน และบุคคลอื่น ๆ
3. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ชุมชน องค์กร และประชาชน เป็นการช่วยเหลือ สนับสนุนบุคคลอื่น รวมถึงองค์กรต่าง ๆ ชมรม และกลุ่มที่ให้ประโยชน์แก่สังคม
4. พัฒนาการและการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ เช่น มีพัฒนาการทางสติปัญญา เรียนรู้และเข้าใจตนเองมีการวางแผนในการพัฒนาตนเอง รับผิดชอบในการประกอบอาชีพ มีความคิดสร้างสรรค์และการแสดงออก
5. ได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่คิดสร้างสรรค์ขึ้นมา เช่น มีการพบปะสังสรรค์ ในบ้าน และในสังคม ทำให้มีเพื่อนใหม่ และมีกิจกรรมสันทนาการต่าง ๆ

ซาน (Zhan, 1992) ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นการรับรู้ในสิ่งที่ตนเป็นอยู่ ได้แก่ ความพึงพอใจในสภาพความเป็นอยู่ สภาพแวดล้อมและการดำเนินชีวิต
2. ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่มีต่อตนเอง การยอมรับและการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง
3. ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถทางด้านร่างกาย สุขภาพและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นการรับรู้ถึงความพอใจในด้านสังคมทั่วไป รายได้ อาชีพ รวมถึงการศึกษา

สำหรับองค์การอนามัยโลกได้พัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขึ้นมาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีความเหมาะสมที่จะใช้ประเมินคุณภาพชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นสากล เรียกว่า WHOQOL - 100 ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ (The WHOQOL Group, 1996)

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกาย การรับรู้ ถึงผลกำลั้งในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับ และการพักผ่อน ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน
2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตนเอง รวมถึงการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล เป็นต้น
3. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (level of independence) คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหว การรับรู้ถึงความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน และการรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น
4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

5. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตรอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ และการรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ และการรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality/religion/personal beliefs) คือ การรับรู้เกี่ยวกับ ความเชื่อที่ต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต และการเอาชนะ อุปสรรคต่างๆ ในชีวิต เป็นต้น

ต่อมาทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (The WHOQOL group) ได้จัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตขึ้นมาใหม่โดยรวบรวมองค์ประกอบเดิมในบางด้านเข้าด้วยกัน คือ ด้านร่างกายกับด้านความเป็นอิสระของบุคคล และด้านจิตใจกับด้านความเชื่อส่วนบุคคลจึงทำให้เหลือเพียง 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม

การศึกษาครั้งนี้ ได้แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจ ความรู้สึกรวมถึง การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวลของตนเอง

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น รับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม และการรับรู้ว่าคุณเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต รู้สึกปลอดภัยและมั่นคง

3. การประเมินคุณภาพชีวิต

การวัดคุณภาพชีวิต ควรวัดทั้งแบบภาวะวิสัย และแบบอัตวิสัย เนื่องจากการวัดทั้งสองวิธีมีจุดแข็งและจุดอ่อนแตกต่างกัน กล่าวคือ การวัดแบบภาวะวิสัยเป็นการประเมินทางตรงจากการสังเกตสภาวะทางกาย พฤติกรรม และลักษณะของบุคคล ซึ่งตัดสินใจโดยตนเองจากข้อมูลที่มี

เป็นจริง เช่น รายได้ การศึกษา และอาชีพ เป็น ในทางเดียวกันอาจเป็นการประเมินสภาพร่างกายโดยบุคลากรทางการแพทย์ การวัดด้วยวิธีนี้ทำให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ (reliability) และปราศจากอคติ เนื่องจากไม่ว่าจะวัดซ้ำกี่ครั้งก็ได้ข้อมูลเหมือนเดิม แต่การวัดในลักษณะนี้ไม่ไวต่อความรู้สึกของบุคคลที่เปลี่ยนแปลงตามบริบท ซึ่งแตกต่างจากวิธีการวัดแบบอัตวิสัยที่เป็นการประเมินตนเองด้วยการบรรยายความรู้สึก ความพึงพอใจชีวิตของตนเอง และบอกถึงสภาพที่เป็นอยู่แม้วิธีการวัดแบบนี้จะได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือดีกว่าวิธีแรก แต่เป็นการวัดที่มีประสิทธิภาพสูง เพราะข้อมูลที่ได้สามารถสะท้อนความรู้สึกของผู้ตอบได้เป็นอย่างดี (ขจาย เหล่าสุนทร และคณะ, 2562)

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นำแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อ ชุด 26 ตัวชี้วัด มาใช้ เรียกว่า แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (perceived objective) และแบบอัตวิสัย (self-report subjective) มีทั้งหมด 4 องค์ประกอบ คือ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีข้อคำถามเพียง 26 ข้อ ประกอบด้วย 2 ข้อคำถามที่เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม ส่วนอีก 24 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน ข้อคำถามมีทั้งข้อความเชิงลบและข้อความเชิงบวก แต่ละข้อเป็นมาตราส่วน ประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด (ขจาย เหล่าสุนทร และคณะ, 2562)

ในประเทศไทย โดยกรมสุขภาพจิตได้นำแบบประเมินดังกล่าวมาแปลเป็นภาษาไทย และทดสอบความถูกต้องทางด้านเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญภาษาไทย และภาษาอังกฤษเป็นผู้ตรวจสอบความตรงทางภาษา และในปี พ.ศ. 2540 ได้นำเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL - 100 ฉบับภาษาไทยที่แปล ไว้นั้นมาใช้วัดคุณภาพชีวิตของสมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ และหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89 และในปีเดียวกันนี้องค์การอนามัยโลก ได้พัฒนาเครื่องมือคุณภาพชีวิตขึ้นมาใหม่โดยใช้วิธีการทางสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบภายในของ เครื่องมือ (factor analysis) และได้มีการรวมข้อคำถามบางข้อเข้าด้วยกันจนเหลือคำถามเพียง 4 ด้าน จำนวน 26 ตัวชี้วัด โดยตัวชี้วัดเหล่านี้ได้มาจากข้อคำถามที่มีอยู่ในฉบับเดิม และได้เปรียบเทียบค่าคะแนนคุณภาพชีวิตที่วัดได้จากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด กับเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (WHOQOL - BREF - THAI) ได้ค่าความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องมือทั้งสองมีค่าเท่ากับ 0.65 และค่าความเชื่อมั่น ของเครื่องชี้วัดฉบับย่อได้เท่ากับ 0.84 จากการศึกษาดังกล่าวสรุปได้ว่า เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ฉบับย่อนั้นนอกจากใช่ง่าย สะดวก และรวดเร็วแล้วยังมีความสอดคล้องกับเครื่องมือชุดเดิม และมีความเชื่อมั่นสูง

สรุปการประเมินคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย และอัตวิสัย มีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกายเป็นการประเมินการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน 2) ด้านจิตใจ เป็นการประเมินการรับรู้สภาพทางจิตใจ ความรู้สึกรวมถึงการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวลของตนเอง 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เป็นการประเมินการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น รับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม และการรับรู้ว่าเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม เป็นการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต รู้สึกปลอดภัยและมั่นคง

การศึกษานี้ได้ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อมาประยุกต์ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน มีข้อคำถาม 26 ข้อ ประกอบด้วย 2 ข้อคำถามที่เป็นคำถามวัดความพึงพอใจในชีวิต เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม อีก 24 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน ทั้งหมด 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยข้อคำถามมีทั้งข้อความเชิงลบและข้อความเชิงบวก แต่ละข้อเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลางมาก และมากที่สุด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั่วไป และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ (2554) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.1 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกองค์ประกอบมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านร่างกายคิดเป็นร้อยละ 75.7 ด้านจิตใจ ร้อยละ 53.7 ด้านสัมพันธ์ทางสังคมร้อยละ 66.0 และด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 62.6 ตามลำดับ และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และฐานะการเงินมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ขณะเดียวกัน (อรณิชฐ์ แสงทองสุข, 2562) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน

ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือองค์ประกอบคุณภาพชีวิตหลายประการ โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณคุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว และบทบาทในครอบครัว ประกอบกับ การศึกษาของเด่น นวลโรสง และสุภาภรณ์ สุตหนองบัว (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอน อำเภอสุวรรณโคโลก จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่า การศึกษา เพศ, อาชีพ, รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ภัทราภรณ์ ด่วงเรือง (2563) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า การศึกษา การประกอบอาชีพ การมีรายได้ การมีหนี้สิน และการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และณัฐกัญญ์ อ่องเอื้อ (2564) ได้ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศ อาชีพ อายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพการสมรสต่างกัน มีความคิดเห็นต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และปลื้มใจ ไพจิตร (2558) ได้ศึกษาคูณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าเพศ ที่ต่างกันทำให้คุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 นอกจากนี้ สุนิสา คำชื่น และคณะ (2562) ได้ศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสัมพันธ์ลบในระดับต่ำกับอายุ ($r=-.260, p<.05$) สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ และการประกันสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ส่วนผลการศึกษาของ เขมิกา ยามะรัต, อุมาภรณ์ ภัทราวาณิชย์, และมนทกานต์ เชื้ออมชิต (2560) ได้ศึกษาสุขภาวะทางเพศของผู้สูงอายุในสังคมไทย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในเรื่องเพศลดลงเมื่ออายุมากขึ้นทั้งหญิงและชาย ความพึงพอใจด้านเพศสัมพันธ์ในกลุ่มคนมีคู่นั้น ชายมีความพึงพอใจสูงกว่าหญิง หากเปรียบเทียบกับประสบการณ์ในอดีตแล้ว คนไม่มีคู่มิมีความพึงพอใจสูงกว่าคนมีคู่อายุยังค้งมีการร่วมเพศในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมาร้อยละ 53.6 ในขณะที่ชายร้อยละ 64.2 อย่างไรก็ตาม กิจกรรมทางเพศได้ลดลงตามอายุที่มากขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการการปฏิบัติที่อ่อนโยนการกอดสัมผัสที่แสดงความรัก คำพูดที่หวานหู หญิงมีคู่อึ่งในสี่ไม่มีความต้องการทางเพศแต่ต้องมีเพศสัมพันธ์หรือร่วมเพศ ในขณะที่ชายมีคู่อ้อยละ 13 มีความต้องการทางเพศแต่ไม่มีการร่วมเพศ และ Gladstone, Brown, & Fitzgerald (2009) ได้ศึกษาภาวะตั้งเครียด ความต้องการบริการและการมีส่วนร่วมของหน่วยงานสวัสดิการเด็กและสังคม ของปู่ย่าตายายที่เลี้ยงหลานในแคนาดา ผลการศึกษาพบว่า ความพอเพียงของรายได้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความตั้งเครียดของปู่ย่าตายายที่เลี้ยงหลาน รวมถึง ดวงหทัย ยอดทอง et al. (2557) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความรู้สึกเป็น

ภาวะในการดูแลกับการซึมเศร้าในผู้ป่วยตายที่ดูแลหลาน ผลการศึกษาพบว่า รายได้ และภาระหนี้สิน มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ซึ่งตรงข้ามกับการศึกษาของ จิรัชยา เกล้าดี, สุภชัย นาคสุวรรณ, และจักรวาล สุขไมตรี (2560) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุทุกด้าน ได้แก่ 1) อายุ 2) เพศ 3) สถานภาพ 4) ความมีโรค/อาการป่วย 5) ระดับการศึกษา 6) การเป็นสมาชิกกลุ่มของชุมชน 7) แหล่งที่มาของรายได้ 8) รายได้ 9) ภาระหนี้สิน 10) เงินออม 11) การได้รับเบี้ยยังชีพ และ 12) บุคคลที่ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ด้วย ไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

2. การเลี้ยงดูหลาน

นภาพร ศีกเสื่อ (2548) ได้ศึกษาปัจจัยพื้นฐานด้านภาวะสุขภาพ และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูหลานต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ได้แก่ ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูหลาน (ระยะเวลาในการเลี้ยงดู) ขณะเดียวกันนอกจากนั้น Hayslip Jr, Fruhauf, & Dolbin-MacNab (2019) ได้ศึกษาบทบาทของปู่ตายายที่เลี้ยงหลาน ผลการศึกษาพบว่า การเลี้ยงดูหลานเป็นแหล่งความเครียดของผู้เลี้ยงดู ซึ่งเป็นสาเหตุให้มีภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้ที่ต้องเลี้ยงหลานจำนวนหลายคน ประกอบกับการศึกษาของ Arpino, Bordone, & Balbo (2018) ได้ศึกษาความพึงพอใจของปู่ตายายสูงอายุที่มีบทบาทดูแลหลานในทวีปยุโรป ผลการศึกษาพบว่า ปู่ตายายที่เลี้ยงหลานมีความพึงพอใจในระดับดีกว่าปู่ตายายที่ไม่ได้เลี้ยงหลาน แต่จำนวนหลานที่เลี้ยงดู ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบเชิงลบกับความพึงพอใจของผู้สูงอายุ และสุธรรม นันทมงคลชัย และคณะ (2554) ได้ศึกษาวิถีชีวิตของผู้สูงอายุหญิงที่เลี้ยงหลานในเขตชนบทภาคเหนือของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุหญิงที่เลี้ยงหลาน ได้แก่ จำนวนหลานที่เลี้ยงดู และสุนิสา คำชื่น และคณะ (2562) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการมีผู้ช่วยดูแล ($r=-.110, p<.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

นอกจากนั้น พัชรี คมจักรพันธ์ และวรรณิ จันทร์สว่าง (2558) ได้ศึกษาประสบการณ์การอยู่อาศัยในครัวเรือนข้ามรุ่นของผู้สูงอายุไทยในภาคใต้ ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อาศัยในลักษณะนี้ เนื่องจากการที่บุตรแยกครอบครัวไป โดยมีสาเหตุมาจากปัญหาครอบครัว และปัญหาส่วนตัวของบุตรและบุตรมีภาระ และไม่มีคนเลี้ยงหลาน และผู้สูงอายุในกลุ่มนี้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางสังคมเนื่องจากมีภาระที่ต้องทำ ทั้งการงานอาชีพ และการเลี้ยงดูหลาน

3. ภาวะสุขภาพ

เด่น นवलโรสง และสุภาภรณ์ สุตหนองบัว (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอน อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ขณะเดียวกัน ภัทรภรณ์ ดั่งเรือง (2563) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเทศบาลนครนนทบุรี โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.97$, $SD = 0.38$) การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบกับการศึกษาของ นภาพร ศีกเสื่อ (2548) ได้ศึกษาปัจจัยพื้นฐานด้านภาวะสุขภาพ และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูหลานต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ได้แก่ ภาวะสุขภาพ

นอกจากนั้น วิวรรณมา คล้ายคลึง (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการทำบทบาทแม่ของย่า/ยายที่เลี้ยงดูหลาน ผลการศึกษาพบว่า ย่า/ยายที่เลี้ยงดูหลานวัยชวบปีแรก มีความเครียดในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 36 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเครียดในการทำบทบาทแม่ของ ย่า/ยายที่เลี้ยงดูหลาน ได้แก่ ความรู้สึกเป็นภาระด้านการเงิน ($R = .249$, $p < .05$) ความรู้สึกเป็นภาระด้านกิจวัตรประจำวัน ($R = .306$, $p < .01$) และความรู้สึกเป็นภาระด้านสุขภาพ ($R = .350$, $p < .01$) และ Gladstone et al. (2009) ได้ศึกษาภาวะตั้งเครียด ความต้องการบริการ และการมีส่วนร่วมของหน่วยงานสวัสดิการเด็กและสังคม ของปู่ย่าตายายที่เลี้ยงหลานในแคนาดา ผลศึกษาพบว่า ความตั้งเครียดของปู่ย่าตายายที่เลี้ยงหลาน มาจาก 4 สาเหตุหลัก คือ ความรู้สึกที่ต้องรับผิดชอบต่อหลาน ความพอเพียงของรายได้ ความรู้สึกต่อพ่อแม่ของเด็ก และความพอใจต่อระบบสวัสดิการต่าง ๆ และสุธรรม นันทมงคลชัย และคณะ (2554) ได้ศึกษาวิถีชีวิตของผู้สูงอายุหญิงที่เลี้ยงหลานในเขตชนบทภาคเหนือของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เลี้ยงหลานทั้งหมด มีสุขภาพกายดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดให้ความสำคัญในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย แม้ผู้สูงอายุหญิงบางส่วน จะมีโรคประจำตัวเรื้อรัง แต่ก็สามารถดูแลตนเองได้ โดยปัญหาในการเลี้ยงดูหลานที่สำคัญ คือ ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูหลาน

ทั้งนี้ เป็นเพราะเด็กที่ผู้สูงอายุเลี้ยงดูเป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโต รับประทานอาหารและที่นอนมุ้งรวมถึงค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ก็ต้องรอกจากเงินส่งกลับบ้านจากบิดามารดาเด็ก นอกจากนั้น ยังสรุปได้ว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุหญิงที่เลี้ยงหลาน ได้แก่ การมีโรคประจำตัว และความวิตกกังวลเกี่ยวกับหลาน และการศึกษาของ บัญสง คงแสนคำ และโชติกา ธรรมวิเศษ (2562) ได้ศึกษาการเผชิญปัญหาการแก้ปัญหาและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในการเลี้ยงดูเด็ก เขตอำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุไม่ได้มองว่าการเลี้ยงดูหลานเป็นภาระแต่มีความสุขและยินดีที่จะเลี้ยงดูเพราะผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นว่าสามารถเลี้ยงหลานได้ดีกว่าคนอื่น ปัญหาที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญในการเลี้ยงหลานคือ ปัญหาสุขภาพ ส่วนใหญ่มีอาการปวดข้อเข่าและปวดหลัง

