

สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุไทย

Psychological Well-Being of the Thai Elderly

กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาระดับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุไทยและเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตกับปัจจัยทางสังคมด้านเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และถิ่นที่อยู่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุชายและหญิงจำนวน 403 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ปัจจัยทางสังคม แบบวัดสุขภาวะทางจิต สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติทดสอบที การวิเคราะห์ความแปรปรวน และการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีเชฟเฟ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุไทยมีสุขภาวะทางจิตในระดับปานกลาง เพศชายมีสุขภาวะทางจิตสูงกว่าเพศหญิง ($p < 0.05$) ผู้สูงอายุที่สมรส มีสุขภาวะทางจิตสูงกว่ากลุ่มที่เป็นหม้าย ($p < 0.05$) ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงและ ปานกลางมีสุขภาวะทางจิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา ($p < 0.05$) ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีสุขภาวะทางจิตสูงกว่ากลุ่มรายได้น้อย และผู้สูงอายุที่มีถิ่นที่อยู่แตกต่างกันมีสุขภาวะทางจิตด้านการยอมรับตนเองแตกต่างกัน ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: สุขภาวะทางจิต ผู้สูงอายุไทย

ABSTRACT

The purposes of this research were to investigate the level of psychological well-being of the Thai elderly and to compare psychological well-being with social factors: gender, marital status, level of education, income and hometown. The sample was 403 of the Thai elderly. The research instruments used were social factors questionnaires and psychological well-being scale. The data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, t-test, analysis of variance (ANOVA) and Scheffé's multiple comparisons test. The research findings were as follows: the psychological well-being of the Thai elderly were at moderate level; the male elderly had higher psychological well-being than female elderly ($p < 0.05$); the couple elderly had higher psychological well-being than the widow elderly ($p < 0.05$); the high and the moderate educated elderly had higher psychological well-being than the uneducated elderly ($p < 0.05$); the high income elderly had higher psychological well-being than the low income elderly ($p < 0.05$). There were also differences in self-acceptance of psychological well-being for the elderly of different hometowns ($p < 0.05$).

Keywords: Psychological well-being, The Thai elderly

¹ อาจารย์ประจำคณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพ

บทนำ

การขยายตัวของจำนวนผู้สูงอายุกำลังเป็นปรากฏการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นทั่วโลก และสังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพราะแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร (ปีพ.ศ. 2553) ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ให้ความหมายผู้สูงอายุ (the elderly) ว่าคือบุคคลที่มีสัญชาติไทยและมีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (ราชกิจจานุเบกษา, 2546) ในขณะที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ว่าผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี เท่านั้น ถ้าอายุระหว่าง 75-90 ปี จัดเป็นคนชรา (old) และถ้ามีอายุเกิน 90 ปีขึ้นไป จัดเป็นคนชรามาก (very old) ทั้งนี้การแบ่งผู้สูงอายุ ใช้เกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้น (World Health Organization, 1997)

สมัชชาใหญ่แห่งองค์การสหประชาชาติได้มีมติรับรองปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2491 ว่ามนุษย์ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับมาตรฐานในการครองชีพที่เหมาะสม เพื่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองและครอบครัว ซึ่งต่อมาได้มีแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ประเทศไทยก็มีพันธกรณีอยู่ด้วย นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 รัฐบาลไทยได้มีมติให้วันที่ 13 เมษายนของทุกปีเป็นวันผู้สูงอายุแห่งชาติ ในขณะที่องค์การสหประชาชาติได้ประกาศให้ปี พ.ศ. 2542 เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ (อ้างถึงใน ไพศาล เกื้ออรุณ, 2553)

ในช่วงกว่าทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุมากขึ้นเป็นลำดับ มีการกำหนดพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 เพื่อคุ้มครองสวัสดิภาพของผู้สูงอายุให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น (ราชกิจจานุเบกษา, 2546) ตลอดจนมีแผนยุทธศาสตร์เพื่อเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ และให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ ซึ่งเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคมและประเทศชาติ เพราะนอกจากผู้สูงอายุจะเป็นเสาหลักของครอบครัวและสังคมแล้ว ผู้สูงอายุยังนับเป็นปราชญ์อันเกิดจากการสั่งสมประสบการณ์ที่ยาวนาน ซึ่งสามารถสร้างประโยชน์ให้คนรุ่นหลังได้อย่างมากมายมหาศาล และเป็นภูมิปัญญาแห่งสังคม (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2550)

อย่างไรก็ตาม มีผู้สูงอายุหลายคนต้องเผชิญกับภาวะเบื่อ เหงา ไม่มีอะไรทำ ขาดคนดูแลเอาใจใส่ รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า และหาความสุขในชีวิตที่เหลืออยู่ไม่ค่อยได้ ทั้งๆ ที่ผู้สูงอายุจำนวนมากเป็นทรัพยากรบุคคลที่ล้ำค่าของแผ่นดิน ดังกล่าวมาแล้ว การดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถดำรงศักยภาพของการมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะผู้สูงอายุมีศักดิ์ศรีและสมควรดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนได้อย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผลและสมวัย ไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคม การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุนั้น สามารถพิจารณาได้จากการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีมาตรฐานสุขภาพที่พึงประสงค์ และได้รับการยอมรับจากสังคม (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

ในต่างประเทศ การศึกษาวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตมีเป็นจำนวนมาก และมักเป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้เจ็บป่วยหรือผู้มีปัญหาด้านจิตเวช เช่น งานวิจัยของ Borglin (2005) ในประเทศสวีเดน ศึกษาผู้สูงอายุวัย 75 ปีขึ้นไป พบว่าผู้สูงอายุที่บ่นว่าเหนื่อยล้า และมีความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ในทางลบกับคุณภาพชีวิต และตัวแปรเหล่านี้สามารถทำนายได้ว่าจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ ซึ่งพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย การวิจัยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของ Nejati, Shirinbayan, Kamrani, Foroughan, Taheri และ Sheikhdavan (2008) ในประเทศอิหร่าน จากกลุ่มตัวอย่าง 386 คน ก็พบความแตกต่างระหว่างเพศในด้านสุขภาพจิต โดยภาพรวมแล้วเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง ส่วนการศึกษาของ Tianli (2007) กับผู้สูงอายุชาวจีนอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 41 คน ที่อาศัยอยู่ในประเทศแคนาดาพบว่า เพศและการศึกษา เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิต รวมทั้งงานวิจัยของ Tso (2007) เรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชาวจีนในฮ่องกงที่อาศัยอยู่ตามลำพัง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 565 คน ผลแสดงว่าความสุขและสุขภาวะทางจิตเป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิต

การศึกษาวิจัยเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของประชากรในยุโรปกับในสหรัฐอเมริกาของ Glatzer (2006) พบว่าโดยเฉลี่ยแล้วประชากรในสหรัฐอเมริกามีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าในยุโรปเล็กน้อย หลายประเทศในยุโรปภาคเหนือและตะวันตก มีความพึงพอใจในระดับสูงกว่าสหรัฐอเมริกา

และยุโรปตะวันออกมีความพึงพอใจที่ต่ำกว่า ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของคุณภาพชีวิตของคนที่อาศัยในถิ่นที่อยู่ต่างกัน

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทย ศิริพร วีระเกียรติ โสภานุสิโก บุญพา ณ นคร เสาวภา ปานเพชร และดวงวิพร พ่วงรอด (2546) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 400 คน พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 65.50 และพบว่าสถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ บรรยากาศในครอบครัว ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาของ นันทพร จิตรประเสริฐ (2548) จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 381 คน พบว่า ผู้สูงอายুর้อยละ 54.3 มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง และร้อยละ 44.9 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ความพอเพียงของรายได้ และลักษณะการอยู่อาศัย ส่วนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต นอกจากนั้น การวิจัยของ พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, หม่อมเจ้ายุพดี ศิริวรรณ และคณะ (2546) ศึกษาจากประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ 4 ภาค และกรุงเทพมหานคร จำนวน 9,632 คน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับกลางร้อยละ 73.5 เพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ สถานะทางการเงิน การอยู่อาศัย และอื่นๆ

เมื่อประมวลงานวิจัยที่กล่าวมา จะเห็นว่ามีการศึกษาวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มคนที่หลากหลาย และพบว่าปัจจัยที่สะท้อนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ทางหนึ่ง คือ สุขภาวะทางจิต (psychological well-being) ซึ่งหมายถึง ความสมบูรณ์อย่างสมดุลของสุขภาพบุคคลทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณหรือปัญญา โดยมีมิติทั้งสี่จะเชื่อมโยงสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (ประเวศ วะสี, พระพิศาลธรรมวาทิ, แม่ชีต้นสนีย์ เสถียรสุด และโสภณ สุภาพงษ์, 2544: 10) ในขณะที่ความหมายของสุขภาวะทางจิต ตามแนวคิดทางตะวันตกของ Ryff และ Keyes (1995) เสนอว่า เป็นคุณลักษณะเชิงบวกทางจิตใจที่มีความหลากหลายด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการของบุคคล โดยมีองค์ประกอบที่ทำหน้าที่ของจิต 6 มิติ ได้แก่ 1) ความ