4. การใช้บริการสาธารณสุข

การศึกษาและพัฒนาารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในแต่ละสถานบริการภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2564) พบว่า สาเหตุที่ผู้สูงอายุไม่ไปใช้บริการในสถานบริการระดับรพศ./รพท. เมื่อเจ็บป่วย เนื่องจากไม่สะดวกในการรอคอย อีกทั้งไม่นิยมไปใช้สถานบริการระดับ รพ.สต.อาจมีอุปสรรคไม่เพียงพอและไม่ได้พบแพทย์ อีกทั้งพบว่าสาเหตุของปัญหาในการมาใช้บริการของผู้สูงอายุกับระดับของสถานบริการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) พบผู้สูงอายุมีปัญหาไม่มีใครพามาส่ง รongลงมาคือ ระยะเวลาในการรอคอยที่โรงพยาบาลนาน ไม่มีค่าเดินทาง และขั้นตอนในการใช้บริการมาก ซึ่งตรงข้ามกับการศึกษาของ พรนิตา ขจรดำรงเชิดกุล และราเชนทร์ นพณ์ฐวงศกร (2566) ได้ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลสนามชัย อำเภอเมืองจังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีบุคคลผู้ช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย/ต้องไปโรงพยาบาล ที่ต่างกัน มีการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม

เด่น นवलโรสง และสุภาภรณ์ สุตหนองบัว (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอน อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม/ศาสนา การเป็นสมาชิกชมรมและตำแหน่งทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ขณะเดียว สมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์ และเสนห์ แสงเงิน (2560) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ และปลื้มใจ ไพจิตร (2558) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในการดำรงชีวิตของ

ผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้รู้สึกมีคุณค่าต่อตัวเอง สิ่งเหล่านี้เป็นการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี และเกิดความพึงพอใจในชีวิต ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ และเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้

นอกจากนั้น นภาพร ศีกเสื่อ (2548) ได้ศึกษาปัจจัยพื้นฐานด้านภาวะสุขภาพ และประสบการณ์ ในการเลี้ยงดูหลานต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน คือ การดูแลตนเอง ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการมีเวลาเป็นส่วนตัว และพัชรี คมจักรพันธ์ และวราภรณ์ จันทร์สว่าง (2558) ได้ศึกษาประสบการณ์การอยู่อาศัยในครัวเรือนข้ามรุ่นของผู้สูงอายุไทยในภาคใต้ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ต้องเลี้ยงหลานมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางสังคมเนื่องจากมีภาระที่ต้องทำ ทั้งการงานอาชีพ และการเลี้ยงดูหลาน

6. การได้รับการสนับสนุนจากสังคม

ยุพา ทองสุข (2559) ได้ศึกษาความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความผาสุกทางใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 49.98$, S.D. = 4.48) จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 24 ($R = .240$, $F = 44.97$, $p < .001$) โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจสูงสุด คือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .358$, $p < .05$) รองลงมา ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta = .199$, $p < .05$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\beta = .096$, $p < .05$) ขณะเดียวกันวิวรรณาคัลยาศิลป์ (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการทำบทบาทแม่ของย่า/ยายที่เลี้ยงดูหลาน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเครียดในการทำบทบาทแม่ของย่า/ยายที่เลี้ยงดูหลาน ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองในการทำบทบาท ($R = -.266$, $p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($R = -.314$, $p < .01$) นอกจากนี้ Kim et al. (2020) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหลาน และการรับรู้สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ดูแลหลานในประเทศเกาหลี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหลาน คือ การได้รับสนับสนุนรายได้ค่าเลี้ยงดูจากผู้ปกครองเด็กจะทำให้ผู้สูงอายุที่ดูแลหลานมีแรงจูงใจในการเลี้ยงดูหลาน มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้ค่าเลี้ยงดู และพัชราภรณ์ พัฒนะ (2560) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัวและการรับรู้แรงสนับสนุนจากเพื่อนของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

สรุปจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบปัจจัยและตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัว
- 2) การเลี้ยงดูหลาน ได้แก่ จำนวนหลานที่เลี้ยงดู ระยะเวลาที่เลี้ยงหลาน และระยะเวลาในการเลี้ยงดูต่อวัน ลักษณะการเลี้ยงดูหลาน และสาเหตุที่ต้องเลี้ยงดูหลาน
- 3) ภาวะสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว และความวิตกกังวล
- 4) การใช้บริการสาธารณสุข ได้แก่ สถานบริการหลักเมื่อเจ็บป่วย
- 5) การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม
- 6) การได้รับการสนับสนุนจากสังคม

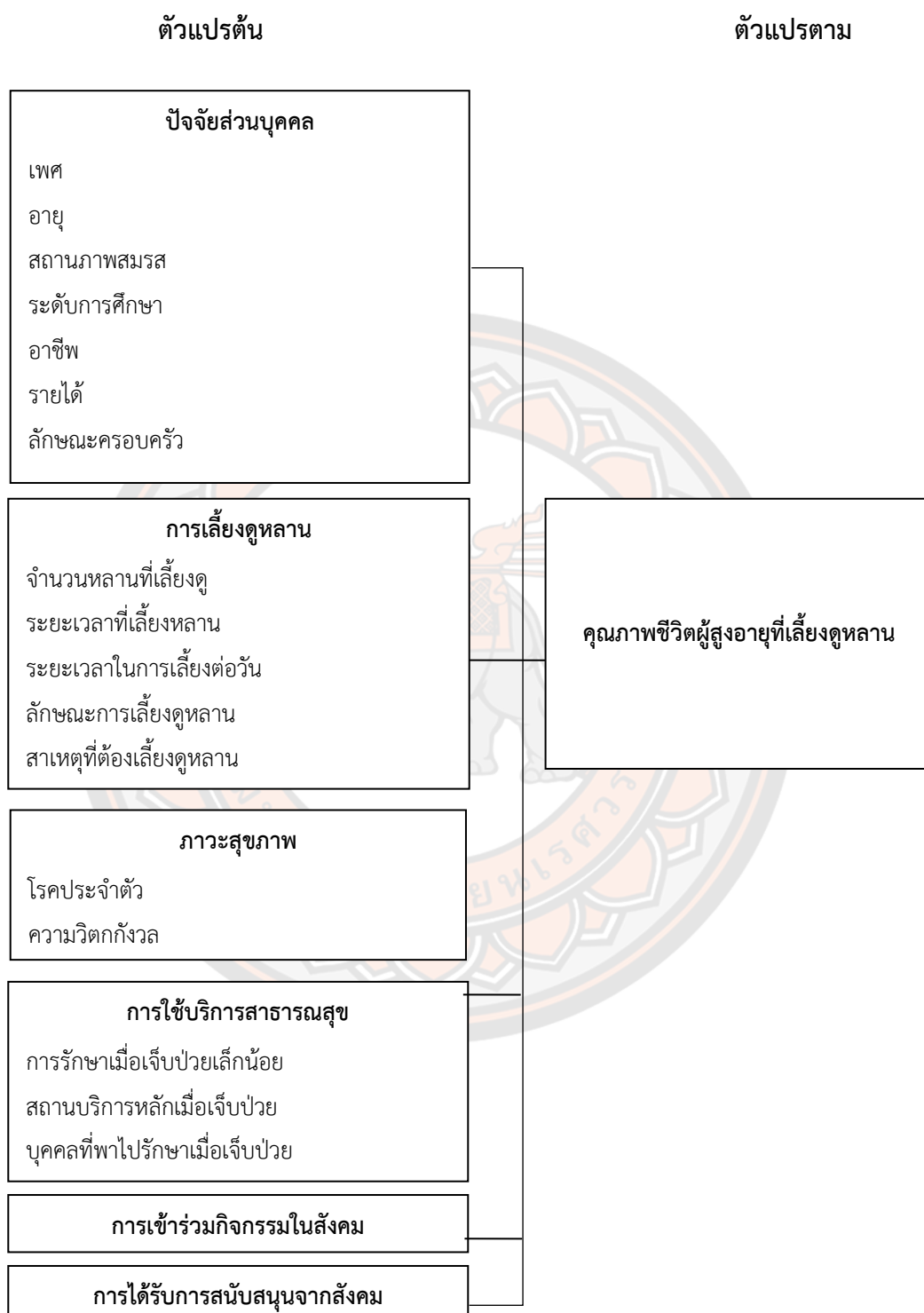
กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิต (World Health Organization, 1997) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม จึงนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานศึกษาคุณภาพชีวิต ทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม และนำมาศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดอุดรดิตถ์ ประกอบกับผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จึงได้ปัจจัยและตัวแปรในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัว
2. การเลี้ยงดูหลาน ได้แก่ จำนวนหลานที่เลี้ยงดู ระยะเวลาที่เลี้ยงหลาน และระยะเวลาในการเลี้ยงดูต่อวัน ลักษณะการเลี้ยงดูหลาน และสาเหตุที่ต้องเลี้ยงดูหลาน
3. ภาวะสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว และความวิตกกังวล
4. การใช้บริการสาธารณสุข ได้แก่ การรักษาเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย สถานบริการหลักเมื่อเจ็บป่วย และบุคคลที่พาไปรักษาเมื่อเจ็บป่วย
5. การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม
6. การได้รับการสนับสนุนจากสังคม

ดังภาพ 3

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาในลักษณะการหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีตา (Eta Coefficient)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-80 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรดิตถ์ และเป็นผู้ดูแลหลักในการเลี้ยงดูหลาน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-80 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรดิตถ์ และเป็นผู้ดูแลหลักในการเลี้ยงดูหลาน จำนวน 245 ราย

เนื่องจากไม่มีสถิติผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานในจังหวัดอุดรดิตถ์ ผู้วิจัยจึงใช้สูตรที่ใช้ในการคำนวณหาขนาดตัวอย่าง คือ สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยในกรณีไม่ทราบประชากร (Cochran, 1997 อ้างอิงใน มารยาท โยทองยศ และปราณี สวัสดิสรณ์, 2551) โดยคำนวณจากสูตรดังนี้

$$n = \frac{\sigma^2 Z^2}{e^2}$$

แทนค่าในสูตรสมการ

$$n = \frac{(0.38)^2 \times (1.96)^2}{(0.05)^2}$$

$$n = 221.89$$

$$n = 222$$

เมื่อ n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

σ คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวอย่าง ผู้วิจัยนำมาจากการศึกษาของภัทรภรณ์ ดวงเรือง (2563) มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.38

e คือ ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ เท่ากับ 5% (0.05)

Z คือ ระดับความเชื่อมั่นหรือระดับนัยสำคัญ เท่ากับ 1.96

ดังนั้น ผู้วิจัยใช้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 222 ราย เพื่อป้องกันแบบสอบถามไม่สมบูรณ์หรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 245 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 การสุ่มเลือกอำเภอ เพื่อเป็นตัวแทนในเขตจังหวัดอุดรดิตถ์มาร้อยละ 20 ของอำเภอทั้งหมด (ภูาสีสิทธิ์ สิ้นไชยกิจ, 2550) โดยเขียนชื่ออำเภอทั้งหมด 9 อำเภอ ใส่กล่องเพื่อสุ่มเลือกอำเภอ ได้แก่ อำเภอฟากท่า ลับแล ทรอน พิชัย น้ำปาด เมืองอุดรดิตถ์ ท่าปลา และบ้านโคก สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) (Koul, 1984 อ้างอิงใน นิทรา กิจธิระวุฒิมวงษ์, 2561, น. 131) สุ่มได้จำนวน 2 อำเภอ คือ อำเภอลับแล และอำเภอฟากท่า

ขั้นที่ 2 การสุ่มเลือกตำบลจากอำเภอที่สุ่มได้มาร้อยละ 20 ของตำบลในอำเภอที่สุ่มได้ (ภูาสีสิทธิ์ สิ้นไชยกิจ, 2550) โดยเขียนชื่อตำบลทั้งหมดของอำเภอที่สุ่มได้ และจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) (Koul, 1984 อ้างอิงใน นิทรา กิจธิระวุฒิมวงษ์, 2561, น. 131) ดังนี้

1. อำเภอลับแล มีทั้งหมด 8 ตำบล ได้แก่ ศรีพนมมาศ แม่พลู นานกกก ฝ่ายหลวง ชัยจุมพล ไผ่ล้อม ทุงยั้ง และด่านแม่คำมัน สุ่มเลือกตำบลมาร้อยละ 50 ของตำบลทั้งหมด (มันโสร้ ดอเลาะ, 2559) ได้จำนวน 4 ตำบล คือ นานกกก ฝ่ายหลวง แม่พลู และไผ่ล้อม
2. อำเภอฟากท่า มีทั้งหมด 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลฟากท่า สองคอน บ้านเสี้ยว และสองห้อง สุ่มเลือกตำบลมาร้อยละ 50 ของตำบลทั้งหมด (มันโสร้ ดอเลาะ, 2559) ได้จำนวน 2 ตำบล คือ ฟากท่า และสองคอน

ขั้นที่ 3 การสุ่มคัดเลือกตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างด้วยสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental sampling) (นิทรา กิจธิระวุฒิมวงษ์, 2561) คือ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยบังเอิญ พบ โดยกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะที่สอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-80 ปี ที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL) อยู่ในกลุ่มที่ 1 คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ โดยผู้ประเมินระดับ ADL คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

2. เป็นผู้ดูแลหลักในการเลี้ยงดูหลาน โดยมีระยะเวลาในการดูแลมากกว่าผู้เป็นบิดามารดา และเลี้ยงดูหลานมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน
3. เข้าใจภาษาไทยและสื่อความหมายได้
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
5. ไม่มีภาวะทุพพลภาพ
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

ผู้สูงอายุที่ย้ายออกจากพื้นที่ในช่วงทำวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ อนุมัติ P2-0018/2565 COA No. 079/2022 และผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษาให้ทราบทุกราย ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยการตอบรับหรือปฏิเสธ จากนั้นผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวม และนำข้อมูลมาใช้เฉพาะในการศึกษาในครั้งนี้เท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อการศึกษาในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยทบทวนจากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน รายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเติมคำ และเลือกตอบ ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเลี้ยงหลาน มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเติมคำ และเลือกตอบ ประกอบด้วยข้อมูล จำนวนหลานที่เลี้ยงดู อายุของหลานที่เลี้ยงดู ลักษณะการเลี้ยงดูหลาน ระยะเวลาที่เลี้ยงหลาน ระยะเวลาในการเลี้ยงดูต่อวัน และสาเหตุที่ต้องเลี้ยงดูหลาน จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ มีข้อคำถามรวม 9 ข้อ ประกอบด้วยคำถามดังนี้

1. โรคประจำตัว มีลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 2 ข้อ

2. ความวิตกกังวล (GAD-7) มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 4 ระดับ คือ ไม่เลย บางวัน เกินกว่า 7 วัน ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา และเกือบทุกวัน จำนวน 7 ข้อ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

กำหนดค่าคะแนนระดับความวิตกกังวลในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

ไม่เลย	เท่ากับ	0	คะแนน
บางวัน	เท่ากับ	1	คะแนน
เกินกว่า 7 วัน ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา	เท่ากับ	2	คะแนน
เกือบทุกวัน	เท่ากับ	3	คะแนน

การแปลผลระดับคะแนนความวิตกกังวล แบ่งเป็น 3 ระดับ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562) คือ

ได้ 0-9 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ อยู่ในระดับเฉลี่ยหรือสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเพียงเล็กน้อย

ได้ 10-14 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง และควรทำแบบประเมินซ้ำในอีก 1-2 สัปดาห์

ได้ 15-21 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับสูง ควรได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ

จากคะแนนความวิตกกังวลใช้ตามเกณฑ์ตามค่าเฉลี่ย ดังต่อไปนี้ประยุกต์การให้คะแนนเป็นการใช้ช่วงคะแนนจากพิสัย (Intervals from the Range) เป็นวิธียุบระดับจาก 4 ระดับ เป็นการแปลผลเพียง 3 ระดับ โดยการหาค่าพิสัย คือ ค่าสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนช่วงที่ต้องการ เช่น ค่าคะแนน เป็น 1, 2, 3 และ 4 เมื่อต้องการยุบให้ได้ช่วงคะแนน 3 ช่วงที่ห่างเท่า ๆ กัน แต่ละช่วงคะแนน นั่นคือ หาค่าพิสัยเท่ากับ $4 - 1 = 3$ และช่วงห่างเท่ากับ $3/3 = 1$ นำไปจัดช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้

คะแนน 1.00-2.00 คะแนน แสดงถึงมีความวิตกกังวลในระดับต่ำ

คะแนน 2.01-3.00 คะแนน แสดงถึงมีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง

คะแนน 3.01-4.00 คะแนน แสดงถึงมีความวิตกกังวลในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถาม ประกอบด้วยคำถามดังนี้

1. การใช้บริการสาธารณสุข มีลักษณะข้อคำถามแบบเติมคำ และเลือกตอบ จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย การรักษาสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย สถานบริการสาธารณสุขที่ใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย และบุคคลที่พาไปรักษาเมื่อเจ็บป่วย

2. การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 4 ระดับ คือ ไม่เข้าร่วม น้อย ปานกลาง และมาก จำนวน 6 ข้อ

ไม่ได้เข้าร่วม	หมายถึง	ท่านไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมเลย
น้อย	หมายถึง	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมน้อย (เดือนละ 1 ครั้ง)
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมปานกลาง (เดือนละ 2-3 ครั้ง)
มาก	หมายถึง	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมมาก (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง)
กำหนดค่าคะแนนระดับความคิดเห็นหรือความรู้สึกในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้		
ไม่ได้เข้าร่วม	เท่ากับ	1 คะแนน
น้อย	เท่ากับ	2 คะแนน
ปานกลาง	เท่ากับ	3 คะแนน
มาก	เท่ากับ	4 คะแนน

การแปลผลระดับคะแนน

จากคะแนนการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมใช้ตามเกณฑ์ตามค่าเฉลี่ย ดังต่อไปนี้ประยุกต์การให้คะแนนเป็นการใช้ช่วงคะแนนจากพิสัย (Intervals from the Range) เป็นวิธียุบระดับจาก 4 ระดับ เป็นการแปลผลเพียง 3 ระดับ โดยการหาค่าพิสัย คือ ค่าสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนช่วงที่ต้องการ เช่น ค่าคะแนน เป็น 1 , 2 , 3 และ 4 เมื่อต้องการยุบให้ได้ช่วงคะแนน 3 ช่วงที่ห่างเท่า ๆ กัน แต่ละช่วงคะแนน นั่นคือ หาค่าพิสัยเท่ากับ $4 - 1 = 3$ และช่วงห่างเท่ากับ $3/3 = 1$ นำไปจัดช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้

คะแนน 1.00-2.00 คะแนน แสดงถึงมีการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมน้อย

คะแนน 2.01-3.00 คะแนน แสดงถึงมีการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมปานกลาง

คะแนน 3.01-4.00 คะแนน แสดงถึงมีการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมมาก

3. การได้รับการสนับสนุนจากสังคม คำถามที่ถามถึงการได้รับการสนับสนุนจากสังคม มีลักษณะข้อคำตอบเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 4 ระดับ คือ ไม่ได้รับ น้อย ปานกลาง และมาก จำนวน 16 ข้อ

ไม่ได้รับ	หมายถึง	ท่านไม่ได้รับการสนับสนุนเลย
น้อย	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุนน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุนปานกลาง
มาก	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุนมาก

กำหนดค่าคะแนนระดับความคิดเห็นหรือความรู้สึกในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้		
ไม่ได้รับ	เท่ากับ	1 คะแนน
น้อย	เท่ากับ	2 คะแนน
ปานกลาง	เท่ากับ	3 คะแนน
มาก	เท่ากับ	4 คะแนน

การแปลผลระดับคะแนน

จากคะแนนการได้รับการสนับสนุนจากสังคมใช้ตามเกณฑ์ตามค่าเฉลี่ย ดังต่อไปนี้ ประยุกต์การให้คะแนนเป็นการใช้ช่วงคะแนนจากพิสัย (Intervals from the Range) เป็นวิธียุบระดับจาก 4 ระดับ เป็นการแปลผลเพียง 3 ระดับ โดยการหาค่าพิสัย คือ ค่าสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนช่วงที่ต้องการ เช่น ค่าคะแนน เป็น 1 , 2 , 3 และ 4 เมื่อต้องการยุบให้ได้ช่วงคะแนน 3 ช่วงที่ห่างเท่า ๆ กัน แต่ละช่วงคะแนน นั่นคือ หาค่าพิสัยเท่ากับ $4 - 1 = 3$ และช่วงห่างเท่ากับ $3/3 = 1$ นำไปจัดช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ (Best, 1977) ดังนี้

คะแนน 1.00-2.00 คะแนน แสดงถึงการได้รับการสนับสนุนจากสังคมต่ำ

คะแนน 2.01-3.00 คะแนน แสดงถึงการได้รับการสนับสนุนจากสังคมปานกลาง

คะแนน 3.01-4.00 คะแนน แสดงถึงการได้รับการสนับสนุนจากสังคมสูง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด กับเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (WHOQOL - BREF - THAI) (World Health Organization, 2004) จากนั้นกรมสุขภาพจิตได้นำแบบประเมินดังกล่าวมาแปลเป็นภาษาไทย และทดสอบความถูกต้องทางด้านเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญภาษาไทย และภาษาอังกฤษเป็นผู้ตรวจสอบความตรงทางภาษา โดยข้อคำถามมีทั้งหมด 26 ข้อคำถาม ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบ จำนวน 2 ข้อ และด้านบวก จำนวน 24 ข้อ รวมจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 26 ข้อ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545) มีรายละเอียดดังนี้

1. องค์ประกอบทางด้านร่างกาย เป็นการประเมินทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายที่มีความหมายด้านลบ จำนวน 1 ข้อ คือ ข้อที่ 1 และข้อคำถามที่มีความหมายที่มีความหมายด้านบวก จำนวน 6 ข้อ คือ ข้อที่ 2-7

2. องค์ประกอบทางด้านจิตใจ เป็นการประเมินทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายที่มีความหมายด้านลบ จำนวน 1 ข้อ คือ ข้อที่ 12 และข้อคำถามที่มีความหมายที่มีความหมายด้านบวก จำนวน 5 ข้อ คือ ข้อที่ 8, 9, 10, 11 และ 13

3. องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เป็นการประเมินทางสังคมของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายที่มีความหมายด้านบวกทั้งหมด คือ ข้อที่ 14-16

4. องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม เป็นการประเมินสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายที่มีความหมายด้านบวกทั้งหมด คือ ข้อที่ 17-24

5. องค์ประกอบด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นการประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน มีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ คือ ข้อที่ 25 และข้อที่ 26 ซึ่งถามเพื่อประเมินความพึงพอใจในชีวิต และชีวิตความเป็นอยู่เพื่อเปรียบเทียบกับประเมินคุณภาพชีวิตที่ได้จากข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 24

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับมีค่าคะแนนน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน และมากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 26-130 คะแนน ข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบจะถูกกลับค่าคะแนนก่อนการคำนวณหาค่าคะแนนรวมของทั้งชุดเช่นเดียวกัน

การแปลผลระดับคะแนน

การแปลผลระดับคะแนนคุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และมีคุณภาพชีวิตระดับที่ดี ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 แสดงการแปลผลระดับคุณภาพชีวิตทั่วไป (WHOQOL-BREF-THAI) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

คะแนนคุณภาพชีวิต	มีคุณภาพชีวิต ที่ไม่ดี	มีคุณภาพชีวิต ปานกลาง	มีคุณภาพชีวิต ที่ดี
คุณภาพชีวิตรายด้าน			
1. ด้านร่างกาย (7 ข้อ)	7-16	17-26	27-35
2. ด้านจิตใจ (6 ข้อ)	6-14	15-22	23-30
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (3 ข้อ)	3-7	8-11	12-15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม (8 ข้อ)	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	24-59	56-87	88-120
ความพึงพอใจในชีวิต (ข้อ 25, 26)	2-4	5-7	8-10

สำหรับการแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้าน, รายข้อ และการหาความสัมพันธ์ผู้วิจัยได้วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยจากคะแนนคุณภาพชีวิต ใช้เกณฑ์ตามค่าเฉลี่ย ดังต่อไปนี้ประยุกต์การให้คะแนนเป็นการใช้ช่วงคะแนนจากพิสัย (Intervals from the Range) เป็นวิธีที่ยุบระดับจาก 5 ระดับ เป็นการแปลผลเพียง 3 ระดับ โดยการหาค่าพิสัย คือ ค่าสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนช่วงที่ต้องการ เช่น ค่าคะแนน เป็น 1, 2, 3, 4 และ 5 เมื่อต้องการยุบให้ได้ช่วงคะแนน 3 ช่วง

ที่ห่างเท่า ๆ กัน แต่ช่วงคะแนน นั่นคือ หาค่าพิสัยเท่ากับ $5 - 1 = 4$ และช่วงห่างเท่ากับ $4/3 = 1.33$ นำไปจัดช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้

คะแนน 3.67 - 5.00 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คะแนน 2.34 - 3.66 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 2.33 - 1.00 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ (validity) เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรง (Content validity) โดยผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. สร้างแบบสอบถาม
2. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสร็จเรียบร้อยแล้วเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถาม ได้ค่า IOC ของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.88 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ IOC มีค่าไม่ต่ำกว่า 0.5 (นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์, 2561)
3. ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะต่าง ๆ มาใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขข้อความและเนื้อหา ให้เป็นมติจากผู้เชี่ยวชาญ และพัฒนาเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเพื่อการทำวิจัยให้มีคุณภาพวิจัยต่อไป

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

1. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุง แก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน ในพื้นที่อำเภอพิชัย
2. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแต่ละปัจจัย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient ภาพรวม เท่ากับ 0.90 โดยแยกรายฉบับ ดังนี้ 1) แบบสอบถามความวิตกกังวล เท่ากับ 0.84 2) แบบสอบถามการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม เท่ากับ 0.85 3) แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนจากสังคม เท่ากับ 0.90 และ 4) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.91 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ ไม่ต่ำกว่า 0.7

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชั้นเตรียมการ

1.1 เสนอโครงการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาแล้วให้คณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมเกี่ยวกับวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัย

1.2 ทำหนังสือผ่านคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดอุดรดิตถ์ ประกอบด้วย อำเภอปากท่า และอำเภอลับแล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล

1.3 เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เพื่อสำรวจพื้นที่ สํารวจรายชื่อผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามกลุ่มตัวอย่าง และร่วมวางแผนในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในระดับตำบลและหมู่บ้าน

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 การประสานงานเพื่อขอเก็บข้อมูลในพื้นที่

ผู้วิจัยประสานสาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เพื่อขอความร่วมมือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คัดเลือกและนัดหมายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูลเข้าประชุมรับฟังการชี้แจงรายละเอียด และวิธีเก็บข้อมูล

2.2 การทำความเข้าใจแบบสอบถาม

ผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงรายละเอียด และวิธีเก็บข้อมูลให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่จะช่วยเก็บข้อมูล โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูล และทำความเข้าใจข้อคำถามแต่ละข้อในแบบสอบถามให้มีความเข้าใจตรงกัน แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ช่วยเก็บข้อมูล

2.3 การเก็บข้อมูล

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ช่วยเก็บข้อมูล ลงพื้นที่ในหมู่บ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เก็บข้อมูลตามแบบสอบถามจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.4 การตรวจสอบความถูกต้อง

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามทั้งหมดหลังเก็บข้อมูลทุกราย หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามของแต่ละรายมาประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยประมวลผลข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะการเลี้ยงดูหลาน ภาวะสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนจากสังคม โดยแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน โดยคำนวณ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แจกแจงความถี่ตามระดับคุณภาพชีวิตรายชื่อ รายด้าน และภาพรวม
3. วิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ประกอบด้วย อายุ รายได้ จำนวนหลานที่เลี้ยงดู ระยะเวลาที่เลี้ยงดู ระยะเวลาที่เลี้ยงดูต่อวัน ความวิตกกังวล การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และการได้รับการสนับสนุนจากสังคม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05
4. วิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการเลี้ยงดู เหตุผลที่ต้องเลี้ยงดู โรคประจำตัว และการใช้บริการสาธารณสุข โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีตา (Eta Coefficient) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาในลักษณะการหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดอุดรดิตถ์ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยมีกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-80 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรดิตถ์ และเป็นผู้ดูแลหลักในการเลี้ยงดูหลาน จำนวน 245 ราย หลังจากนั้นได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ซึ่งได้แก่ การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีตา (Eta Coefficient) และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะการเลี้ยงดูหลาน ภาวะสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนจากสังคม โดยแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน โดยคำนวณค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แจกแจงความถี่ตามระดับคุณภาพชีวิตรายข้อ รายด้าน และภาพรวม

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ประกอบด้วย อายุ รายได้ การเลี้ยงดูหลาน จำนวนหลานที่เลี้ยงดู ระยะเวลาที่เลี้ยงดูหลาน ระยะเวลาที่เลี้ยงดูต่อวัน ความวิตกกังวล การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และการได้รับการสนับสนุนจากสังคม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation)

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะการอยู่อาศัย บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการเลี้ยงดู เหตุผลที่ต้องเลี้ยงดูโรคประจำตัว และการใช้บริการสาธารณสุข โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีตา (Eta Coefficient)

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะการเลี้ยงดูหลาน ภาวะสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนจากสังคม โดยแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตาราง 6 แสดงจำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง (N=245) จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ลักษณะการอยู่อาศัย

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
เพศ		
ชาย	77 (31.43)	
หญิง	168 (68.57)	
อายุ (ปี)		66.56 (5.07)
60-65 ปี	131 (53.47)	
66-70 ปี	62 (25.31)	
71-75 ปี	34 (13.88)	
76-80 ปี	18 (7.35)	
Min = 60 ปี Max = 80 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	4 (1.63)	
คู่	177 (72.24)	
หย่า / หม้าย	62 (25.31)	
แยก	2 (0.82)	
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5 (2.04)	
ประถมศึกษา	200 (81.63)	
มัธยมศึกษา/ปวช.	25 (10.20)	
อนุปริญญา/ปวส.	6 (2.45)	
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	9 (3.67)	
สูงกว่าปริญญาตรี	0	

ตาราง 6 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	65 (26.53)	
เกษตรกรกรรม	143 (58.37)	
ค้าขาย	9 (3.67)	
รับจ้างทั่วไป	9 (3.67)	
ข้าราชการบำนาญ	12 (4.90)	
ธุรกิจส่วนตัว	7 (2.86)	
รายได้ต่อเดือน (บาท)		5106.53 (6362.62)
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000	179 (73.06)	
5,001-10,000	48 (19.59)	
10,001-15,000	4 (1.63)	
มากกว่า 15,000	14 (5.71)	
แหล่งที่มาของรายได้*		
ตนเอง	125 (51.04)	
สามี/ภรรยา	59 (24.13)	
ลูก หลาน	150 (61.20)	
ญาติ	2 (0.81)	
สวัสดิการของรัฐ (เบี้ยยังชีพ เงินบำนาญ)	162 (66.07)	
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน	28 (11.43)	
ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน	108 (44.08)	
เพียงพอ แต่ไม่มีเหลือ	74 (30.20)	
เพียงพอ มีเหลือเก็บ	35 (14.29)	
ลักษณะของครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	222 (90.61)	
ครอบครัวขยาย	23 (9.39)	

ตาราง 6 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย		
อยู่กับหลานเพียงลำพัง	33 (13.47)	
อยู่กับลูกและหลาน	57 (23.27)	
อยู่กับคู่สมรสและหลาน	149 (60.82)	
อยู่กับญาติและหลาน	6 (2.45)	

*แหล่งที่มาของรายได้มากกว่า 1 แหล่ง ร้อยละรวมกันมากกว่า 100.00

จากตาราง 6 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะของครอบครัว และบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย การศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.57 อายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี ร้อยละ 53.47 อายุต่ำสุด 60 ปี และอายุสูงสุด 80 ปี อายุเฉลี่ย 66.56 ปี (S.D. = 5.07) สถานภาพส่วนใหญ่เป็นสถานภาพคู่ ร้อยละ 72.24 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 81.63 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 58.37 รายได้ต่อเดือน (รวมเงินผู้สูงอายุ) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 73.06 รายได้เฉลี่ย 5,106.53 บาท (S.D. = 6,362.62) แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มาจากสวัสดิการของรัฐ เช่น เบี้ยยังชีพ เงินบำนาญ ร้อยละ 66.07 ส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน ร้อยละ 44.08 ลักษณะการอยู่อาศัยของครอบครัวส่วนใหญ่อาศัยลักษณะครอบครัวเดี่ยว (ครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวไม่เกิน 2 รุ่น คือ พ่อแม่เด็ก และปู่ย่าตายาย) ร้อยละ 90.61 และบุคคลในอาศัยอยู่ด้วยส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรสและหลาน ร้อยละ 60.82

ตาราง 7 แสดงจำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง (N=245) จำแนกตามการเลี้ยงดูหลาน ได้แก่ อายุของหลานที่เลี้ยงดู ระยะเวลาที่เลี้ยงหลาน ระยะเวลาในการเลี้ยงต่อวัน ลักษณะการเลี้ยงดูหลาน และเหตุผลที่ต้องเลี้ยงดูหลาน

การเลี้ยงดูหลาน	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
จำนวนหลานที่เลี้ยงดู (คน)		
1 คน	190 (77.55)	
2 คน	48 (19.59)	
3 คน	7 (2.86)	
อายุของหลานที่เลี้ยงดู (ปี)		8.30 (3.19)
คนที่ 1 (N=245)		
0-5 ปี	48 (19.59)	
6-10 ปี	102 (41.63)	
10-15 ปี	95 (38.78)	
คนที่ 2 (N=55)		
0-5 ปี	25 (45.45)	
6-10 ปี	29 (52.73)	
10-15 ปี	1 (1.82)	
คนที่ 3 (N=7)		
0-5 ปี	5 (71.43)	
6-10 ปี	2 (28.57)	
10-15 ปี	0	
Min = 1 ปี Max = 12 ปี		
ระยะเวลาที่เลี้ยงดูหลาน (ปี)		7.81 (3.27)
Min = 1 ปี Max = 12 ปี		
ระยะเวลาที่เลี้ยงดูหลานต่อวัน (ชั่วโมง)		14.94 (6.51)
1-6 ชั่วโมง	23 (9.39)	
7-12 ชั่วโมง	88 (35.92)	
13-18 ชั่วโมง	58 (23.67)	
19-24 ชั่วโมง	76 (31.02)	
Min = 4 ชั่วโมง Max = 24 ชั่วโมง		

ตาราง 7 (ต่อ)

การเลี้ยงดูหลาน	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
ลักษณะการเลี้ยงดูหลาน		
มีคนช่วยดูแล	176 (71.84)	
ดูแลคนเดียว	69 (28.16)	
เหตุผลที่ต้องเลี้ยงดูหลาน		
พ่อแม่เด็กไปทำงานที่อื่น	171 (69.80)	
พ่อแม่เด็กหย่าร้างกัน	69 (28.16)	
พ่อแม่เด็กเจ็บป่วย	3 (1.22)	
พ่อแม่เด็กติดคุก	2 (0.82)	

จากตาราง 7 ข้อมูลการเลี้ยงดูหลานของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุของหลานที่เลี้ยงดู ระยะเวลาที่เลี้ยงหลาน ระยะเวลาในการเลี้ยงต่อวัน ลักษณะการดูแลหลาน และเหตุผลที่ต้องเลี้ยงดู การศึกษา พบว่า มีหลานต้องเลี้ยงดู จำนวน 1 คน ร้อยละ 77.55 อายุของหลานที่เลี้ยงดูเฉลี่ย 8.3 ปี (S.D. = 3.19) อายุของหลานที่น้อยที่สุด 1 ปี และอายุของหลานมากที่สุด 12 ปี ระยะเวลาที่ท่านเลี้ยงดูหลานเฉลี่ย 7.81 ปี (S.D. = 3.27) ระยะเวลาที่เลี้ยงดูหลานน้อยที่สุด 1 ปี และระยะเวลาที่เลี้ยงดูหลานมากที่สุด 12 ปี ระยะเวลาที่เลี้ยงดูหลานต่อวันส่วนใหญ่ 7-12 ชั่วโมง ร้อยละ 35.92 ระยะเวลาที่เลี้ยงดูหลานต่อวันเฉลี่ย 14.94 ชั่วโมง (S.D. = 6.51) ระยะเวลาที่เลี้ยงดูหลานต่อวันน้อยที่สุด 4 ชั่วโมง และระยะเวลาที่เลี้ยงดูหลานต่อวันมากที่สุด 24 ชั่วโมง ลักษณะการเลี้ยงดูหลานส่วนใหญ่มีคนช่วยดูแล ร้อยละ 71.84 และเหตุผลที่ต้องเลี้ยงดูหลานส่วนใหญ่พ่อแม่เด็กไปทำงานที่อื่น ร้อยละ 69.80

ตาราง 8 แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง (N=245) จำแนกตามภาวะสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว และความวิตกกังวล

ภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มี	130	53.06
มี	115	46.94
ความวิตกกังวล		
ต่ำ	236	96.33
ปานกลาง	9	3.67

จากตาราง 8 ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย โรคประจำตัว และความวิตกกังวล การศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.06 และส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 96.33 และไม่มีผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานที่มีความวิตกกังวลสูง

ตาราง 9 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยแจกแจงความวิตกกังวล (N=245) จำแนกรายข้อ

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย (S.D.)	การแปลผล
1. ท่านรู้สึกตึงเครียด วิตกกังวล หรือ กระวนกระวาย	1.40 (0.52)	ต่ำ
2. ท่านไม่สามารถหยุดหรือควบคุมความกังวลได้	1.33 (0.50)	ต่ำ
3. ท่านกังวลในเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับหลาน	1.50 (0.64)	ต่ำ
4. ท่านทำตัวให้ผู้อื่นคลายได้ยาก	1.38 (0.56)	ต่ำ
5. ท่านรู้สึกกระสับกระส่ายจนไม่สามารถนั่งนิ่ง ๆ ได้	1.18 (0.40)	ต่ำ
6. ท่านกลายเป็นคนขี้อาย หรือ หงุดหงิดง่าย	1.39 (0.55)	ต่ำ
7. ท่านรู้สึกกลัวเหมือนว่าจะมีอะไรร้าย ๆ เกิดขึ้น	1.21 (0.47)	ต่ำ

จากตาราง 9 พบว่า ข้อคำถามวัดความวิตกกังวล มีข้อคำถาม 7 ข้อ พบว่า ซึ่งเมื่อจำแนก รายข้อ เรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ท่านกังวลในเรื่อง ต่าง ๆ เกี่ยวกับหลาน (ระดับต่ำ) ($\bar{X} = 1.50$, S.D. = 0.64) รองลงมาคือ ท่านรู้สึกตึงเครียด วิตกกังวล หรือ กระทบกระวายเป็น (ระดับต่ำ) ($\bar{X} = 1.40$, S.D. = 0.52) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ท่านรู้สึกกระสับกระส่ายจนไม่สามารถนั่งนิ่ง ๆ ได้ (ระดับต่ำ) ($\bar{X} = 1.18$, S.D. = 0.40)

ตาราง 10 แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง (N=245) ในการใช้บริการสาธารณสุข

การใช้บริการสาธารณสุข	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย		
ซื้อมารับประทานเอง	112	45.71
ใช้วิธีทางไสยศาสตร์	3	1.22
ใช้ยาแผนโบราณ/สมุนไพร	30	12.24
อื่น ๆ (ไปพบแพทย์, ไป รพ.สต.)	100	40.82
สถานบริการหลักเมื่อเจ็บป่วย		
รพ.สต.	188	76.73
โรงพยาบาลชุมชน	17	6.94
โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์	20	8.16
โรงพยาบาลเอกชน/คลินิก	20	8.16
บุคคลที่พาไปรักษาเมื่อเจ็บป่วย		
ไปเอง	70	28.57
คู่สมรส	87	35.51
บุตร/หลาน	88	35.92

จากตาราง 10 ข้อมูลการใช้บริการสาธารณสุข พบว่า ผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานเมื่อเจ็บป่วย เล็กน้อยส่วนใหญ่จะซื้อมารับประทานเอง ร้อยละ 45.71 เมื่อเจ็บป่วยสถานบริการสาธารณสุข ส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษา คือ รพ.สต. ร้อยละ 76.73 โดยบุคคลที่พาไปรักษาเมื่อเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ เป็นบุตร/หลาน ร้อยละ 35.92

ตาราง 11 แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง (N=245) จำแนกตามการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม

การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม	จำนวน	ร้อยละ
เข้าร่วมน้อย (เดือนละ 1 ครั้ง)	16	6.53
เข้าร่วมปานกลาง (เดือนละ 2-3 ครั้ง)	126	51.43
เข้าร่วมมาก (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง)	103	42.04

จากตาราง 11 ข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม พบว่า ผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานส่วนใหญ่ มีการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.43

ตาราง 12 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยแจกแจงการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม (N=245) จำแนกรายข้อ

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย (S.D.)	การแปลผล
1. ท่านทำกิจกรรมร่วมกับลูกหลานของท่าน/ ครอบครัว/เพื่อนบ้าน	2.24 (0.67)	เข้าร่วมปานกลาง
2. ท่านให้ความช่วยเหลือกับชุมชนหรือองค์กรต่าง ๆ เช่น จิตอาสา ร่วมพัฒนาหมู่บ้าน ฯลฯ	2.09 (0.67)	เข้าร่วมปานกลาง
3. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมที่ชุมชนของท่านจัดอย่าง สม่ำเสมอ เช่น ไปพบปะ สังสรรค์ รับประทานอาหาร อาหาร ร่วมประชุม งานเลี้ยง งานศพ	2.07 (0.64)	เข้าร่วมปานกลาง
4. ท่านเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ	1.85 (0.79)	เข้าร่วมน้อย
5. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพกับชุมชน เช่น การตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย ฯลฯ	2.05 (0.72)	เข้าร่วมปานกลาง
6. ท่านมีกลุ่มเพื่อนในชุมชนในการพบปะพูดคุย	2.18 (0.66)	เข้าร่วมปานกลาง

จากตาราง 12 พบว่า ข้อคำถามวัดการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม มีข้อคำถาม 6 ข้อ ซึ่งเมื่อ จำแนกรายข้อ เรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ท่านทำ กิจกรรมร่วมกับลูกหลานของท่าน/ครอบครัว/เพื่อนบ้าน (เข้าร่วมปานกลาง) (\bar{X} = 2.24, S.D. = 0.67) รองลงมาคือ ท่านมีกลุ่มเพื่อนในชุมชนในการพบปะพูดคุย (เข้าร่วมปานกลาง) (\bar{X} = 2.18,

S.D. = 0.66) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ท่านเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ (เข้าร่วมน้อย) (\bar{X} = 1.85, S.D. = 0.79)

ตาราง 13 แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง (N=245) จำแนกตามการได้รับการสนับสนุนจากสังคม

การได้รับการสนับสนุนจากสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ปานกลาง	39	15.92
สูง	206	84.08

จากตาราง 13 ข้อมูลการได้รับการสนับสนุนจากสังคม พบว่า ผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานส่วนใหญ่มีการได้รับการสนับสนุนจากสังคม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.08 และไม่มีผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานที่ได้รับการสนับสนุนจากสังคมในระดับต่ำ

ตาราง 14 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยแจกแจงการได้รับการสนับสนุนจากสังคม (N=245) จำแนกรายข้อ

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย (S.D.)	การแปลผล
1. เพื่อนบ้านเป็นมิตรกับท่านดี	3.62 (0.53)	สูง
2. ผู้ที่มีส่วนในการตัดสินใจที่สำคัญ ๆ ของท่าน คือ ครอบครัว	3.75 (0.46)	สูง
3. เมื่อมีปัญหาหรือเรื่องไม่สบายใจท่านได้รับความแนะนำช่วยเหลือ หรือได้รับกำลังใจจาก ครอบครัว	3.79 (0.45)	สูง
4. เมื่อมีปัญหาหรือเรื่องไม่สบายใจท่านได้รับความแนะนำช่วยเหลือ หรือได้รับกำลังใจจาก เพื่อนบ้าน	3.17 (0.59)	สูง
5. เมื่อมีปัญหาหรือเรื่องไม่สบายใจท่านได้รับความแนะนำช่วยเหลือ หรือได้รับกำลังใจจาก ชุมชน	2.99 (0.71)	ปานกลาง
6. ท่านได้รับความช่วยเหลือหรือสามารถพึ่งพาสมาชิกใน ครอบครัว	3.78 (0.50)	สูง
7. ท่านได้รับความช่วยเหลือหรือสามารถพึ่งพาสมาชิกใน ชุมชน	3.07 (0.67)	สูง

ตาราง 14 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย (S.D.)	การแปล ผล
8. เมื่อท่านเจ็บป่วย ครอบครัว ของท่านได้ไปเยี่ยมเยียนท่าน	3.83 (0.42)	สูง
9. เมื่อท่านเจ็บป่วยญาติ ของท่านได้ไปเยี่ยมเยียนท่าน	3.48 (0.63)	สูง
10. เมื่อท่านเจ็บป่วย เพื่อนบ้าน ของท่านได้ไปเยี่ยมเยียนท่าน	3.08 (0.71)	สูง
11. ญาติมิตรเดินทางมาเยี่ยมเยียนท่าน	3.17 (0.70)	สูง
12. สมาชิกในครอบครัวคอยเตือนท่าน เมื่อท่านปฏิบัติตัวด้าน พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมด้านต่างๆ เช่น ไม่ออกกำลังกาย สูบบุหรี่ กินอาหารไม่เป็นเวลา	3.56 (0.62)	สูง
13. สมาชิกในครอบครัวคอยเตือนท่าน หากท่านมีนัดพบแพทย์หรือ อื่น ๆ เช่น รับเงิน นัดพบแขก	3.60 (0.61)	สูง
14. ท่านได้รับความรู้ หรือข่าวสารต่าง ๆ ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ หรือเหตุการณ์บ้านเมืองจาก ครอบครัว	3.61 (0.55)	สูง
15. ท่านได้รับความรู้ หรือข่าวสารต่าง ๆ ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ หรือเหตุการณ์บ้านเมืองจาก ชุมชน	3.34 (0.67)	สูง
16. คนในชุมชนให้ความเคารพนับถือท่าน	3.27 (0.60)	สูง

จากตาราง 14 พบว่า ข้อคำถามวัดการได้รับการสนับสนุนจากสังคม มีข้อคำถาม 16 ข้อ ซึ่งเมื่อจำแนกรายข้อ เรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ท่านเมื่อท่านเจ็บป่วย ครอบครัว ของท่านได้ไปเยี่ยมเยียนท่าน (ระดับสูง) ($\bar{X} = 3.83$, S.D. = 0.42) รองลงมาคือ เมื่อมีปัญหาหรือเรื่องไม่สบายใจท่านได้รับคำแนะนำช่วยเหลือ หรือได้รับกำลังใจจาก ครอบครัว (ระดับสูง) ($\bar{X} = 3.79$, S.D. = 0.45) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ เมื่อมีปัญหาหรือเรื่องไม่สบายใจท่านได้รับคำแนะนำช่วยเหลือ หรือได้รับกำลังใจจากชุมชน (ระดับสูง) ($\bar{X} = 2.99$, S.D. = 0.71)

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน โดยคำนวณค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แจกแจงตามระดับคุณภาพชีวิตรายข้อ รายด้าน และภาพรวม

ตาราง 15 แสดงจำนวน ร้อยละ ตามระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน (N=245)

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตที่ดี	135	55.10
คุณภาพชีวิตปานกลาง	110	44.90
$\bar{X} = 3.67$		S.D. = 0.45
		Max = 4.80
		Min = 2.66

จากตาราง 15 พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดอุดรดิตถ์ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 55.10 รองลงมาคือคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.90 และไม่พบผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

ตาราง 16 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยแจกแจงระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน (N=245) จำแนกรายด้าน และภาพรวม

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
คุณภาพชีวิตรายด้าน			
ด้านร่างกาย	3.54	0.53	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	3.69	0.48	ดี
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3.60	0.68	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.86	0.49	ดี
คุณภาพชีวิตภาพรวม	3.67	0.45	ดี
ความพึงพอใจในชีวิต (ข้อ 25, 26)	3.69	0.45	ดี

จากตาราง 16 พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานจังหวัดอุดรดิตถ์ในภาพรวม อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่ดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.45 เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี คือ ด้านสิ่งแวดล้อม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 รองลงมาคือ ด้านจิตใจ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 และด้านที่คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 และด้านร่างกาย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54

ไม่มีด้านใดที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี และมีความพึงพอใจในชีวิต อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.45

ตาราง 17 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยแจกแจงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน (N=245) จำแนกรายข้อ

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย	3.54	0.53	ดี
1. การเจ็บปวดทางร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักน้อยเพียงใด	2.77	0.81	ปานกลาง
2. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)	3.49	0.81	ปานกลาง
3. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักน้อยเพียงใด	3.80	0.73	ดี
4. ท่านรู้สึกพอใจมากขึ้นแค่นั้นที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	3.86	0.69	ดี
5. ท่านจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลมากนักน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ในแต่ละวัน	3.26	1.08	ปานกลาง
6. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากนักน้อยเพียงใด	3.75	0.80	ดี
7. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตัวเองได้ดีเพียงใด	3.88	0.92	ดี
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	3.69	0.48	ดี
8. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับชีวิต (เช่นมีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด	4.01	0.64	ดี
9. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆดีเพียงใด	3.85	0.73	ดี
10. ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากขึ้นแค่นั้น	4.16	0.63	ดี
11. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม	4.08	0.81	ดี

ตาราง 17 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	การแปล ผล
12. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง	2.03	1.12	ดี
13. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน	4.11	0.82	ดี
คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3.60	0.68	ปานกลาง
14. ท่านพอใจกับการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา แค่ไหน	3.94	0.63	ดี
15. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆแค่ไหน	3.78	0.66	ดี
16. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน(ชีวิตทางเพศ หมายถึงเมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธี จัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเอง หรือการมีเพศสัมพันธ์)	3.08	1.26	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	3.86	0.49	ดี
17. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมใน แต่ละวัน	4.09	0.67	ดี
18. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อย เพียงใด	4.24	0.64	ดี
19. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด	3.36	0.79	ปานกลาง
20. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตาม ความจำเป็นเพียงใด	4.08	0.70	ดี
21. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมาก น้อยเพียงใด	3.84	0.63	ดี
22. ท่านมีโอกาสที่ได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด	3.80	0.67	ดี
23. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด	4.00	0.66	ดี

ตาราง 17 (ต่อ)

ข้อความคำถาม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
24. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด	3.64	3.81	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตภาพรวม	3.67	0.45	ดี
ความพึงพอใจในชีวิต	3.69	0.45	ดี
25. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างไร	3.80	0.75	ดี
26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด	3.79	0.72	ดี