เป็นตัวของตัวเอง (Autonomy หรือ AU) หมายถึง การคิดและทำในสิ่งที่ตนเองคิดว่าเหมาะสม ไม่ตามกระแสสังคม ประเมินตนเองตามมาตรฐานที่ตนเองตั้งไว้ 2) การยอมรับตนเอง (Self-acceptance หรือ SA) หมายถึง การมีเจตคติต่อตนเองทางบวก รับรู้และยอมรับทั้งด้านดีและด้านไม่ดีของตนเอง รวมทั้งพึงพอใจชีวิตที่ผ่านมา 3) การมีความงอกงามในตน (Personal Growth หรือ PG) หมายถึง ความต้องการพัฒนาตนเองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ไม่หยุดยั้ง 4) การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น (Positive Relations with others หรือ PR) หมายถึง การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นไว้วางใจ เห็นอกเห็นใจผู้อื่น 5) ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ (Environmental Mastery หรือ EM) เป็นความสามารถในการจัดการกับสภาพแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเลือกหรือสร้างบริบทที่เหมาะสมกับความต้องการและค่านิยมส่วนตัว และ 6) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose in Life หรือ PL) หมายถึง การมีเป้าหมายในชีวิต และดำเนินชีวิตอย่างมีจุดมุ่งหมาย

จากความสำคัญของผู้สูงอายุ สภาพปัญหาและแนวโน้มการเติบโตของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาระดับสุขภาวะทางจิต ตามโครงสร้างแนวคิดของ Ryff และ Keyes (1995) ดังที่กล่าวมา เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2553 เนื่องจากการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ควรกระทำไปอย่างต่อเนื่อง เพราะภายใต้กระแสการเปลี่ยนแปลงของโลกในด้านต่างๆ สามารถส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของคนในสังคมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย โดยผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ จะหมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นวัยที่ก้าวเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ทางสังคม และส่วนมากก็เกษียณอายุการทำงานจากหน่วยงานและองค์กรต่างๆ แล้ว แต่ทุกภาคส่วนจำเป็นต้องหาแนวทางส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของประเทศและโลกต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุไทย
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุไทย ที่จำแนกตามปัจจัยทางสังคม ด้านเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และถิ่นที่อยู่

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ คนไทย เพศชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยตาราง Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อน $\pm 4\%$ สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งถิ่นที่อยู่ออกเป็น 6 ภูมิภาค ได้แก่ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออก ภาคตะวันตก และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใช้วิธีจับสลากเลือกตัวอย่างภาคละ 6 จังหวัด จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวม 403 คน เป็นเพศชาย 181 คน หรือร้อยละ 44.9 เพศหญิง 222 คน หรือร้อยละ 55.1 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คือ ร้อยละ 73.2 เป็นหม้ายร้อยละ 16.4 เป็นโสดร้อยละ 7.4 และสถานภาพหย่าร้างร้อยละ 3.0 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.6

- การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (PL)
- ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ (EM)
- การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (PR)
- การยอมรับตนเอง (SA)
- การมีความงอกงามในตน (PG)
- ความเป็นตัวของตัวเอง (AU)

เกณฑ์การแปลผลมี 3 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 1.00–3.99 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพทางจิตระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 4.00–4.99 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพทางจิตระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 5.00–7.00 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพทางจิตระดับสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับสถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ ค่าสถิติทดสอบที่ การวิเคราะห์ความแปรปรวน

มีระดับการศึกษาต่ำ ส่วนร้อยละ 24.8 มีการศึกษาปานกลาง ในขณะที่ร้อยละ 11.4 มีการศึกษาสูง และร้อยละ 7.7 ไม่ได้รับการศึกษา ปัจจัยด้านรายได้ พบว่ามีรายได้น้อย (ไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือน) ร้อยละ 60.5 มีรายได้ปานกลาง (10,001-30,000 บาท) ร้อยละ 25.8 และรายได้สูง (มากกว่า 30,000 บาท) ร้อยละ 12.2 สำหรับถิ่นที่อยู่เป็นชนภาคกลาง ร้อยละ 23.6 ส่วนภูมิภาคอื่นมีจำนวนใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม ปัจจัยทางสังคม และแบบวัดสุขภาพทางจิต พัฒนาโดย ศักนงศ์ มณีศรี (2550) เป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 7 ระดับ จำนวน 45 ข้อ ผู้วิจัยนำมาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 122 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ที่งัดฉบับได้เท่ากับ 0.93 ส่วนการวัดสุขภาพทางจิตแต่ละมิติ มีรายละเอียดดังนี้

- มี 8 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86
- มี 7 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.76
- มี 8 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.74
- มี 8 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.75
- มี 6 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.80
- มี 8 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.63

(ANOVA) และการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีเชฟเฟ (Scheffé)

ผลการวิเคราะห์

1. การวิเคราะห์ระดับสุขภาพทางจิตผู้สูงอายุ โดยรวมและแต่ละมิติของผู้สูงอายุ ด้วยค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ผลการวิเคราะห์แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุไทย

ตัวแปร	\bar{X}	SD	ระดับ
สุขภาวะทางจิต (PWB) โดยรวม	4.79	.67	ปานกลาง
สุขภาวะทางจิตแต่ละมิติ			
- การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (PL)	5.12	.95	สูง
- ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ (EM)	4.89	.92	ปานกลาง
- การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (PR)	4.80	.91	ปานกลาง
- การยอมรับตนเอง (SA)	4.76	.81	ปานกลาง
- การมีความงอกงามในตน (PG)	4.72	.92	ปานกลาง
- ความเป็นตัวของตัวเอง (AU)	4.43	.86	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 แสดงผลว่าผู้สูงอายุไทยมีสุขภาวะทางจิต โดยรวมระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าผู้สูงอายุ มีมิติการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (PL) ระดับสูง นอกนั้นมิติ ด้านอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด

2. การเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตกับปัจจัยทางสังคม ด้านเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และ

ถิ่นที่อยู่ รายละเอียดมีดังนี้

2.1 การเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตระหว่างเพศ ใช้การทดสอบทีแบบกลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระ (Independent Sample t-test) ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกับเพศ

สุขภาวะทางจิต	เพศ	จำนวน	\bar{X}	SD	ค่าสถิติทดสอบ	
					t	p
SA	- ชาย	181	4.81	.80	1.239	.216
	- หญิง	222	4.71	.81		
PR	- ชาย	181	4.86	.92	1.270	.205
	- หญิง	222	4.75	.89		
AU	- ชาย	181	4.59	.85	3.374	<.001*
	- หญิง	222	4.30	.84		
EM	- ชาย	181	4.96	.89	1.525	.128
	- หญิง	222	4.82	.93		
PL	- ชาย	181	5.23	.94	2.052	.041*
	- หญิง	222	5.03	.96		
PG	- ชาย	181	4.85	.83	2.604	.008*
	- หญิง	222	4.61	.98		
PWB (รวม)	- ชาย	181	4.88	.67	2.647	.008*
	- หญิง	222	4.71	.67		

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ย
 สุขภาวะทางจิตโดยรวม (PWB) และมีมิติด้าน AU ด้าน PL
 และด้าน PG แตกต่างกันระหว่างเพศอย่างมีนัยสำคัญทาง
 สถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตทุกด้าน
 ดังกล่าวของเพศชายสูงกว่าเพศหญิง

2.2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตกับ สถานภาพสมรส

การวิเคราะห์เปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตกับสถานภาพ
 สมรส ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) และใน
 กรณีพบว่ามีความแตกต่างกัน จะวิเคราะห์เปรียบเทียบ
 รายคู่โดยวิธีเชฟเฟ่ แสดงผลดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกับสถานภาพสมรส

สุขภาพภาวะทางจิต	สถานภาพสมรส	จำนวน	\bar{X}	SD	ค่าสถิติทดสอบ	
					F	p
SA	- โสด	30	4.98	.96	2.307	.076
	- สมรส	295	4.79	.80		
	- หย่าร้าง	12	4.60	.81		
	- หม้าย	66	4.56	.72		
PR	- โสด	30	4.84	.98	2.558	.055
	- สมรส	295	4.86	.89		
	- หย่าร้าง	12	4.46	.86		
	- หม้าย	66	4.56	.91		
AU	- โสด	30ab	4.59	.99	3.859	.010*
	- สมรส	295a	4.49	.83		
	- หย่าร้าง	12ab	4.26	.57		
	- หม้าย	66b	4.12	.87		
EM	- โสด	30	4.85	1.02	1.689	.169
	- สมรส	295	4.91	.94		
	- หย่าร้าง	12	4.31	.69		
	- หม้าย	66	4.89	.75		
PL	- โสด	30	5.24	.97	1.317	.268
	- สมรส	295	5.16	.96		
	- หย่าร้าง	12	4.77	.98		
	- หม้าย	66	4.98	.91		
PG	- โสด	30	4.76	1.11	.962	.411
	- สมรส	295	4.76	.90		
	- หย่าร้าง	12	4.63	.70		
	- หม้าย	66	4.55	.95		
PWB (รวม)	- โสด	30	4.88ab	.76	2.832	.038*
	- สมรส	295	4.83a	.67		
	- หย่าร้าง	12	4.51ab	.65		
	- หม้าย	66	4.61b	.60		