จากตาราง 17 พบว่า ข้อคำถามวัดคุณภาพชีวิต เมื่อจำแนกรายข้อ เรียงลำดับตามค่าเฉลี่ย จากมากไปน้อย พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด ($\bar{X} = 4.24$, S.D. = 0.81) รองลงมาคือ ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน ($\bar{X} = 4.16$, S.D. = 0.73) ท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน ($\bar{X} = 4.11$, S.D. = 0.69) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง ($\bar{X} = 2.03$, S.D. = 0.66) การเจ็บปวดทางร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากน้อยเพียงใด ($\bar{X} = 2.77$, S.D. = 0.81) และท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน(ชีวิตทางเพศ หมายถึงเมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์) ($\bar{X} = 3.08$, S.D. = 1.26) เมื่อจำแนกรายข้อตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ดังนี้

1. ด้านสุขภาพกาย ผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.54$, S.D. = 0.53) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ท่านยังคงสามารถไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเอง ($\bar{X} = 3.88$, S.D. = 0.92) รองลงมาคือ ท่านพึงพอใจกับการดำเนินชีวิตประจำวัน สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันได้ ($\bar{X} = 3.86$, S.D. = 0.69) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การเจ็บปวดทางร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากน้อยเพียงใด ($\bar{X} = 2.77$, S.D. = 0.81)

2. ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.69$, S.D. = 0.48) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน ($\bar{X} = 4.16$, S.D. = 0.63) รองลงมา คือ ท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตท่านมีความหมายมากน้อย

แค้ไหน ($\bar{X} = 4.11$, S.D. = 0.82) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่นรู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง ($\bar{X} = 2.03$, S.D. = 1.12)

3. **ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม** ผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานมีระดับคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.60$, S.D. = 0.68) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ท่านพอใจกับการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค้ไหน ($\bar{X} = 3.94$, S.D. = 0.63) รองลงมาคือ ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ แค้ไหน ($\bar{X} = 3.78$, S.D. = 0.66) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค้ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึงเมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์) ($\bar{X} = 3.08$, S.D. = 1.26)

4. **ด้านสิ่งแวดล้อม** ผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.86$, S.D. = 0.49) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากนักน้อยเพียงใด ($\bar{X} = 4.24$, S.D. = 0.64) รองลงมาคือ ท่านรู้สึกกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน ($\bar{X} = 4.09$, S.D. = 0.67) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากนักน้อยเพียงใด ($\bar{X} = 3.36$, S.D. = 0.79)

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ประกอบด้วย อายุ รายได้ จำนวนหลานที่เลี้ยงดู ระยะเวลาที่เลี้ยงหลาน ระยะเวลาที่เลี้ยงต่อวัน ความวิตกกังวล และการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การได้รับการสนับสนุนจากสังคม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation)

ตาราง 18 แสดงผลการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ของอายุ รายได้ จำนวนหลานที่เลี้ยงดู ระยะเวลาที่เลี้ยงหลาน ระยะเวลาที่เลี้ยงต่อวัน ความวิตกกังวล และการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การได้รับการสนับสนุนจากสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน (N=245)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน	
	ค่าความสัมพันธ์ (r)	ค่า p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุ	- 0.036	0.570
รายได้	0.318	0.011*

ตาราง 18 (ต่อ)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน	
	ค่าความสัมพันธ์ (r)	ค่า p-value
การเลี้ยงดูหลาน		
จำนวนหลานที่เลี้ยงดู	- 0.127	0.047*
ระยะเวลาที่เลี้ยงดู	-0.036	0.574
ระยะเวลาในการเลี้ยงดูต่อวัน	0.003	0.969
ภาวะสุขภาพ		
ความวิตกกังวล	- 0.221	0.001**
การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม	0.430	0.000**
การได้รับการสนับสนุนจากสังคม	0.450	0.000**

**p-value < 0.001

*p-value < 0.05

จากตาราง 18 เมื่อวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ของอายุ รายได้ จำนวนหลานที่เลี้ยงดู ระยะเวลาที่เลี้ยงดูหลาน ระยะเวลาที่เลี้ยงดูต่อวัน ความวิตกกังวล และการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การได้รับการสนับสนุนจากสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน มีดังนี้

1. รายได้ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ($r = 0.163, p < 0.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2. จำนวนหลานที่เลี้ยงดู มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ($r = - 0.127, p < 0.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ($r = - 0.305, p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001

4. การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ($r = 0.472, p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001

5. การได้รับการสนับสนุนจากสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ($r = 0.450, p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001

ส่วนอายุ ระยะเวลาที่เลี้ยงดูหลาน และระยะเวลาในการเลี้ยงดูต่อวัน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะการอยู่อาศัย บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการเลี้ยงดู เหตุผลที่ต้องเลี้ยงดู โรคประจำตัว และการใช้บริการสาธารณสุข โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีตา (Eta Coefficient)

ตาราง 19 แสดงผลการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ของ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะการอยู่อาศัย บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการเลี้ยงดู เหตุผลที่ต้องเลี้ยงดู โรคประจำตัว และการใช้บริการสาธารณสุข กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน (N=245)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน	
	ค่าความสัมพันธ์ (r)	ค่า p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
เพศ	0.928	0.047*
สถานภาพสมรส	0.925	0.094
ระดับการศึกษา	0.878	0.168
อาชีพ	0.887	0.141
ลักษณะครอบครัว	0.976	0.066
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย	0.932	0.066
แหล่งที่มาของรายได้	0.948	0.079
ความเพียงพอของรายได้	0.961	0.424
การเลี้ยงดูหลาน		
ลักษณะการเลี้ยงดูหลาน	0.943	0.088
เหตุผลที่ต้องเลี้ยงดูหลาน	0.922	0.152

ตาราง 19 (ต่อ)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน	
	ค่าความสัมพันธ์ (r)	ค่า p-value
ภาวะสุขภาพ		
โรคประจำตัว	0.923	0.253
การใช้บริการสาธารณสุข		
การรักษาเมื่อเจ็บป่วย	0.943	0.232
เล็กน้อย		
สถานบริการสาธารณสุข	0.959	0.209
เมื่อเจ็บป่วย		
บุคคลที่พาไปรักษาเมื่อ	0.924	0.105
เจ็บป่วย		

*p-value < 0.05

จากตาราง 19 พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ($r = 0.928, p < 0.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะการอยู่อาศัย บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการเลี้ยงดู เหตุผลที่ต้องเลี้ยงดู โรคประจำตัว และ การใช้บริการสาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาในลักษณะการหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดอุดรดิตถ์ ซึ่งประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัว 2) การเลี้ยงดูหลาน ได้แก่ จำนวนหลานที่เลี้ยงดู ระยะเวลาที่เลี้ยงดู และระยะเวลาในการเลี้ยงดูต่อวัน ลักษณะการเลี้ยงดูหลาน และสาเหตุที่ต้องเลี้ยงดูหลาน 3) ภาวะสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว และความวิตกกังวล 4) การใช้บริการสาธารณสุข 5) การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และ 6) การได้รับการสนับสนุนจากสังคม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีตา (Eta Coefficient) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-80 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรดิตถ์ และเป็นผู้ดูแลหลักในการเลี้ยงดูหลาน จำนวน 245 ราย ใช้สูตรในการคำนวณหาขนาดตัวอย่าง คือ สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยในกรณีไม่ทราบประชากร (Cochran, 1997) ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล การเลี้ยงดูหลาน ภาวะสุขภาพ การใช้บริการสาธารณสุข การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และการได้รับการสนับสนุนจากสังคม โดยแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน โดยคำนวณค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แจกแจงความถี่ตามระดับคุณภาพชีวิตรายข้อ รายด้าน และภาพรวม

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ประกอบด้วย อายุ รายได้ จำนวนหลานที่เลี้ยงดู ระยะเวลาที่เลี้ยงดู ระยะเวลาที่เลี้ยงดูต่อวัน ความวิตกกังวล การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และการได้รับการสนับสนุนจากสังคม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะการอยู่อาศัย บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการเลี้ยงดู เหตุผลที่ต้องเลี้ยงดู โรคประจำตัว และการใช้บริการสาธารณสุข โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีตา

(Eta Coefficient) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยผู้วิจัยได้จำแนกการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ รายละเอียดดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะของครอบครัว และบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย การศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.57 อายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี ร้อยละ 53.47 อายุต่ำสุด 60 ปี และอายุสูงสุด 80 ปี อายุเฉลี่ย 66.56 ปี (S.D. = 5.07) สถานภาพส่วนใหญ่เป็นสถานภาพคู่ ร้อยละ 72.24 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 81.63 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 58.37 รายได้ต่อเดือน (รวมเงินผู้สูงอายุ) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 73.06 รายได้เฉลี่ย 5,106.53 บาท (S.D. = 6,362.62) แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มาจากสวัสดิการของรัฐ เช่น เบี้ยยังชีพ เงินบำนาญ ร้อยละ 66.07 ส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน ร้อยละ 44.08 ลักษณะการอยู่อาศัยของครอบครัวส่วนใหญ่อาศัยลักษณะครอบครัวเดี่ยว (ครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวไม่เกิน 2 รุ่น คือ พ่อแม่เด็ก และปู่ย่าตายาย) ร้อยละ 90.61 และบุคคลในอาศัยอยู่ด้วยส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรสและหลาน ร้อยละ 60.82

2. ข้อมูลการเลี้ยงดูหลานของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุของหลานที่เลี้ยงดู ระยะเวลาที่เลี้ยงหลาน ระยะเวลาในการเลี้ยงต่อวัน ลักษณะการดูแลหลาน และเหตุผลที่ต้องเลี้ยงดู การศึกษา พบว่า มีหลานต้องเลี้ยงดู จำนวน 1 คน ร้อยละ 77.55 อายุของหลานที่เลี้ยงดูเฉลี่ย 8.3 ปี (S.D. = 3.19) อายุของหลานที่น้อยที่สุด 1 ปี และอายุของหลานมากที่สุด 12 ปี ระยะเวลาที่ทำนเลี้ยงดูหลานเฉลี่ย 7.81 ปี (S.D. = 3.27) ระยะเวลาที่เลี้ยงดูหลานน้อยที่สุด 1 ปี และระยะเวลาที่เลี้ยงดูหลานมากที่สุด 12 ปี ระยะเวลาที่เลี้ยงดูหลานต่อวันส่วนใหญ่ 7-12 ชั่วโมง ร้อยละ 35.92 ระยะเวลาที่เลี้ยงดูหลานต่อวันเฉลี่ย 14.94 ชั่วโมง (S.D. = 6.51) ระยะเวลาที่เลี้ยงดูหลานต่อวันน้อยที่สุด 4 ชั่วโมง และระยะเวลาที่เลี้ยงดูหลานต่อวันมากที่สุด 24 ชั่วโมง ลักษณะการเลี้ยงดูหลานส่วนใหญ่มีคนช่วยดูแล ร้อยละ 71.84 และเหตุผลที่ต้องเลี้ยงดูหลานส่วนใหญ่พ่อแม่เด็กไปทำงานที่อื่น ร้อยละ 69.80

3. ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย โรคประจำตัว และความวิตกกังวล การศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.06 และส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 96.33 และไม่มีผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานที่มีความวิตกกังวลสูง

4. ข้อมูลการใช้บริการสาธารณสุข พบว่า ผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยส่วนใหญ่จะซื้อยามารับประทานเอง ร้อยละ 45.71 เมื่อเจ็บป่วยสถานบริการสาธารณสุข ส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาคือ รพ.สต. ร้อยละ 76.73 โดยบุคคลที่พาไปรักษาเมื่อเจ็บป่วย ส่วนใหญ่เป็นบุตร/หลาน ร้อยละ 35.92

5. ข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม พบว่า ผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานส่วนใหญ่ มีการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.43

6. ข้อมูลการได้รับการสนับสนุนจากสังคม พบว่า ผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานส่วนใหญ่ มีการได้รับการสนับสนุนจากสังคม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.08 และไม่มีผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานที่ได้รับการสนับสนุนจากสังคมในระดับต่ำ

7. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานจังหวัดอุดรธานีในภาพรวม อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่ดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.45 เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี คือ ด้านสิ่งแวดล้อม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 รองลงมาคือ ด้านจิตใจ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 และด้านที่คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 และด้านร่างกาย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 ไม่มีด้านใดที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี และมีความพึงพอใจในชีวิต อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.45

8. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ได้แก่ 1) เพศ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r = 0.928, p < 0.05$) 2) รายได้ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r = 0.163, p < 0.05$) 3) จำนวนหลานที่เลี้ยงดู มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r = -0.127, p < 0.05$) 4) ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ($r = -0.305, p < 0.001$) 5) การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ($r = 0.472, p < 0.001$) และ 6) การได้รับการสนับสนุนจากสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ($r = 0.450, p < 0.001$) ส่วนอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะการอยู่อาศัย บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่เลี้ยงหลาน ระยะเวลาในการเลี้ยงดูต่อวัน ลักษณะการเลี้ยงดู เหตุผลที่ต้องเลี้ยงดูโรคประจำตัว และการใช้บริการสาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดอุดรดิษฐ์

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานจังหวัดอุดรดิษฐ์ในภาพรวม อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่ดี อาจเป็นผลมาจากนโยบายของรัฐบาล และจังหวัดอุดรดิษฐ์ที่มุ่งเน้นพัฒนาสุขภาพของประชาชน และความมั่นคงของชีวิตและสังคม เช่น การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ มีระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ บริหารจัดการเพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิรัชยา เคล้าดี และคณะ (2560) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และภัทรภรณ์ ดวงเรือง (2563) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเทศบาลนครนนทบุรี โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก

เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงที่สุด คือ ด้านสิ่งแวดล้อม อาจเนื่องจากสภาพสังคมมีการเปลี่ยนแปลงมีการขยายตัวของเมืองเพิ่มมากขึ้น จึงต้องมีความพร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างพื้นฐาน การจัดการสภาพแวดล้อมในชุมชนให้มีความปลอดภัยและมีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ เช่น สวนสาธารณะ ดังนั้น การจัดการสภาพแวดล้อม สิ่งปลูกสร้าง อาคารต่าง ๆ จะเป็นสิ่งที่เอื้อต่อการใช้ประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ เช่น ทางลาด บันได ห้องน้ำ ให้มีความเหมาะสมและเป็นการอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของภัทรภรณ์ ดวงเรือง (2563) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเทศบาลนครนนทบุรี โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านเรียงลำดับค่าเฉลี่ย พบว่า ลำดับแรก ด้านสภาพแวดล้อม และสอดคล้องกับผลการศึกษาของจิรัชยา เคล้าดี และคณะ (2560) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่า ทุกปัจจัยส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก โดยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเป็นอันดับ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.26

ด้านที่มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำที่สุด คือ ด้านร่างกาย อาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เสื่อมลง เช่น การมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหวที่ช้าลง กระดูกและกล้ามเนื้อที่เล็กลง การเคี้ยวอาหาร รวมถึงระบบอวัยวะภายในต่างๆ ที่มีระบบการทำงานที่เสื่อมถอยลง ส่งผลให้ความคล่องแคล่วในการใช้ชีวิตประจำวันลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของณัฐกัญญ์ อ่องเอื้อ (2564) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัด

ชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี อยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เป็นอันดับ 1 รองลงมาคือ ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และลำดับสุดท้ายคือ ด้านร่างกาย

และเมื่อพิจารณารายข้อทั้งหมดของคุณภาพชีวิต พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง ($\bar{X} = 2.03$, S.D. = 0.66) อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานต้องใช้เวลาทั้งหมดในการเลี้ยงหลาน ไม่มีเวลาทำในสิ่งที่ชอบ ไม่ได้ผ่อนคลาย ทำให้ไม่สามารถขจัดความเครียดออกไปได้ ความเครียดที่สะสมเพิ่มมากขึ้น มีเวลาในการทำกิจกรรมของตนเองได้น้อยลง ขาดการติดต่อกับเพื่อนบ้าน และครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Musil et al. (2013) ได้ศึกษาความเครียดในครอบครัว และอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เลี้ยงหลาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เลี้ยงหลานจะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางจิตใจ มีความเครียด วิตกกังวล และมีอาการซึมเศร้า และสอดคล้องกับการศึกษาของ เกิดสิริ หงษ์ไทย และดารุณี จงอุดมการณ์ (2563) ได้ศึกษา ภาวะการเลี้ยงหลานของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่น ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ต้องเป็นผู้ดูแลหลักในการเลี้ยงหลานมีความเครียดอยู่แล้ว ยิ่งต้องมารับภาระเลี้ยงหลานหลายคนพร้อมกันย่อมเพิ่มความเหน็ดเหนื่อยและเครียดเป็นทวีคูณ การเลี้ยงหลานหลายคนมีระดับความซึมเศร้าสูงกว่าเลี้ยงหลานเพียงคนเดียว และปู่ย่าตายายที่เลี้ยงหลานในครอบครัวข้ามรุ่นมีความเครียด วิตกกังวล มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เลี้ยงดูหลาน ส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้า และสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงหทัย ยอดทอง และคณะ (2557) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลกับอาการซึมเศร้าในปู่ย่าตายายที่ดูแลหลาน ผลการศึกษาพบว่า รายได้ และภาระหนี้สิน มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในปู่ย่าตายายที่ดูแลหลาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วณิชพล มหาอาษา (2551) ได้ศึกษาผู้สูงอายุกับการดูแลวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่า การเลี้ยงหลานส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขทางใจ เกิดความสนุกสนาน สดชื่น ไม่เหงา อาจเนื่องจากจังหวัดอุดรดิตถ์ หลานที่ผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วงอายุ 6-10 ปี อายุเฉลี่ย 8 ปี จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องดูแลมากกว่าปกติ เพราะเด็กกลุ่มนี้ยังคงต้องการการดูแลใกล้ชิด