* $p < 0.05$

a, b, c ตัวอักษรที่แตกต่างกันหมายความว่าค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโดยรวม และมีมิติด้าน AU แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มสถานภาพสมรสมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตโดยรวม และมีมิติด้าน AU สูงกว่ากลุ่มที่เป็นหม้าย

2.3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตกับระดับการศึกษา ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวน และเปรียบเทียบรายคู่โดยวิธีเชฟเฟ แสดงผลดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกับระดับการศึกษา

สุขภาวะทางจิต	ระดับการศึกษา	จำนวน	\bar{X}	SD	ค่าสถิติทดสอบ	
					F	p
SA	- ไม่ได้รับการศึกษา	31	4.64ab	.72	3.072	.028*
	- ต่ำ	224	4.67a	.78		
	- ปานกลาง	100	4.93b	.87		
	- สูง	46	4.89ab	.79		
PR	- ไม่ได้รับการศึกษา	31	4.57	.77	2.530	.057
	- ต่ำ	224	4.72	.92		
	- ปานกลาง	100	4.91	.90		
	- สูง	46	5.01	.83		
AU	- ไม่ได้รับการศึกษา	31	4.22a	1.00	2.784	.041*
	- ต่ำ	224	4.36a	.84		
	- ปานกลาง	100	4.50ab	.88		
	- สูง	46	4.69b	.73		
EM	- ไม่ได้รับการศึกษา	31	4.66	.81	1.644	.179
	- ต่ำ	224	4.83	.89		
	- ปานกลาง	100	5.01	.93		
	- สูง	46	4.97	1.01		
PL	- ไม่ได้รับการศึกษา	31	4.67a	1.07	3.823	.010*
	- ต่ำ	224	5.08ab	.95		
	- ปานกลาง	100	5.28b	.89		
	- สูง	46	5.25b	.89		
PG	- ไม่ได้รับการศึกษา	31	4.20a	.92	5.944	.001*
	- ต่ำ	224	4.66ab	.92		
	- ปานกลาง	100	4.92b	.88		
	- สูง	46	4.88b	.85		
PWB (รวม)	- ไม่ได้รับการศึกษา	31	4.50a	.65	5.049	.002*
	- ต่ำ	224	4.72ab	.64		
	- ปานกลาง	100	4.92b	.70		
	- สูง	46	4.95b	.66		

* $p < 0.05$

a, b, c ตัวอักษรที่แตกต่างกันหมายความว่าค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโดยรวม (PWB) และมีมิติด้าน SA ด้าน AU ด้าน PL และด้าน PG แตกต่างกันระหว่างระดับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยด้าน SA กลุ่มการศึกษาระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มการศึกษาต่ำ ด้าน AU ระดับการศึกษาสูงมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มการศึกษาต่ำ

และกลุ่มไม่ได้รับการศึกษา ส่วนด้าน PL ด้าน PG และสุขภาวะทางจิตโดยรวม (PWB) กลุ่มการศึกษาสูงและปานกลาง มีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มไม่ได้รับการศึกษา

2.4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตกับรายได้ ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนและเปรียบเทียบรายคู่โดยวิธีเชฟเฟ แสดงผลดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุระหว่างรายได้

สุขภาวะทางจิต	รายได้	จำนวน	\bar{X}	SD	ค่าสถิติทดสอบ	
					F	p
SA	- น้อย	244	4.70	.82	1.715	.181
	- ปานกลาง	104	4.83	.74		
	- สูง	49	4.89	.83		
PR	- น้อย	244	4.75	.94	.850	.428
	- ปานกลาง	104	4.88	.77		
	- สูง	49	4.85	1.01		
AU	- น้อย	244	4.35	.87	2.455	.087
	- ปานกลาง	104	4.50	.70		
	- สูง	49	4.61	1.05		
EM	- น้อย	244	4.83	.89	.802	.449
	- ปานกลาง	104	4.94	.87		
	- สูง	49	4.98	1.15		
PL	- น้อย	244	5.00a	.97	5.719	.004*
	- ปานกลาง	104	5.27ab	.80		
	- สูง	49	5.42b	1.06		
PG	- น้อย	244	4.60a	.93	5.826	.003*
	- ปานกลาง	104	4.84ab	.82		
	- สูง	49	5.02b	.95		
PWB(รวม)	- น้อย	244	4.71a	.67	4.250	.015*
	- ปานกลาง	104	4.88ab	.59		
	- สูง	49	4.96b	.82		

* $p < 0.05$

a, b, c ตัวอักษรที่แตกต่างกันหมายความว่าค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโดยรวม (PWB) มิติด้าน PL และด้าน PG แตกต่างกันระหว่างกลุ่มรายได้ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยทุกด้านดังกล่าวกลุ่มที่รายได้สูงมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มรายได้น้อยทั้งหมด

2.5 การวิเคราะห์เปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตกับถิ่นที่อยู่ ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวน และเปรียบเทียบรายคู่โดยวิธีเชฟเฟ แสดงผลดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุระหว่างถิ่นที่อยู่

สุขภาวะทางจิต	ถิ่นที่อยู่	จำนวน	\bar{X}	SD	ค่าสถิติทดสอบ	
					F	p
SA	ภาคกลาง	95	4.77a	.84	2.509	.030*
	ภาคเหนือ	54	4.80ab	.96		
	ภาคใต้	63	5.03b	.73		
	ภาคตะวันออก	66	4.66ab	.73		
	ภาคตะวันตก	58	4.76a	.84		
	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	67	4.56a	.68		
PR	ภาคกลาง	95	4.70	.88	1.507	.187
	ภาคเหนือ	54	4.87	.96		
	ภาคใต้	63	5.05	.88		
	ภาคตะวันออก	66	4.68	.98		
	ภาคตะวันตก	58	4.76	.86		
	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	67	4.80	.86		
AU	ภาคกลาง	95	4.36	.79	1.575	.166
	ภาคเหนือ	54	4.36	1.02		
	ภาคใต้	63	4.59	.83		
	ภาคตะวันออก	66	4.42	.88		
	ภาคตะวันตก	58	4.61	.84		
	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	67	4.28	.79		
EM	ภาคกลาง	95	4.78	1.00	1.861	.100
	ภาคเหนือ	54	4.96	.93		
	ภาคใต้	63	5.13	.94		
	ภาคตะวันออก	66	4.70	.87		
	ภาคตะวันตก	58	4.86	.82		
	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	67	4.95	.85		
PL	ภาคกลาง	95	5.06	.99	2.177	.056
	ภาคเหนือ	54	4.94	.87		
	ภาคใต้	63	5.46	.88		
	ภาคตะวันออก	66	5.07	1.04		
	ภาคตะวันตก	58	5.13	.96		
	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	67	5.09	.89		
PG	ภาคกลาง	95	4.82	.92	.846	.518
	ภาคเหนือ	54	4.68	.95		
	ภาคใต้	63	4.84	.97		
	ภาคตะวันออก	66	4.62	.95		
	ภาคตะวันตก	58	4.59	.90		
	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	67	4.71	.85		

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุระหว่างถิ่นที่อยู่ (ต่อ)

สุขภาพทางจิต	ถิ่นที่อยู่	จำนวน	\bar{X}	SD	ค่าสถิติทดสอบ	
PWB (รวม)	ภาคกลาง	95	4.74	.67	1.986	0.080
	ภาคเหนือ	54	4.77	.74		
	ภาคใต้	63	5.02	.65		
	ภาคตะวันออก	66	4.69	.66		
	ภาคตะวันตก	58	4.79	.69		
	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	67	4.73	.62		

* $p < 0.05$

a, b, c ตัวอักษรที่แตกต่างกันหมายความว่าค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยสุขภาพทางจิต มิติด้าน SA แตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุที่มีถิ่นที่อยู่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่อยู่ภาคใต้มีค่าเฉลี่ยด้าน SA สูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ภาคกลาง ภาคตะวันตก และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แต่สุขภาพทางจิตโดยรวมและมิติด้านอื่นไม่แตกต่างกัน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุไทยในช่วงปี พ.ศ. 2553 ยังมีสุขภาพทางจิตโดยรวมในระดับปานกลาง เหมือนกับผลการวิจัยในอดีต (ศิริพร วีระเกียรติ และคณะ, 2546; นันทพร จิตรประเสริฐ, 2548; พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2546) เมื่อพิจารณาสุขภาพทางจิตเป็นรายด้าน แต่ละมิติ พบว่าผู้สูงอายุไทยมีมิติการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (PL) ระดับสูง ส่วนมิติด้านอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งหมด อาจเป็นเพราะวัยสูงอายุเป็นวัยบั้นปลายของชีวิต ส่วนใหญ่จึงดำเนินชีวิตอย่างมีจุดมุ่งหมายเพราะคิดว่าเวลาของตนในการมีชีวิตอยู่เหลือน้อยเต็มที่แล้ว (Erikson, 1963 อ้างถึงใน Feldman, 2000: 389) และผู้สูงอายุเพศชายมีสุขภาพทางจิตโดยรวม และมิติด้าน AU ด้าน PL และด้าน PG สูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งผลการศึกษานี้ก็มักจะแสดงผลในลักษณะเดียวกัน (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2546; Borglin, 2005; Nejadi et al., 2008) อาจเป็นเพราะวัฒนธรรมในสังคมไทยที่เพศหญิงมักจะมีภาวะหน้าที่ในการดูแลบ้านและคนในครอบครัวมากกว่าก็ได้ ส่วนปัจจัยด้านสถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มสถานภาพสมรสมีสุขภาพทางจิต และมิติด้าน AU สูงกว่ากลุ่มที่เป็นหม้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ 0.05 อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสยังมีคนที่จะปรึกษาดูแลทุกข์สุขซึ่งกันและกัน ในขณะที่ผู้เป็นหม้ายอาจจะเหงาและขาดคู่ชีวิตที่อยู่ด้วยกันมา ทำให้ต้องแก้ปัญหาต่างๆ ตามลำพังและต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