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดรองลงมา คือ การเจ็บปวดทางร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้ ($\bar{X} = 2.77$, S.D. = 0.81) อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุนั้นมีสภาพร่างกายที่เสื่อมตามวัย ไม่แข็งแรงเหมือนเดิม เมื่อต้องมาเลี้ยงหลาน ทำให้ต้องดูแลกิจวัตรประจำวันของหลาน ยิ่งหากหลานอยู่ในช่วงปฐมวัยจะส่งผลให้มีอาการปวดเมื่อยแขน แขนขา ปวดหลัง และเมื่อยังคงต้องทำกิจกรรมเดิม ๆ ต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลาาน อาจส่งผลให้มีอาการหนักมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกิดสิริ หงษ์ไทย และดารุณี จงอุดมการณ์ (2563) ได้ศึกษา ภาวะการเลี้ยงหลานของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่น ผลการศึกษา

พบว่า การเลี้ยงหลานทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลต่อสุขภาพที่ทรุดโทรมลง รวมทั้งมีการฟื้นตัวช้า

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดอันดับสาม คือ ความพอใจในชีวิตทางด้านเพศ (ชีวิตทางเพศ หมายถึงเมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเอง หรือการมีเพศสัมพันธ์) ($\bar{X} = 3.08$, S.D. = 1.26) อาจเนื่องจากผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางเพศลดลงตามอายุที่มากขึ้น ประกอบกับความถดถอยของร่างกาย ส่งผลกระทบเป็นความเจ็บป่วยในเรื่องเพศ หรือความผิดปกติที่เรื่องเพศ (sexual dysfunction) ความเครียด ความไม่พึงพอใจในชีวิต เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเขมิกา ยามะรัต และคณะ (2560) ได้ศึกษาสุขภาพทางเพศของผู้สูงอายุในสังคมไทย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในเรื่องเพศลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ทั้งหญิงและชาย

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดอุตรดิตถ์ ได้แก่

จากการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานจังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า เพศ รายได้ จำนวนหลานที่เลี้ยงดู ความวิตกกังวล การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และการได้รับการสนับสนุนจากสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานจังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ส่วนอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาที่เลี้ยงหลาน ระยะเวลาในการเลี้ยงต่อวัน โรคประจำตัว และ การใช้บริการสาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. เพศ พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานจังหวัดอุตรดิตถ์ อภิปรายได้ว่า ไม่ว่าจะเพศชายหรือเพศหญิงต่างมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมมากกว่าเพศชาย อาจมีทัศนคติและมุมมองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตในเชิงบวกมากกว่า จึงทำให้เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เลี้ยงดูหลาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ญัญญักษ์ อ่องเอื้อ (2564) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศ อาชีพ อายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพการสมรสต่างกัน มีความคิดเห็นต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษา ปลื้มใจ ไพจิตร (2558) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่า เพศเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพของบุคคลในสังคม เป็นตัวบ่งบอกถึงค่านิยม คุณภาพและ

ความสามารถของมนุษย์ในสังคม เช่น สังคมไทยในสมัยก่อน มักยกย่องให้เกียรติกับเพศชายให้เป็นหัวหน้าครอบครัว ในขณะที่เพศหญิงถูกกำหนดบทบาทให้เป็นแม่บ้าน ดูแลเกี่ยวกับการประกอบอาหาร เลี้ยงดูบุตรและงานอื่น ๆ ภายในครอบครัว ส่งผลให้เพศชายเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า จึงเกิดความพึงพอใจทำให้เกิดความสุขในตนเอง ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตทางบวก รวมถึงความพอใจในชีวิตทางด้านเพศ พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในเรื่องเพศลดลงเมื่ออายุมากขึ้นทั้งหญิงและชาย และสอดคล้องกับการศึกษาของเขมิกา ยามะรัต และคณะ (2560) ได้ศึกษาสุขภาพทางเพศของผู้สูงอายุในสังคมไทย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในเรื่องเพศลดลงเมื่ออายุมากขึ้นทั้งหญิงและชาย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจิรัชยา เคล้าดี และคณะ (2560) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่า เพศ ไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2. รายได้ พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานจังหวัดอุดรดิตถ์ อภิปรายได้ว่าผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานยังมีรายได้มากยิ่งมีคุณภาพชีวิตที่ดี อาจเนื่องจากรายได้สูงทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานดี โดยผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม มีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ซึ่งไม่เพียงพอ อีกทั้งมีหนี้สิน จะเห็นว่าเงินเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวหรืออยู่กับบุตรหลาน ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องใช้เงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับตนเอง และหลาน เช่น การซื้ออาหาร เครื่อง นุ่งห่มซื้อของใช้ที่จำเป็น ให้ลูกหลานไปโรงเรียน เป็นต้น และการช่วยเหลือกิจกรรมทางสังคม เช่น งานทอดกฐิน การทำบุญ งานศพ งานแต่งงาน งานบวช เป็นต้น ดังนั้นการจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพให้กับผู้สูงอายุเป็นผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกได้ถึงได้รับการเอาใจใส่มากขึ้น รู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ ทำให้ตนเองมีเงินใช้ เพื่อการยังชีพ ซึ่งสามารถนำไปใช้จ่ายในชีวิตประจำวันได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวิไลพร ขำวงษ์ และคณะ (2554) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงและฐานะการเงินดีจะประเมินคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและฐานะทางการเงินไม่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของเด่น นवलโรสง และสุภาภรณ์ สุตหนองบัว (2559) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอน อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ มีรายได้ต่อเดือนเพิ่มขึ้นมีโอกาสทำให้ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

3. จำนวนหลานที่เลี้ยงดู พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานจังหวัดอุดรดิตถ์ อภิปรายได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานยิ่งจำนวนหลานที่เลี้ยงดูมากยิ่งมีคุณภาพชีวิตต่ำ หากจำนวนหลานที่เลี้ยงดูมาก อาจทำให้ผู้สูงอายุละเลยในการดูแลตนเอง รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธรรม นันทมงคลชัย และคณะ (2554) ได้ศึกษา วิถีชีวิตของผู้สูงอายุหญิงที่เลี้ยงหลานในเขตชนบทภาคเหนือของประเทศไทย

พบว่า ผู้สูงอายุที่เลี้ยงหลาน มักจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลหลานทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร การนอน การเล่น อีกทั้งหากเลี้ยงหลานที่อายุมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อเด็กเริ่มเข้าโรงเรียน ผู้สูงอายุจะมีความสุขลดลง เพราะเด็กจะเริ่มชนและดื้อขึ้น บางครั้งผู้สูงอายุจะรู้สึกเครียด และสอดคล้องกับการศึกษาของเกดศิริ หงษ์ไทย และดารุณี จงอุดมการณ์ (2563) ได้ศึกษา ภาวะการเลี้ยงหลานของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่น ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ต้องเป็นผู้ดูแลหลักในการเลี้ยงหลาน มีความเครียดอยู่แล้ว ยังต้องมารับภาระเลี้ยงหลานหลายคนพร้อมกันย่อมเพิ่มความเหน็ดเหนื่อยและเครียดเป็นทวีคูณ การเลี้ยงหลานหลายคนมีระดับความซึมเศร้าสูงกว่าเลี้ยงหลานเพียงคนเดียว นอกจากนี้ Arpino et al. (2018) ได้ศึกษาความพึงพอใจของปู่ย่าตายายสูงอายุที่มีบทบาทดูแลหลานในทวีปยุโรป ผลการศึกษาพบว่า ปู่ย่าตายายที่เลี้ยงหลานมีความพึงพอใจในระดับดีกว่าปู่ย่าตายายที่ไม่ได้เลี้ยงหลาน แต่จำนวนหลานที่เลี้ยงดู ตั้งแต่ 3 คน ขึ้นไป เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบเชิงลบกับความพึงพอใจของผู้สูงอายุ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธรรม นันทมงคลชัย และคณะ (2554) ได้ศึกษาวิถีชีวิตของผู้สูงอายุหญิงที่เลี้ยงหลานในเขตชนบทภาคเหนือของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุหญิงที่เลี้ยงหลาน ได้แก่ จำนวนหลานที่เลี้ยงดู ซึ่งผู้สูงอายุหญิงทุกคนมีความสุขในการเลี้ยงหลาน การที่ผู้สูงอายุทุกคนมีความสุขในการเลี้ยงหลานอาจเป็นเพราะว่าได้ทำหน้าที่ดูแลและอบรมเลี้ยงดู ทำให้เกิดความใกล้ชิด ผูกพันและเป็นหุ้นส่วนชีวิตร่วมกัน

4. ความวิตกกังวล พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดอุดรดิตต์ อภิปรายได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานยังมีความวิตกกังวลมาก ยังมีคุณภาพชีวิตต่ำ หากผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานมีความวิตกกังวลทำให้คุณภาพชีวิตไม่ดี ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ แต่เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบเชิงลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน อย่างไรก็ตามสาเหตุของความวิตกกังวลล้วนมาจากสาเหตุจากการเลี้ยงดูหลานเป็นส่วนใหญ่ เช่น หลานไม่เชื่อฟัง ความรู้สึกที่ต้องรับผิดชอบหลาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gladstone et al. (2009) ได้ศึกษาภาวะตึงเครียด ความต้องการบริการ และการมีส่วนร่วมของหน่วยงานสวัสดิการเด็กและสังคม ของปู่ย่าตายายที่เลี้ยงหลานในแคนาดา ผลศึกษาพบว่า ความตึงเครียดของปู่ย่าตายายที่เลี้ยงหลาน มาจาก 4 สาเหตุหลัก คือ ความรู้สึกที่ต้องรับผิดชอบต่อหลาน ความพอเพียงของรายได้ ความรู้สึกต่อพ่อแม่ของเด็ก และความพอใจต่อระบบสวัสดิการต่าง ๆ และสอดคล้องการศึกษาของ Hayslip Jr et al. (2019) ได้ศึกษาบทบาทของปู่ย่าตายายที่เลี้ยงหลาน ผลการศึกษาพบว่า การเลี้ยงดูหลานเป็นแหล่งความเครียดของผู้เลี้ยงดู ซึ่งเป็นสาเหตุให้มีภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้ที่ต้องเลี้ยงหลานจำนวนหลายคน และปัญหาในการเลี้ยงดูหลานที่สำคัญและเป็นสาเหตุของความวิตกกังวลของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างคือ ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูหลาน ทั้งนี้ เป็นเพราะเด็กที่ผู้สูงอายุเลี้ยงดูส่วนใหญ่เป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโต

รับประทานอาหารและดื่มนมแก่ รวมถึงค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ต้องรอเงินส่งกลับบ้านจากบิดามารดาของเด็กที่ย้ายถิ่นไปทำงานในที่อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธรรม นันทมงคลชัย และคณะ (2554) ได้ศึกษา วิถีชีวิตของผู้สูงอายุหญิงที่เลี้ยงหลานในเขตชนบทภาคเหนือของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาในการเลี้ยงหลานของผู้สูงอายุหญิงที่ทำให้เกิดความเครียดหรือความวิตกกังวล ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูหลาน และการเจ็บป่วยของหลาน

5. การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานจังหวัดอุดรธานี อภิปรายได้ว่าผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานยังเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมมากยิ่งขึ้นมีคุณภาพชีวิตที่ดี หากผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นโดยผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมระดับปานกลาง ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่งมีบทบาทหน้าที่ในการเลี้ยงดูหลาน แต่ส่วนใหญ่มีคนช่วยดูแล จึงทำให้ผู้สูงอายุมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนและครอบครัวได้ เช่น การพบปะเพื่อนบ้าน เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ เข้าร่วมตรวจสุขภาพ ออกกำลังกาย เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนินทร์ จารุจันทร์ (2541) ที่ศึกษาแบบแผนและการปรับตัวของผู้เป็นยายที่เลี้ยงหลาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวมักมีความเต็มใจ และมีความสุข ที่ได้ดูแลหลาน นอกจากนี้ยังรู้สึกว่าตัวเองมีประโยชน์ต่อบุตรหลาน และสามารถปรับตัวจนมองว่าการเลี้ยงหลานเป็นเรื่องธรรมชาติในชีวิตประจำวัน และสอดคล้องกับการศึกษาของสุธรรม นันทมงคลชัย และคณะ (2554) ได้ศึกษาวิถีชีวิตของผู้สูงอายุหญิงที่เลี้ยงหลานในเขตชนบทภาคเหนือของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เลี้ยงหลาน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และสอดคล้องกับการศึกษาของสมรัตน์ ขำมาก (2560) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางเหล้า อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา ผลการศึกษา พบว่า การที่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมได้พบปะสังสรรค์ ทำให้มีโอกาสได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีโอกาสศึกษาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมหลายรูปแบบ นอกจากนี้ พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้รู้สึกมีคุณค่าต่อตัวเอง สิ่งเหล่านี้เป็นการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขทางจิตดี และเกิดความพึงพอใจในชีวิต ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ และเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้

6. การได้รับการสนับสนุนจากสังคม พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานจังหวัดอุดรธานี อภิปรายได้ว่าผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานยังได้รับการสนับสนุนจากสังคมมากยิ่งขึ้นมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะได้รับการแนะนำและกำลังใจจาก ครอบครัวในยามเจ็บป่วย หรือเมื่อมีปัญหาหรือเรื่องไม่สบายใจอยู่เสมอ และมีโอกาสพูดคุยพบปะกับสมาชิกในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น ทำให้สมาชิกในครอบครัวทราบถึงความต้องการหรือปัญหาต่าง ๆ ในผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการเอาใจใส่และได้รับการดูแลเพิ่มมากขึ้น สอดคล้อง

กับการศึกษาของ สมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์ และเสนห์ แสงเงิน (2560) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่า การที่ผู้สูงอายุมีโอกาสพูดคุยพบปะกับสมาชิกในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น ทำให้สมาชิกในครอบครัวทราบถึงความต้องการหรือปัญหาต่าง ๆ ในผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการเอาใจใส่และได้รับการดูแลเพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิวรรณ คัลยคลึง (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการทำหน้าที่บทบาทแม่ของย่า/ยายที่เลี้ยงดูหลาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัวในการให้กำลังใจ การสนับสนุนทางการเงิน การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน และการช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่าง ๆ จากสมาชิกในครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลาย และรู้สึกได้รับการแบ่งเบาภาระจากการที่ต้องเป็นผู้ดูแลหลานได้ในบางเวลา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควรนำผลการศึกษาไปกำหนดนโยบายในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน โดยเฉพาะด้าน สุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตใจ เนื่องจากพบว่ามีปัญหาคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และรายข้อพบปัญหาด้านจิตใจ
2. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควรมีการส่งเสริมการจัดทำอาชีพเพื่อเพิ่มรายได้ให้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน หรือวางแผนให้มีการเตรียมความพร้อมด้านการออมเงินก่อนวัยสูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เนื่องจากพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต
3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และหน่วยงานสาธารณสุข ควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้กลุ่มผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างยังมีการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุจำนวนน้อย และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอตำบล ควรมีการออกเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินความเป็นอยู่ สุขภาพจิต และความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานเป็นระยะ พร้อมทั้งประสานงานและคืนข้อมูลไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อร่วมกันวางแผน จัดกิจกรรมเพื่อลดความวิตกกังวล ผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานในเชิงคุณภาพ เพื่อให้ทราบรายละเอียดของกิจกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยต่าง ๆ ที่สนับสนุนและขัดขวางการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน

2. ควรศึกษานโยบายใหม่สำหรับผู้สูงอายุที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน เช่น การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ การส่งเสริมทางด้านการศึกษา การส่งเสริมอาชีพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญต่อสังคมสูงวัย เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้บริหารระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปใช้กำหนดนโยบายในการส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานต่อไป



บรรณานุกรม

- กนกอร ปัญญาโส, ศิริวรรณ แสงอินทร์, และอุษา เชื้อหอม. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในโรงพยาบาลรัฐบาล เขตภาคเหนือตอนบน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(3), 27-40.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564 กระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: วจันตา ศรีเอชเอ็น.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *แบบประเมินและวิเคราะห์โรควิตกกังวล (anxiety disorder) หรือ gad-7 (general anxiety disorder-7)*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข*.
- กระทรวงการพัฒนาและความมั่นคงของมนุษย์. (2548). *รวมกฎหมาย/ประกาศ/ระเบียบ ที่ออกตามความในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กาญจนา เทียนลาย, และวรรณิ หุตะแพทย์. (2558). *สถานการณ์การเลี้ยงดูหลานในครัวเรือนข้ามรุ่นของประเทศไทย*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิตติวงศ์ สาสวด. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออก. *วารสารชุมชนวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา*, 11(2), 21-38.
- เกดสิริ หงษ์ไทย, และดารุณี จงอุดมการณ์. (2563). ภาวะการเลี้ยงหลานของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่น. *วารสารสภากาการพยาบาล*, 36(1), 71-88.
- ขจาย เหล่าสุนทร, วรรณะ รัตนพงษ์, นาวิณ พรหมใจสา, และจันจิรา วิชัย. (2562). บริบทสถานภาพและการบริหารจัดการด้านผู้สูงอายุในระดับสากลและท้องถิ่นเชียงราย. ใน *การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 10 "ถักทองานวิจัยท้องถิ่น...ก้าวไกลสู่สากล"*. (น. 409-417). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา.
- ขวัญชนก เกสรบัว. (2561). การศึกษารูปแบบการอบรมเลี้ยงดูเด็กของพ่อแม่เจนเนอเรชันวายในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา*, 13(3), 15-29.
- เขมิกา ยามะรัต, อุมาภรณ์ ภัทราวาณิชย์, และมนทกานต์ เชื่อมชิต. (2560). ประชากรและสังคม 2560. In สุขภาวะทางเพศของผู้สูงอายุในสังคมไทย (บก.), ใน *ความเป็นธรรม" และ "ความเป็นไท" ด้านเพศและการเจริญพันธุ์: ความท้าทายที่ไม่สิ้นสุด* (น. 191-211). นครปฐม: สถาบันวิจัย

ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

คันธรส ภาผล. (2563). การวิเคราะห์การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยตามวิถีชีวิตไทยของผู้ปกครอง:

กรณีศึกษาเขตพื้นที่ภาคกลาง. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 14(3), 27-40.

จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, ยุพิน อังสุโรจน์, และIngersoll, D. B. (2544).

ความสัมพันธ์ระหว่างการช่วยเหลือเกื้อหนุนในครอบครัวกับความสุขทางใจของผู้สูงอายุไทย. *วารสารประชากรศาสตร์*, 17(2), 1-16.

จรัญกร ญัฐรังสี, สุนิตา ไชยมี, สุวรินทร์ จังจิตร, สุภาวีนี สุภะพินิ, และสุปรียา โพธิ์อุดม. (2561).

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและความสุขของผู้สูงอายุชุมชนทุ่งขุนน้อย อุดรราชธานี. *วารสารราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 2(1), 50-60.

จิรัชยา เกล้าดี, สุขชัย นาคสุวรรณ, และจักรวาล สุขไมตรี. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของ

ผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารราชพฤกษ์*, 15(1), 27-32.

ชนินทร จารุจันทร์. (2541). “ผู้เฒ่ามีลูก”: แบบแผนและการปรับตัวของยายเลี้ยงหลาน กรณีศึกษาบ้าน

ภูเหล็ก หมู่ 6 ตำบลภูเหล็ก อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ชลธิชา มะลิพรม. (2561). คุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษา. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 5(พิเศษ), 212-221.

ชาย โพธิ์สิตา. (2552). บทโหมโรง เกิดอะไรขึ้นกับครอบครัวใน “ครอบครัวไทย” ในสถานการณ์การ

เปลี่ยนผ่านทางสังคมและประชากรและสังคม. นครปฐม: สถาบันประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ณัฐกัญญ์ อ่องเอื้อ. (2564). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี.

วารสารสาธารณสุขศาสตร์ ปี 2554, 41(3), 240-249.

दनัย ธีวันดา, และมลลณี แสนใจ. (2545). บทบาทความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลและความ

ต้องการการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุในเขต. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 25(3), 62-71.

ดวงหทัย ยอดทอง, วรณา คงสุริยะนาวิน, อติตยา พรชัยเกตุ, โฉว ยอง, และอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์.

(2557). ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยตา ยายที่ดูแลหลาน. *วารสารการพยาบาล*, 29(1), 108-121.

เด่น นวลไธสง, และสุภาภรณ์ สุตหนองบัว. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต

ผู้สูงอายุ ในเขตความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอน อำเภอสุวรรณคโลก จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์ (สหวิทยาการด้านมนุษยศาสตร์และ*

สังคมศาสตร์, 11(8), 9-104.

ธาริน สุขอนันต์, สุภาวัลย์ จาริยะศิลป์, ทศนันท์ ทูมมานนท์, และปิยรัตน์ จิตรภักดี. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 41(3), 240-249.

นภาพร คึกเสื่อ. (2548). *การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดสุราษฎร์ธานี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

นิตยา ศรีจำนง, และอัญชลี จันทาโก. (2563). วิถีชีวิตและศักยภาพของผู้สูงอายุในชุมชนสังคมสูงวัย. *วารสารวิจัยและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*, 65(2), 153-164.

นิทรา กิจธีระคุณวงศ์. (2561). *การวิจัยทางสาธารณสุข: จากหลักการสู่การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.

เนื่อแพร เล็กเฟื่องฟู, และธัญมัทธม สรุงบุญมี. (2561). มองบทบาทของสภาวะครัวเรือนแห่งกลางต่อการพัฒนาคนผ่านฐานข้อมูล longitudinal ของไทย. สืบค้น 26 กันยายน 2564, จาก <https://www.pier.or.th/abridged/2019/11/>.

บุญส่ง คงแสนคำ, และโชติกา ธรรมวิเศษ. (2562). การศึกษาการเผชิญปัญหาการแก้ปัญหาและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในการเลี้ยงดูเด็กเขตอำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม*, 13(1), 85-93.

ประภาพร มโนรัตน์, กฤษณะ คำฟอง, วรพล แวงนอก, และพรฤดี นิธิรัตน์. (2559). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท: กรณีศึกษาบ้านนาโปรง ตำบลท่าเสา อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 8(2), 96-111.

ปลื้มใจ ไพจิตร. (2558). คุณภาพชีวิตในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิทยาการจัดการ*, 2(2), 158-179.

ผ่องพรรณ อรุณแสง, และวิมล วงศ์หนู. (2553). ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 33(4), 28-37.

พรทิพย์ ศิริบุรณ์พัฒนา (Ed.). (2544). *การพยาบาลเด็ก*. กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์.

พรนิตา ขจรดำรงเชิดกุล, และราเชนทร์ นพณัฐวงศ์. (2566). การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสถาบันวิจัยพินิจธรรม*, 10(3), 283-293.

พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, ธีระพร อูวรรณโณ, เพ็ญพิไล ฤทธาคนานนท์, และพรรณระพี สุทธิวรรณ. (2545). *รายงานการวิจัย เรื่อง การศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของคนไทยกับกระบวนการทางสังคมประภิตของครอบครัวในปัจจุบันที่เอื้อต่อการพัฒนาประเทศ*.

- กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรารัตน์ คนกล้า. (2547). *คุณภาพชีวิตในโรงเรียนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดกาฬสินธุ์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต)*. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พัชรารัตน์ พัฒนะ. (2560). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พัชรี คมจักรพันธ์, และวรรณิ จันทร์สว่าง. (2558). *ประสบการณ์การอยู่อาศัยในครัวเรือนข้ามรุ่นของผู้สูงอายุไทยในภาคใต้*. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(3), 35-56.
- พิทักษ์ ศิริวงศ์, และนริศรา แก้วทิพย์. (2560). *สภาพการณ์และแนวทางการปรับตัวของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานในเจนเนอเรชัน ซี ในอำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ภัทรารัตน์ ดั่งเรือง. (2563). *การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี*. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์*, 6(1), 122-134.
- ภูวสิทธิ์ สีนไชยกิจ. (2550). *รูปแบบการออมภาคครัวเรือนในเขตเมืองและชนบทในจังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต)*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มันโตร์ ดอเลาะ. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษา: ตำบลบาละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต)*. ยะลา: มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.
- มารยาท โยทองยศ, และปราณี สวัสดิ์สรรพ. (2551). *การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัย*. นครศรีธรรมราช: ศูนย์บริการวิชาการสถาบันส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2563). *สถานการณ์และแนวโน้มสภาพการทำงานของผู้สูงอายุไทย: การวิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจระดับประเทศ*. นครปฐม: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ยุพา ทองสุข. (2559). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุ*. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย*, 33(1), 95-100.
- รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ. (2563). *การอบรมเลี้ยงดูเด็กของครอบครัวไทย: การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการอย่างเป็นระบบ*. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 43(1), 1-9.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). *ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัว*. *วารสารพยาบาล*, 41(1), 9-18.
- วนิพพล มหาอา. (2551). *ผู้สูงอายุกับการดูแลวัยรุ่น*. สืบค้น 15 มีนาคม 2564, จาก <http://www.popterms.mahidol.ac.th/newsletter/showarticle.php?articleid=85>

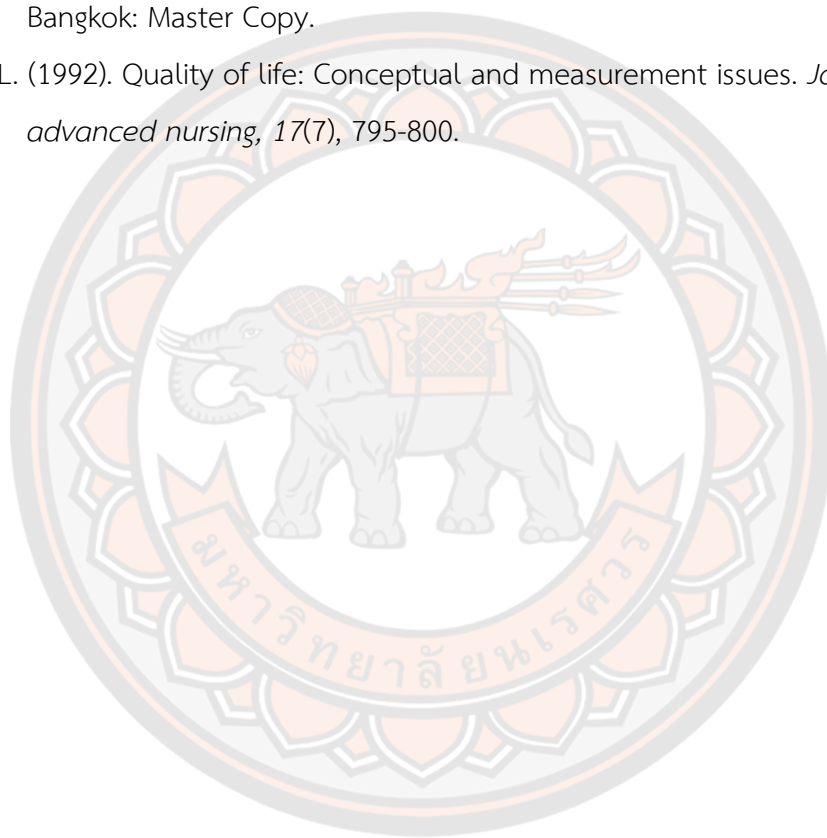
- วรรณวีร์ บุญคุ้ม. (2557). *การวิจัยทางสังคมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ดิจิตอล พรินท์ แอนด์ กอปปี้เซ็นเตอร์.
- วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรารัตน์ ประทานวรปัญญา, และจิตาภา ศิริปัญญา. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(2), 32-40.
- วิไลลักษณ์ พรหมเสน, และอัจฉริยา ครุฑาโรจน์. (2560). บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดลำปางต่อการส่งเสริมการมีงานทำและการสร้างรายได้แก่ผู้สูงอายุ. *วารสารการบริหารท้องถิ่น*, 10(2), 70-91.
- วิวรรณ คล้ายคลึง. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการทำบทบาทแม่ของย่า/ ยายที่เลี้ยงดูหลานวัยขวบปีแรก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(1), 11-19.
- ศรีเมือง พลังฤทธิ์, นติมา ดีเขาวี, และวดี วงศ์ประดิษฐ์. (2563). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครรังสิต ตำบลประชาธิปัตย์ อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี. *วารสารประชากรศาสตร์*, 36(2), 23-36.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2546). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศุภรี ศิริบุรณ์. (2542). *สุขภาพจิตของปู่ย่าตายายที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ในเขตอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). *สถานการณ์และแนวโน้มสภาพการทำงานของผู้สูงอายุไทย: การวิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจระดับประเทศ*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *การศึกษาและพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในแต่ละสถานบริการภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง*. นนทบุรี: นนทบุรี.
- สมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์, และเสน่ห์ แสงเงิน. (2560). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทจังหวัดสุโขทัย. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 6(2), 182-191.
- สมรัตน์ ขำมาก. (2560). *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนางเหล้า อำเภอสังขละบุรี จังหวัดสงขลา*. สงขลา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางเหล้า อำเภอสังขละบุรี จังหวัดสงขลา.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559). *รายงานประจำปี 2559 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

- สำนักงานจังหวัดอุตรดิตถ์. (2567). *แผนพัฒนาจังหวัดอุตรดิตถ์ (พ.ศ. 2566 - 2570) ฉบับทบทวน พ.ศ. 2567*. อุตรดิตถ์: สำนักงานจังหวัดอุตรดิตถ์.
- สำนักงานสถิติจังหวัดอุตรดิตถ์. (2563). *สรุปผลที่สำคัญ: การทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2563*. อุตรดิตถ์: สำนักงานสถิติจังหวัดอุตรดิตถ์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). *ประชากรย้ายถิ่น*. สืบค้น 12 มีนาคม 2563, http://service.nso.go.th/nso/web/survey/survey_pop.html
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *การทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย 2560*. สืบค้น 16 มิถุนายน 2564, จาก <http://www.dop.go.th>.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). *สรุปผลที่สำคัญการทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2563*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2554). *รายงานการสำรวจ สุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2554*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิจิตรศิลป์ พี.พี.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *รายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น พ.ศ. 2562*. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2545). *ผู้สูงอายุในประเทศไทย: รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุธรรม นันทมงคลชัย, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, และอาภาพร เผ่าวัฒนา. (2554). *วิถีชีวิตของผู้สูงอายุหญิงที่เลี้ยงหลานในเขตชนบทภาคเหนือของประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 41(1), 29-38.*
- สุนิสา คำชื่น, หฤทัย กงมหา, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, และวิจิตร แผ่นทอง. (2562). *ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 30(2), 104-120.*
- สมณี พิจิตรศิริ. (2540). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเล่นของเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้สูงอายุ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เสน่ห์ แสงเงิน, ถาวร มาตั้น, และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่า. (2560). *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุข, 48(2), 174-184.*
- เสาวนีย์ ศรีดิระกุล, และกรรณิการ์ คงทอง. (2546). *คุณภาพชีวิตของสตรีแม่บ้านในชุมชนแออัด.*

- วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 17(2), 24-29.
- อภิสิทธิ์ ลีเลิศ, และวรวรรณ เหมชะญาติ. (2563). การพัฒนากรอบแนวคิดการวิเคราะห์แบบแผนการอบรมเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองในกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง. *วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 48(3), 391-406.
- อรณิชฐ์ แสงทองสุข. (2562). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ มหาวิทยาลัยศรีปทุม ครั้งที่ 14 ประจำปี 2562 เรื่อง วิจัยและนวัตกรรมเพื่อประเทศไทย 4.0* (น. 498-505). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- อารีวรรณ คุณเจตน์. (2541). *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เอกพล เคราเซ, นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, และอัจฉรา ประเสริฐสิน. (2562). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: ถอดรหัสจากผู้รู้และผู้เป็น. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 27(2), 131-162.
- Arpino, B., Bordone, V., & Balbo, N. (2018). Grandparenting, education and subjective well-being of older europeans. *European Journal of Ageing*, 15, 251-263.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monographs*, 4, 1-103.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bien, A., Rzonca, E., Kanczugowska, A., & Iwanowicz-Palus, G. (2016). Factors affecting the quality of life and the illness acceptance of pregnant women with diabetes. *International journal of environmental research and public health*, 13(1), 68. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph13010068>
- Blustein, J., Chan, S., & Guanais, F. C. (2004). Elevated depressive symptoms among caregiving grandparents. *Health Services Research*, 39(6p1), 1671-1690.
- Cochran, W. G. (1997). *Sampling techniques*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Ebersole, P., & Hess, P. (1998). *Toward healthy aging: Human needs and nursing response* (5th ed.). Louis: Mosby.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1992). Psychometric assessment of the quality of life

- index. *Research in nursing & health*, 15(1), 29-38.
- Flanagan, J. C. (1987). Wa research approach to improving our quality of life. *American Psychologist*, XXXI, 138-139.
- Gladstone, J. W., Brown, R. A., & Fitzgerald, K.-A. J. (2009). Grandparents raising their grandchildren: Tensions, service needs and involvement with child welfare agencies. *The International Journal of Aging and Human Development*, 69(1), 55-78.
- Hayslip, B. J., & Smith, G. (2013). *Resilient grandparent caregivers: A strengths-based perspective*. New York: Routledge.
- Hayslip Jr, B., Fruhauf, C. A., & Dolbin-MacNab, M. L. (2019). Grandparents raising grandchildren: What have we learned over the past decade? *The Gerontologist*, 59(3), e152-e163.
- Jendrek, M. P. (1993). Grandparents who parent their grandchildren: Effects on lifestyle. *Journal of Marriage and the Family*, 55(3), 609-621.
- Kim, K. M., Lee, J. J., & Chung, U. S. (2020). Perceived health status of and moderating factors in elderly people caring for their grandchildren. *Psychiatry Investigation*, 17(4), 275-282.
- Leelakraiwan, C. (2007). *Community based care for mentally ill persons: A case study in an urban community, khon kaen province*. Bangkok: Mahidol University.
- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 13-38.
- Musil, C. M., Jeanblanc, A. B., Burant, C. J., Zauszniewski, J. A., & Warner, C. B. (2013). Longitudinal analysis of resourcefulness, family strain, and depressive symptoms in grandmother caregivers. *Nursing outlook*, 61(4), 225-234. e222.
- Quality of Life Research Unit, & U. of Toronto. (2013). *The quality of life model*. Department of occupational therapy, university of toronto. Retrieved October, from <http://sites.utoronto.ca/qol/qol>
- Szinovacz, M. E., DeViney, S., & Atkinson, M. P. (1999). Effects of surrogate parenting on grandparents' well-being. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54(6), S376-S388.
- The WHOQOL Group. (1996). What quality of life. *World Health Forum*, 17(354-356).

- Trevittaya, P. (2016). Concepts of quality of life. *Bulletin of Chiang Mai Associated Medical Sciences*, 49(2), 171.
- World Health Organization. (1997). *Whoqol measuring quality of life*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2012). *Who definition of health*. Retrieved October 30, 2020, from <http://www.who.int/about/definition/en/print.htm>
- Yodphet, S. (2006). *Elderly welfare: Concept and practice of social work* (2nd. ed.). Bangkok: Master Copy.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of advanced nursing*, 17(7), 795-800.





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยนครพนม

แบบสอบถามงานวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดอุดรธานี

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

การศึกษาครั้งนี้ เพื่อจัดทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดอุดรธานี และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความร่วมมือท่านในการตอบแบบสอบถามต่อไปนี้ ตามความเป็นจริงโดย ไม่ต้องเขียนชื่อ-สกุล และที่อยู่ของท่าน ซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ในการศึกษา เพื่อทำการวิจัยในภาพรวมและข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น ทั้งนี้ข้อมูลที่ท่านตอบจะเป็นประโยชน์ต่อแก่บุคลากรสาธารณสุขในการนำข้อมูลที่ได้รับไปวางแผนการแก้ไขปัญหา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปใช้กำหนดนโยบายในการส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานในพื้นที่อื่น และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

โดยเนื้อหาแบบสอบถามมีทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเลี้ยงหลาน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนจากสังคม

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน

ขอให้ท่านอ่านคำชี้แจงของแบบสอบถามในแต่ละส่วนก่อนลงมือทำ และโปรดตอบข้อความตามความเป็นจริง ผู้วิจัยขอขอบคุณในความร่วมมือของทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

ขอบพระคุณอย่างยิ่ง

ผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความหรือเติมคำตอบลงในช่องว่าง

1. เพศ

<input type="checkbox"/> 1 ชาย	<input type="checkbox"/> 2 หญิง
--------------------------------	---------------------------------
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> 1 โสด	<input type="checkbox"/> 2 คู่
<input type="checkbox"/> 3 หย่า / หม้าย	<input type="checkbox"/> 4 แยก
4. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> 1 ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> 2 ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> 3 มัธยมศึกษา/ปวช.
<input type="checkbox"/> 4 อนุปริญญา/ปวส.	<input type="checkbox"/> 5 ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	<input type="checkbox"/> 6 สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ

<input type="checkbox"/> 1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> 2 เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> 3 ค้าขาย	<input type="checkbox"/> 4 รับจ้างทั่วไป
<input type="checkbox"/> 5 ข้าราชการบำนาญ	<input type="checkbox"/> 6 ธุรกิจส่วนตัว	<input type="checkbox"/> 7 อื่นๆ (ระบุ).....	
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (รวมเงินผู้สูงอายุ) บาท
ระบุแหล่งที่มาของรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

<input type="checkbox"/> 1 ตนเอง	<input type="checkbox"/> 2 สามี/ภรรยา	<input type="checkbox"/> 3 ลูก หลาน	<input type="checkbox"/> 4 ญาติ
<input type="checkbox"/> 5 สวัสดิการของรัฐ เช่น เบี้ยยังชีพ เงินบำนาญ		<input type="checkbox"/> 6 อื่นๆ (ระบุ).....	
7. ท่านมีรายได้เพียงพอหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1 ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน	<input type="checkbox"/> 2 ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน
<input type="checkbox"/> 3 เพียงพอ แต่ไม่มีเหลือ	<input type="checkbox"/> 4 เพียงพอ มีเหลือเก็บ
8. ลักษณะของครอบครัวในปัจจุบันที่ท่านอาศัยอยู่

<input type="checkbox"/> 1 ครอบครัวเดี่ยว (ครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวไม่เกิน 2 รุ่น คือ พ่อแม่เด็ก และปู่ย่า ตายาย)
<input type="checkbox"/> 2 ครอบครัวขยาย (ครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัว 3 รุ่นขึ้นไป คือ พ่อแม่เด็ก และปู่ย่า ตายายหรืออาจมีญาติคนอื่นอาศัยอยู่ร่วมกัน)
9. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

<input type="checkbox"/> 1 อยู่กับหลานเพียงลำพัง	<input type="checkbox"/> 2 อยู่กับลูกและหลาน
<input type="checkbox"/> 3 อยู่กับคู่สมรสและหลาน	<input type="checkbox"/> 4 อยู่กับญาติและหลาน
<input type="checkbox"/> 5 อื่นๆ (ระบุ).....	

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเลี้ยงหลาน

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความหรือเติมคำตอบลงในช่องว่าง

1. ปัจจุบันท่านเลี้ยงดูหลานจำนวน.....คน
2. อายุของหลานที่ท่านเลี้ยงดู..... ปี (กรณีมีหลานที่เลี้ยงดูคนเดียว)
*กรณีมีหลานที่เลี้ยงดูหลายคน
คนที่ 1 ปี
คนที่ 2 ปี
คนที่ 3 ปี
3. ลักษณะการเลี้ยงดูหลานของท่าน
() 1 ดูแลคนเดียว () 2 มีคนช่วยดูแล () 3 อื่นๆ (ระบุ).....
4. ระยะเวลาที่ท่านเลี้ยงดูหลาน.....เดือน/ปี (กรณีมีหลานที่เลี้ยงดูคนเดียว)
*กรณีมีหลานที่เลี้ยงดูหลายคน
คนที่ 1 เดือน/ปี
คนที่ 2 เดือน/ปี
คนที่ 3 เดือน/ปี
5. ระยะเวลาที่ท่านเลี้ยงดูหลานต่อวัน.....ชั่วโมง
6. เพราะอะไรพ่อ-แม่เด็กจึงไม่สามารถเลี้ยงลูกของตนเองได้
() 1 พ่อแม่เด็กหย่าร้างกัน () 2 พ่อแม่เด็กเจ็บป่วย () 3 พ่อ/แม่เด็กติด
คุก
() 4 พ่อแม่เด็กไปทำงานที่อื่น () 5 อื่นๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (โรคประจำตัว และความวิตกกังวล)

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความหรือเติมคำตอบลงในช่องว่าง

1. โรคประจำตัวของท่าน
() 1 ไม่มี
() 2 มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() 1 โรคเบาหวาน () 2 โรคความดันโลหิตสูง () 3 โรคไขมันใน
เลือดสูง
() 4 โรคหัวใจ () 5 โรคหลอดเลือดสมอง () 6 อื่น ๆ
(ระบุ).....

2. การเจ็บป่วยของท่านในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีการเจ็บป่วยหรือไม่
- () 1 ไม่มี
- () 2 มี ถ้ามีท่านเจ็บป่วยระดับใด (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)
- () 1 เล็กน้อย (ไม่ต้องไปโรงพยาบาล) จำนวน.....ครั้ง
- () 2 ปานกลาง (ไปโรงพยาบาลแต่ไม่ต้องนอนพักรักษาตัว) จำนวน.....ครั้ง
- () 3 มาก (นอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล) จำนวน.....ครั้ง
3. ท่านรู้สึกตึงเครียด วิดกกังวล หรือ กระวนกระวาย
- () 1 ไม่เลย () 2 บางวัน () 3 เกินกว่า 7 วัน ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา
- () 4 เกือบทุกวัน
4. ท่านไม่สามารถหยุดหรือควบคุมความกังวลได้
- () 1 ไม่เลย () 2 บางวัน () 3 เกินกว่า 7 วัน ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา
- () 4 เกือบทุกวัน
5. ท่านกังวลในเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับหลาน
- () 1 ไม่เลย () 2 บางวัน () 3 เกินกว่า 7 วัน ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา
- () 4 เกือบทุกวัน
- หากตอบข้อ 3-5 โปรดยกตัวอย่างเรื่องที่ทำให้กังวล ระบุ.....
6. ท่านทำตัวให้ผ่อนคลายได้ยาก
- () 1 ไม่เลย () 2 บางวัน () 3 เกินกว่า 7 วัน ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา
- () 4 เกือบทุกวัน
7. ท่านรู้สึกกระสับกระส่ายจนไม่สามารถนั่งนิ่ง ๆ ได้
- () 1 ไม่เลย () 2 บางวัน () 3 เกินกว่า 7 วัน ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา
- () 4 เกือบทุกวัน
8. ท่านกลายเป็นคนขี้รำคาญ หรือ หงุดหงิดง่าย
- () 1 ไม่เลย () 2 บางวัน () 3 เกินกว่า 7 วัน ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา
- () 4 เกือบทุกวัน
9. ท่านรู้สึกกลัวเหมือนว่าจะมีอะไรร้าย ๆ เกิดขึ้น
- () 1 ไม่เลย () 2 บางวัน
- () 3 เกินกว่า 7 วัน ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา () 4 เกือบทุกวัน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนจากสังคม

การเข้าถึงบริการสาธารณสุข

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา เมื่อท่านเจ็บป่วยเล็กน้อย ท่านรักษาสุขภาพอย่างไร

<input type="checkbox"/> 1 ซึ่ยามารับประทานเอง	<input type="checkbox"/> 2 ทางไสยศาสตร์
<input type="checkbox"/> 3 ใ้ยาแผนโบราณ/สมุนไพร	<input type="checkbox"/> 4 อื่นๆ (ระบุ).....
2. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา เมื่อท่านเจ็บป่วย ท่านใช้บริการสุขภาพที่ไหน

<input type="checkbox"/> 1 ศูนย์สุขภาพชุมชน	<input type="checkbox"/> 2 รพ.สต.	<input type="checkbox"/> 3 โรงพยาบาลชุมชน
<input type="checkbox"/> 4 โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์	<input type="checkbox"/> 5 โรงพยาบาลเอกชน/คลินิก	
<input type="checkbox"/> 6 อื่นๆ(ระบุ).....		
3. บุคคลหลักที่ท่านไปสถานบริการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย

<input type="checkbox"/> 1 ไปเอง	<input type="checkbox"/> 2 คู่สมรส	<input type="checkbox"/> 3 บุตร/หลาน	<input type="checkbox"/> 4 อื่นๆ(ระบุ).....
----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	---
4. ท่านมีหลักประกันสุขภาพหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 2 มี
ถ้ามีท่านมีหลักประกันสุขภาพอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)	
<input type="checkbox"/> 1 บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	<input type="checkbox"/> 2 ประกันชีวิตของเอกชน
<input type="checkbox"/> 3 บัตรประกันสังคม	<input type="checkbox"/> 4 ข้าราชการบำนาญ
<input type="checkbox"/> 5 อื่นๆ (ระบุ).....	

การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนดให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านเข้าร่วมกิจกรรมมากน้อยเพียงใด

ไม่ได้เข้าร่วม หมายถึง ท่านไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมเลย

น้อย หมายถึง ท่านเข้าร่วมกิจกรรมน้อย (เดือนละ 1 ครั้ง)

ปานกลาง หมายถึง ท่านเข้าร่วมกิจกรรมปานกลาง (เดือนละ 2-3 ครั้ง)

มาก หมายถึง ท่านเข้าร่วมกิจกรรมมาก (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง)

กิจกรรม	ระดับการเข้าร่วมกิจกรรม			
	ไม่เข้าร่วม (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)
1. ท่านทำกิจกรรมร่วมกับลูกหลานของท่าน/ครอบครัว/เพื่อนบ้าน				
2. ท่านให้ความช่วยเหลือกับชุมชนหรือองค์กรต่าง ๆ เช่น จิตอาสา ร่วมพัฒนาหมู่บ้าน ฯลฯ				
3. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมที่ชุมชนของท่านจัดอย่างสม่ำเสมอ เช่น ไปพบปะ สังสรรค์ รับประทานอาหาร ร่วมประชุม กลุ่มงานเลี้ยง งานศพ				
4. ท่านเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ				
5. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพกับชุมชน เช่น การตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย ฯลฯ				
6. ท่านมีกลุ่มเพื่อนในชุมชนในการพบปะพูดคุย				

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนดให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว

ไม่ได้รับ	หมายถึง	ท่านไม่ได้รับการสนับสนุนเลย
น้อย	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุนน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุนปานกลาง
มาก	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุนมาก

กิจกรรม	ระดับการสนับสนุน			
	ไม่ได้รับ (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)
1. เพื่อนบ้านเป็นมิตรกับท่านดี				
2. ผู้ที่มีส่วนในการตัดสินใจที่สำคัญ ๆ ของท่าน คือ ครอบครัว				
3. เมื่อมีปัญหาหรือเรื่องไม่สบายใจท่านได้รับคำแนะนำช่วยเหลือ หรือได้รับกำลังใจจาก ครอบครัว				
4. เมื่อมีปัญหาหรือเรื่องไม่สบายใจท่านได้รับคำแนะนำช่วยเหลือ หรือได้รับกำลังใจจาก เพื่อนบ้าน				
5. เมื่อมีปัญหาหรือเรื่องไม่สบายใจท่านได้รับคำแนะนำช่วยเหลือ หรือได้รับกำลังใจจาก ชุมชน				
6. ท่านได้รับความช่วยเหลือหรือสามารถพึ่งพาสมาชิกใน ครอบครัว				
7. ท่านได้รับความช่วยเหลือหรือสามารถพึ่งพาสมาชิกใน ชุมชน				
8. เมื่อท่านเจ็บป่วย ครอบครัว ของท่านได้ไปเยี่ยมเยียนท่าน				
9. เมื่อท่านเจ็บป่วย ญาติ ของท่านได้ไป				

กิจกรรม	ระดับการสนับสนุน			
	ไม่ได้รับ (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)
เยี่ยมเยียนท่าน				
10. เมื่อท่านเจ็บป่วย เพื่อนบ้าน ของท่านได้ไปเยี่ยมเยียนท่าน				
11.ญาติมิตรเดินทางมาเยี่ยมเยียนท่าน				
12. สมาชิกในครอบครัวคอยเตือนท่านเมื่อท่านปฏิบัติตัวด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมด้านต่างๆ เช่น ไม่ออกกำลังกาย สูบบุหรี่ กินอาหารไม่เป็นเวลา				
13. สมาชิกในครอบครัวคอยเตือนท่านหากท่านมีนัดพบแพทย์หรืออื่น ๆ เช่น รับเงิน นัดพบแขก				
14. ท่านได้รับความรู้ หรือข่าวสารต่าง ๆ ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ หรือเหตุการณ์บ้านเมืองจาก ครอบครัว				
15. ท่านได้รับความรู้ หรือข่าวสารต่าง ๆ ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ หรือเหตุการณ์บ้านเมืองจาก ชุมชน				
16. คนในชุมชนให้ความเคารพนับถือท่าน				

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้จะใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่านในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนดให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแยะมาก

เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ รู้สึกแยะ

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆหรือรู้สึกแยะ ระดับกลางๆ

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆรู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์ พอใจมากที่สุด

ลำดับ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ระดับความรู้สึก				
		ไม่เลย (1)	เล็กน้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย						
1	การเจ็บปวดทางร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเลย					
2	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวันไหม(ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
3	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด					
4	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
5	ท่านจำเป็นต้องได้รับการ					

ลำดับ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ระดับความรู้สึก				
		ไม่ เลย (1)	เล็กน้อย (2)	ปาน กลาง (3)	มาก (4)	มาก ที่สุด (5)
	รักษาพยาบาลมากนักเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ในแต่ละวัน					
6	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด					
7	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตัวเองได้ดีเพียงใด					
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ						
8	ท่านรู้สึกพึงพอใจกับชีวิต(เช่นมีความสุข ความสงบมีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
9	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆดีเพียงใด					
10	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน					
11	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
12	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่นรู้สึกหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวลบ่อยแค่ไหน					
13	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธ์ทางสังคม						
14	ท่านพอใจกับการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					

ลำดับ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ระดับความรู้สึก				
		ไม่ เลย (1)	เล็กน้อย (2)	ปาน กลาง (3)	มาก (4)	มาก ที่สุด (5)
15	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆแค่ไหน					
16	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน(ชีวิตทางเพศ หมายถึงเมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)					
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม						
17	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
18	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
19	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
20	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
21	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
22	ท่านมีโอกาสที่ได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
23	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
24	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน(หมายถึงการคมนาคม)มากน้อยเพียงใด					

ลำดับ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ระดับความรู้สึก				
		ไม่ เลย (1)	เล็กน้อย (2)	ปาน กลาง (3)	มาก (4)	มาก ที่สุด (5)
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม						
25	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่าน ในตอนนี้อย่างใด					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิต ความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

----- ขอขอบคุณสำหรับการตอบข้อคำถาม -----