นอกจากนั้น ระดับการศึกษาและรายได้ก็เป็นปัจจัยที่ทำให้สุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุแตกต่างกัน โดยกลุ่มการศึกษาสูงและปานกลาง มีสุขภาพทางจิตและมิติด้าน PL และด้าน PG สูงกว่ากลุ่มไม่ได้รับการศึกษา กลุ่มการศึกษานานกลางมีด้าน SA สูงกว่ากลุ่มการศึกษาต่ำ กลุ่มการศึกษาสูงมีด้าน AU สูงกว่ากลุ่มการศึกษาต่ำและกลุ่มไม่ได้รับการศึกษา รวมทั้งพบว่ากลุ่มรายได้สูงมีสุขภาพทางจิตและมิติด้าน PL และด้าน PG สูงกว่ากลุ่มรายได้น้อย ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยอื่น (ศิริพร วีระเกียรติ และคณะ, 2546; พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2546) ที่ผลแสดงดังนี้ อาจเป็นเพราะคนที่มีการศึกษาสูงกว่าอาจสามารถปรับตัวได้ดีกว่า เพราะมีความรู้และความเข้าใจในด้านต่างๆ มากกว่า ส่วนผู้ที่มีรายได้สูงกว่าก็ไม่ต้องเผชิญกับปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตเท่ากับคนที่มีความได้้น้อย จึงอาจเป็นสาเหตุให้สุขภาพทางจิตดีกว่าก็ได้ เพราะผลสำรวจของกรมสุขภาพจิตก็พบว่า คนที่ศึกษาในระดับอุดมศึกษามีสุขภาพจิตดีที่สุด ส่วนผู้ที่ไม่มีการศึกษาและมีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษามีสุขภาพจิตต่ำสุดทั้งในปี พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2552 ในทำนองเดียวกับที่พบว่าผู้ที่มีรายได้สูงจะมีสุขภาพจิตดีกว่า (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552)

สำหรับปัจจัยด้านถิ่นที่อยู่ ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงว่าสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ ในมิติด้านการยอมรับตนเอง (SA) ของแต่ละภูมิภาคมีความแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุ

ภาคใต้มีสุขภาวะทางจิตด้านนี้สูงกว่าผู้สูงอายุภาคกลาง ภาคตะวันตก และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งแสดงผลเหมือนงานวิจัยอื่นๆ (นันทพร จิตประเสริฐ, 2548; กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์, 2554; Glatzer, 2006) อาจเป็นเพราะสภาพของถิ่นที่อยู่ในภาคใต้ประสบปัญหาน้อยกว่าภาคอื่นๆ ในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา (ไม่รวมจังหวัดที่กำลังมีปัญหาด้านการก่อความไม่สงบ) เพราะการสำรวจของกรมสุขภาพจิตที่ระบุว่าคนในภาคใต้มีสุขภาวะทางจิตสูงสุด เมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่นของไทย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552)

ข้อเสนอแนะ

องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในเชิงนโยบายแก่หน่วยงาน องค์การต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนในอันที่จะกำหนดแนวทางในการพัฒนาสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น เพื่อให้ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในสังคม นอกจากนี้ ยังเป็นพื้นฐานข้อมูลสำหรับการวิจัยที่ต้องการขยายผลให้กว้างขวางหรือกลุ่มลึกในประเด็นต่างๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คัดนางค์ มณีศรี เป็นอย่างสูงที่ให้ความอนุเคราะห์แบบวัดมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัย ขอขอบคุณอาจารย์มารยาท โยทองยศ ที่ช่วยวิเคราะห์ข้อมูล ขอขอบคุณอาจารย์ Philip Mathias ที่กรุณาช่วยตรวจสอบบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ขอขอบคุณสถาบันส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาวัตกรรม มหาวิทยาลัยกรุงเทพ ที่สนับสนุนทุนวิจัย ตลอดจนขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัยและผู้ร่วมตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ทุกคน

บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *รัก เข้าใจ “ผู้สูงอายุ” ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต*. สืบค้นจาก http://www.dmh.go.th/sty_libnews/news/view.asp?id=13165
กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์. (2554). ปัจจัยทางชีวสังคมและบุคลิกภาพของคนไทยตามทฤษฎีห้าองค์ประกอบ. *BU ACADEMIC REVIEW*. 10(1), 208-219.

คัดนางค์ มณีศรี. (2550). *แบบวัดสุขภาวะทางจิต*. คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
นันทพร จิตประเสริฐ. (2548). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอบางปะอินจังหวัดพระนครศรีอยุธยา* (ปริญญาโท สาขาวิชาสาคร-มหาบัณฑิต (สาขารณสุขศาสตร์), มหาวิทยาลัยมหิดล).
ประเวศ วะสี พระพิศาลธรรมวาทิ แม่ชีคันสนีย์ เสถียรสุด และโสภณ สุภาพงษ์. (2544). “ผู้สูงอายุที่มีมติ” *ผู้สูงอายุทางสังคมและจิตวิญญาณ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
ปีตมา ว่าพัฒน์วงศ์ และปราโมทย์ ประสาทกุล. (2553). *ประชากรไทยในอนาคต*. สืบค้นจาก <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/Conferencell/Article/Article>
พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ ธรณินทร์ กองสุข หม่อมเจ้ายุพดี ศิริวรรณ และคณะ. (2546). *คุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2546*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต
ไพศาล เกื้ออรุณ. (2553). *เมืองตรัง ต้นแบบเมืองน่าอยู่ผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก <http://www.oknation.net/blog/print.php?id=544606>
ราชกิจจานุเบกษา. (2546). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546*. สืบค้นจาก <http://www.ratchakitcha.soc.go.th>
ศิริพร วีระเกียรติ, โสภณ มุสิกโก, บุญพา ณ นคร, เสาวภา ปานเพชร และดวงวิพร พ่วงรอด. (2546) *คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของข้อมูลผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี*. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. สืบค้นจาก <http://www.jvkk.go.th/researchnew/details.asp?code=547>
สงกรานต์ กั้นทวงศ์. (2553). การเข้าถึงอาคารและบริการระบบคมนาคมสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการหรือผู้ทุพพลภาพกับความพร้อมในการจัดสภาพแวดล้อมที่ทุกคนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ในประเทศไทย. *วารสารนักบริหาร*. 30(3), 126-133.
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2550). *โลกของผู้สูงอายุไทย*. สืบค้นจาก <http://www.thaihealth.or.th/node/9024>

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). ผลการสำรวจสุขภาพจิต
คนไทย 6 เดือนแรก พ.ศ. 2552. สืบค้นจาก
http://services.nso.go.th/nsopublish/themes/theme_2_4_10.html

Borglin, G.L. (2005). *Quality of life among older people: Their experience, need of help, health, social support, everyday activities and sense of coherence*. (Dissertations & Theses. Ph.D., Lunds Universitet (Sweden). Retrieved from <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=38&did=885686751&SrchMode=1&si>

Feldman, R.S. (2000). *Essentials of Understanding Psychology*. (4th ed.). Boston, MA: McGraw-Hill.

Glatzer, W. (2006). Quality of life in the European Union and the United States of America; Evidence from comprehensive indices. *Applied Research in Quality of Life*. (2006)1, 169-188.

Nejati, V., Shirinbayan, P., Kamrani, A.A., Foroughan, M., Taheri, P., & Sheikvatan, M. (2008). Quality of life in elderly people in Kashan, Iran. *Middle East Journal of Age and Aging* 2008; 5(2), 21-25.

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.

Tianli, L. (2007). *Quality of life and its predictors among the elderly Chinese people living in Montreal, Canada*. (M.Sc. dissertations, McGill University (Canada), Canada).

Tso, B.C.P. (2007). *Determinants of quality of life in Chinese elderly woman living alone in Hong Kong*. Hong Kong: Baptist University.

World Health Organization. (1997). WHOQOL measuring quality of life. Retrieved from <http://www.who.int/mentalhealth/media/68.pdf>



รองศาสตราจารย์กิงแก้ว ทรัพย์พระวงศ์ สำเร็จการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์บัณฑิต (เกียรตินิยม) สาขาจิตวิทยา และศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เคยดำรงตำแหน่งหัวหน้าภาควิชาศิลปศาสตร์ และผู้ช่วยคณบดี คณะมนุษยศาสตร์ ปัจจุบันเป็นอาจารย์ประจำภาควิชาศิลปศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพ