บทความวิจัย (ก.ค. – ธ.ค. 2563)

สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย

กุลธิดา กุลประทีปัญญา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
วิรดา อัศวเมธากุล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
จามจุรี แซ่หลู่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
เพ็ญนภา พิสัยพันธุ์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี
อรัญญา นามวงศ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 3,600 คน เครื่องมือที่ใช้สอบถามคุณภาพชีวิตได้แปลและพัฒนาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF) ฉบับย่อ 26 ข้อ ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และแบบวัดความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (ADL) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเชื่อมั่นครอนบาค แอลฟา 0.81,0.87,0.85 ตามลำดับ สถิติที่ใช้คือร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 38.2 มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.1 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดี ร้อยละ 45.0 ส่วนคุณภาพชีวิตด้านที่ไม่ดีมากที่สุด คือ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 17.0 หากแยกตามเพศพบว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 50.2, 46.8 ตามลำดับ สำหรับภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานถึงร้อยละ 53.3 เมื่อวิเคราะห์แยกตามเพศ พบว่า เพศชายมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานคิดเป็นร้อยละ 58.0 เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 50.5 เมื่อแบ่งวิเคราะห์ตามช่วงอายุ พบว่าช่วงอายุ 60-69 ปี มีสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 51.0 เมื่อวิเคราะห์แบ่งตามคะแนน ADL พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 75.0 สำหรับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 98.6 ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลวางแผนในการให้การดูแลรวมทั้งส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และให้สถาบันการศึกษาด้านสุขภาพพัฒนาหลักสูตรให้ตอบสนองและสอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุในสังคมสูงวัย

คำสำคัญ: *ภาวะสุขภาพ, คุณภาพชีวิต, ภาวะสุขภาพจิต, ความสามารถในการดูแลตนเอง, ผู้สูงอายุ*
Received: December 10,2020, Revised December 15,2020, Accepted December 16,2020

Health statusof elderly in Thai society

Kunthida Kulprateepunya, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasittiprasong, Ubonratchathani
Wirada Atsawametakul, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi
Prangtip ThasanooElter, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima
Jamjuree Saelue, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat
Pennapa Pisaipan, Phrapokklao Nursing College
Aranya Namwong, Boromarajonani College of Nursing, Phayao

Abstract

This research is cross- sectional research. The objective is to study the quality of life. Mental health status and activities of daily living among Thai elderly. The sample consisted of 3,600 people selected by multi-stage random sampling from the elderly aged over 60 years. Instruments are version of world Health Organization Quality of Life (WHOQOL - BREF) included the 26-item, mental health indicators of the Department of Mental Health Ministry of Public Health and Activities of Daily Living (ADL) of Department of Health, Ministry of Public Health. Cronbach alpha for reliability included 0.81, 0.87, 0.85 respectively. The statistics used for data analysis were frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results showed that most of the elderly have an underlying disease Hypertension 38.2%, 48.1 % of the quality of life at a moderate level. Considering each aspect of quality of life, Good quality of life, including the environment, had the highest values of 45.0 %. Divided by gender, both males and female have a moderate quality of life 50.2%, 46.8%respectively.For mental health status found that the elderly had lower mental health status than the standard 53.3 %, divided by gender, both males and female had mental health status lower than the standard level of 58.0 %,50.5% respectively. Divided by age range the ages of 60-69 years of mental health is lower than the standard level 51.0%. Divided by ADL scores, the home bound had lower mental health than the standard level 75.0%. In ADL dimension, 98.6% of samples were social bound. The results of this study can be used as planning data for care provision, promoting the health of the elderly to help they have a better quality of life and provide health education institution develop a curriculum to appropriate and correspond to the needs of the elderly in the aging society.

Keywords: *Quality of life, mental health status, activity of daily life, elderly people*

คำขอบคุณ:งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

บทนำ

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกที่จะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ รวมทั้งประเทศไทยที่มี แนวโน้มจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2563 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 15 และอีก 20 ปีข้างหน้าประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุราว 1 ใน 4 ของโลก (ศิริสุข นาคะเสนีย์, 2561) ปัจจุบัน สำนักสถิติแห่งชาติ รายงาน จำนวนผู้สูงอายุของประเทศไทย มีจำนวนทั้งสิ้น 11,136,059 คน หรือร้อยละ 16.7 จากประชากรทั้งหมด(กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) แสดงให้ เห็นว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและคาดว่าภายในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดย สมบูรณ์ซึ่งการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการจัดการในทุกด้าน โดยเฉพาะส่งผล ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเองที่ต้องมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาด้านสุขภาพส่วนบุคคลในสัดส่วนที่เพิ่มสูงขึ้น

ภาวะสุขภาพเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการอยู่ดีมีสุขของประชากรสูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีชีวิตที่มีคุณภาพ นอกจากจะไม่มีปัญหาทางการเงินแล้วต้องมีทั้งสุขภาพกายและใจที่ดี อย่างไรก็ตาม สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยนั้น การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาต่างชี้ให้เห็นว่าการที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นไม่ได้หมายความว่าภาวะสุขภาพจะดีขึ้น ในด้านสุขภาพกายประชากรสูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นและกลับต้องอยู่ในภาวะทุพพลภาพช่วยตนเองไม่ได้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน **(**วันเพ็ญ ปัณราช**, 2552)** รายงานโครงการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ.25**52 (**สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์**, 2553)**แสดงให้เห็นว่าโรคเรื้อรังหรือกลุ่มอาการที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ กลุ่มโรคข้อและกระดูก นอกจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังแล้ว ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยยังต้องประสบกับภาวะทุพพลภาพ

ปัญหาสุขภาพจิต ไม่เพียงแต่ทำให้บุคคลเกิดความทุกข์ในใจเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายด้วย เช่น บุคคลที่อยู่ในสภาวะกดดันและมีความเครียดสูง มักจะทุกข์ทรมานกับอาการปวดศีรษะ มีอาการของโรคซึมเศร้า เป็นหวัด เป็นโรคกระเพาะ มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและปวดหลัง(เกสร มุ้ยจีน, 2558) ด้านสุขภาพจิต ผู้สูงอายุยังมีปัญหาเกี่ยวกับด้านจิตใจหรือสุขภาพจิต ภาวะสุขภาพจิต คือ สภาพของจิตใจที่เกิดจากความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม (กาญจนา ปัญญาธร, 2561) และที่ผ่านมา พบว่า มีงานวิจัยหลายเรื่องได้ศึกษาประเด็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไว้ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น งานวิจัยของ นริสา วงศ์พนารักษ์สม เสาวนุช จูมศรี และบังอร กุมพล (2556) ซึ่งได้ศึกษาภาวะสุขภาพจิต ความหวัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาภาวะสุขภาพจิต และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่นไปทำบุญที่วัด ทำสมาธิ ปล่อยจิตใจให้สบาย และจากการศึกษาระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่าระดับคะแนนค่าสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับสุขภาพจิตเท่ากับ 43.48 คะแนนแปลผลอยู่ในเกณฑ์สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (เกสร มุ้ยจีน, 2558)[7] จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป และงานวิจัยของปัทมา ผ่องศิริกุลธิดา กุลประชีปัญญา นันทรียา โลหะไพบูลย์กุล สอาด มุ่งสินและพิสมัย วงศ์สง่า(2561)ได้ศึกษาคุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.20ภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุนั้นพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าเกณฑ์มาตรฐานคนปกติ ร้อยละ 61 สุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานมีเพียงร้อยละ 5.80

ด้านความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ จากการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ในช่วง 5 ปีแรก พบว่า ประมาณร้อยละ 3.8 ของผู้สูงอายุ อยู่ในภาวะทุพพลภาพหรือออกจากบ้าน

ไม่ได้ และร้อยละ 18.5 หรือเกือบ 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุเหล่านี้ขาดผู้ดูแลและมีเพียงร้อยละ 28.90ของผู้สูงอายุที่ได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาพทุพลภาพและขาดการดูแลหรือขาดการช่วยเหลือจากชุมชน จึงเป็นกลุ่มเปราะบางที่น่าห่วงใยเป็นอย่างมาก อีกทั้งวัยผู้สูงอายุจะเจ็บป่วยบ่อยขึ้น มีการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆชัดขึ้นผู้สูงอายุบางท่านอาจทุพพลภาพ ดังนั้น จึงต้องการช่วยเหลือและการดูแลจากผู้อื่นในการดำรงชีวิต ต้องพึ่งพิงผู้อื่นมาก(นงนุช แย้มวงษ์, 2557)ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงยังเป็นบทบาทของครอบครัว(ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, 2556)อีกทั้งภาวะความสูงอายุยังก่อให้เกิดความเสื่อมถอยทั้งในทางร่างกาย จิตใจ และสถานภาพทางสังคม ซึ่งเป็นสิ่งกดดันให้ผู้สูงอายุต้องกลายเป็นผู้ต้องการพึ่งพิงมากขึ้น (มนตรี ประเสริฐรุ่งเรือง และดุษฎี อายุวัฒน์, 2559)

ดังนั้นในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงมีประเด็นปัญหาการศึกษาวิจัยว่า การที่ประเทศไทยกำลังจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม รวมถึงภาวะเศรษฐกิจและเทคโนโลยีต่างๆ จะทำให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงอย่างไร จากสถานการณ์และเหตุผลดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีการสำรวจข้อมูลสถานการณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในสังคมไทย ประกอบด้วย คุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลวางแผนในการเตรียมความพร้อมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงใช้เป็นข้อมูลให้สถาบันการศึกษาด้านสุขภาพพัฒนาหลักสูตรให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยวิเคราะห์จำแนกตามเพศ ช่วงอายุ และความสามารถในการดูแลตนเอง และภาพรวม

ระเบียบวิธีวิจัย

1) การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional Research) โดยเก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถาม (Questionnaire) โดยเนื้อหามีดังนี้ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ แบบวัดคุณภาพชีวิต จำนวน 26 ข้อ แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต จำนวน 15 ข้อ และแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

2) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ขอบเขตด้านพื้นที่ จังหวัดอุบลราชธานี จันทบุรี ราชบุรี สุพรรณบุรี นครศรีธรรมราช สงขลา พะเยา เชียงใหม่ และนครราชสีมา

ขอบเขตด้านประชากร ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและ เพศชาย ในจังหวัดอุบลราชธานี จันทบุรี ราชบุรี สุพรรณบุรี นครศรีธรรมราช สงขลา พะเยา เชียงใหม่ และนครราชสีมาจำนวน 2,072,630 คน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562)

3) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ที่ไม่มีปัญหาด้านการพูด การฟังและการเขียนทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี จันทบุรี ราชบุรี สุพรรณบุรี นครศรีธรรมราช สงขลา พะเยา เชียงใหม่ และนครราชสีมาซึ่งได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของKrejcie& Morgan (Krejcie& Morgan, 1970) ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 3,600 คน

เกณฑ์คัดเข้า 1.ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป

2. ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาด้านการพูด การฟังและการเขียน

3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

4. มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์คัดออก 1. ผู้สูงอายุที่ไม่สมัครใจ

2. เป็นผู้มีโรคติดต่อร้ายแรงที่ควบคุมไม่ได้

3. เป็นผู้ป่วยจิตเวช

คำนวณขนาดตัวอย่าง และสุ่มตัวอย่างด้วย multi-stage cluster Sampling → probability sampling

- ภาคเหนือ / ตะวันออกเฉียงเหนือ / กลาง /ตะวันออก/ ใต้ เป็น Stratum

กำหนดให้จังหวัดเป็นหน่วยตัวอย่าง สุ่มเลือกจังหวัดอย่างเป็นอิสระต่อกันด้วยวิธี simple random Sampling ภาคละ 2 จังหวัด ยกเว้นภาคตะวันออกเป็นภาคขนาดเล็กจึงเก็บ 1 จังหวัด รวมจังหวัดตัวอย่างทั้งสิ้น 9 จังหวัด อำเภอเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง เขตแจงนับ (Enumeration Area : EA) (ตำบล) เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม และผู้สูงอายุไทยเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นสุดท้าย โดยมีประชากรตัวอย่างเข้าร่วมการสำรวจ จำนวน 3,600 คน

ผู้วิจัยขอความยินยอมการเข้าร่วมการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จะลงนามในเอกสารยินยอมให้ทำการวิจัยทุกรายก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยงานวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ EC 04/2561 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน อาชีพการประกันสุขภาพ คนดูแลในภาวะเจ็บป่วยการมีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย และการมีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลาน โรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วย

2. แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยนำเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL –BREF-THAI) เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิต จำนวนข้อคำถาม 26 ข้อ โดยแบ่งออก เป็น 4 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม

3.ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต(ฉบับสั้น)จำนวน15ข้อ(ThaiMentalHealthIndicator-15 (TMHI-15)

4. แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Barthel Index of Activitiesof Daily Living) การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับ การดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีข้อคำถาม 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ภาวะสุขภาพทั่วไปส่วนบุคคล คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของผู้สูงอายุความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis)

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด3,600 คน เพศชายจำนวน 1,375 คน คิดเป็นร้อยละ 38.2 เพศหญิง2,225 คน คิดเป็นร้อยละ 61.8 ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 54.8 รองลงมาคือช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 32.4 และช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.8 รายได้ของผู้สูงอายุ รายได้ส่วนใหญ่มีเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 56.3) รองลงมาคือไม่เพียงพอ (ร้อยละ 23.6) สุดท้ายคือเพียงพอและเหลือเก็บ (ร้อยละ 20.1) ตามลำดับอาชีพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 38.0) รองลงมาคือไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 36.2) อาชีพค้าขาย (ร้อยละ 15.4) อาชีพข้าราชการ (ร้อยละ 4.4) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 4.0) และอาชีพธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 2.0) ตามลำดับ

การประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีประกันสุขภาพบัตรทองมากที่สุด (ร้อยละ 78.3) รองลงมาคือสวัสดิการราชการ (ร้อยละ 19.6) และประกันสุขภาพเอกชนและอื่นๆ (ร้อยละ 2.1) ตามลำดับผู้ดูแลของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีผู้ดูแล คือ บุตรมากที่สุด (ร้อยละ 55.0) รองลงมา คือไม่มีผู้ดูแล (ร้อยละ 25.2) มีผู้ดูแล คือคู่สมรส (ร้อยละ 12.4) มีผู้ดูแล คือหลาน (ร้อยละ 4.0) และอื่นๆ (ร้อยละ 3.4) ตามลำดับ

การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่ได้มีหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย (ร้อยละ 60.9) รองลงมา คือดูแลคู่สมรส (ร้อยละ 37.1) ดูแลบุตร (ร้อยละ 1.2) อื่นๆ (ร้อยละ 0.6) และดูแลหลาน (ร้อยละ 0.2) การเลี้ยงดูบุตรหลานของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุไม่มีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลานมากที่สุด (ร้อยละ 73.2) รองลงมาคือเลี้ยงดูหลาน (ร้อยละ 17.1) และเลี้ยงดูบุตร (ร้อยละ 9.7) ตามลำดับ การสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 76.6) มากกว่าสูบบุหรี่ (ร้อยละ 23.4)

การดื่มสุราของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 79.6) มากกว่าดื่มสุรา (ร้อยละ 20.4) การหกล้มในรอบ 6 เดือนของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีประวัติเคยมีการหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 58.2) มากกว่าไม่เคยหกล้ม (41.8)

ตารางที่1 โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	752	20.9
โรคเบาหวาน	713	19.8
โรคหัวใจ	155	4.3
โรคความดันโลหิตสูง	1,376	38.2
โรคไขมันในเลือดสูง	547	15.2
โรคเกาต์	14	0.4
โรคไตวาย	29	0.8
โรคไทรอยด์	14	0.4
รวม	**3,600**	**100**

จากตาราง โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 38.2) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 19.8) โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 15.2) โรคหัวใจ (ร้อยละ 4.3)โรคเกาต์และโรคไทรอยด์มีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 0.4) และโรคไตวาย (ร้อยละ 0.6) ตามลำดับ สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 20.9)

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสังคมไทยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมไทย

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวม

กลุ่ม	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ	ระดับของคะแนนคุณภาพชีวิต
1	คุณภาพชีวิตไม่ดี	403	11.2	26-60
2	คุณภาพชีวิตปานกลาง	1,732	48.1	61-95
3	คุณภาพชีวิตที่ดี	1,465	40.7	96-130
	รวม	**3,600**	**100**	

จากตาราง 2 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.1 คือมีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 61-95 คะแนน รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 40.7 มีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 96-130 คะแนน และคุณภาพชีวิตไม่ดี ร้อยละ 11.2 มีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 26-60 คะแนนตามลำดับ

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเมื่อแยกรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตไม่ดีในด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 17.0 ส่วนคุณภาพชีวิตที่ดี พบว่า ด้านสิ่งแวดล้อม มีค่ามากที่สุดร้อยละ 45.0

สำหรับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปรเพศพบว่า อยู่ในระดับปานกลางทั้งชายและหญิง โดยเพศชายคิดเป็นร้อยละ 50.2 ในเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 46.8 ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ คุณภาพชีวิตในเพศชายและเพศหญิงที่มีระดับไม่ดีสูงที่สุด คือ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 15.2 และ 18.8 ตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางสูงสุดทั้งชายและหญิง คือ สุขภาพกาย คิดเป็นร้อยละ 61.4 และ 58.7 ตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตในระดับดีสูงสุดทั้งชายและหญิง คือ ด้านสิ่งแวดล้อม คิดเป็นร้อยละ 44.8 และ 45.2 ตามลำดับ

เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตตามกลุ่มอายุ พบว่า ช่วงอายุ 60-69 ปี และช่วงอายุ 70-79 ปี มีคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคุณภาพชีวิตระดับดีสูงสุดในด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพระดับไม่ดีสูงสุดในด้านสัมพันธภาพทางสังคม ส่วนผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป พบว่า คุณภาพชีวิตระดับดีสูงสุดเป็นด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนคุณภาพชีวิตระดับไม่ดีสูงสุดในด้านสุขภาพกายและสัมพันธภาพทางสังคม

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3 ความถี่ ร้อยละ และระดับของคะแนนตามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

กลุ่ม	ดัชนีสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ	ระดับของคะแนนสุขภาพจิต
1	สุขภาพจิตดีกว่าคนปกติ	606	16.8	ดีกว่าเกณฑ์มาตรฐานคนทั่วไป
2	สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป	1,074	29.8	เท่ากับเกณฑ์มาตรฐานคนทั่วไป
3	สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	1,920	53.3	ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานคนทั่วไป
	รวม	**3,600**	**100**	

จากตารางที่3 พบว่าดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานถึงร้อยละ 53.3 รองลงมาร้อยละ 29.8 อยู่ในเกณฑ์เท่ากับเกณฑ์ปกติคนทั่วไป และร้อยละ 16.8 ที่พบว่าสุขภาพจิตเท่ากับเกณฑ์มาตรฐานคนทั่วไป

ตารางที่ 4 ความถี่ ร้อยละ และระดับของคะแนนตามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ

กลุ่ม	ดัชนีสุขภาพจิต	เพศ				ระดับคะแนน
		ชาย		หญิง		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1	สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	829	58.0	1,096	50.5	ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานคนทั่วไป
2	สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป	398	27.8	675	31.1	เท่ากับเกณฑ์มาตรฐานคนทั่วไป
3	สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป	203	14.2	399	18.4	ดีกว่าเกณฑ์มาตรฐานคนทั่วไป
	รวม	**1,430**	**100**	**2,170**	**100**	

จากตาราง เมื่อจำแนกตามตัวแปรเพศพบว่า ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานคนทั่วไป พบในเพศชายคิดเป็นร้อยละ 58.0 เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 50.5

ตารางที่ 5 ความถี่ ร้อยละ และระดับของคะแนนตามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจำแนกตามช่วงอายุ

กลุ่ม	ดัชนีสุขภาพจิต	ช่วงอายุ (ปี)						ระดับคะแนน
		60-69		70-79		80 ปี ขึ้นไป		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1	สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	1,024	51.0	575	50.6	209	46.0	ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานคนทั่วไป
2	สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป	765	38.1	403	35.5	177	39.0	เท่ากับเกณฑ์มาตรฐานคนทั่วไป
3	สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป	219	10.9	160	14.1	68	15.0	ดีกว่าเกณฑ์มาตรฐานคนทั่วไป
	รวม	**2,008**	**100**	**1,138**	**100**	**454**	**100**	

จากตาราง สุขภาพจิตของผู้สูงอายุเมื่อจำแนกตามตัวแปรช่วงอายุพบว่า ดัชนีสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานคนทั่วไปในช่วงอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.0

ตารางที่ 6 ความถี่ ร้อยละ และระดับของคะแนนตามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปรความสามารถในการดูแลตนเอง

กลุ่ม	ดัชนีสุขภาพจิต	ความสามารถในการดูแลตนเอง (ตามคะแนนADL)						ระดับคะแนน
		0-4 คะแนน		5-11 คะแนน		≥ 12คะแนน		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1	สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	9	28.6	14	75.0	1,784	50.3	ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานคนทั่วไป
2	สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป	23	71.4	4	25.0	1,320	37.2	เท่ากับเกณฑ์มาตรฐานคนทั่วไป
3	สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป	0	0	0	0	446	12.6	ดีกว่าเกณฑ์มาตรฐานคนทั่วไป
	รวม	**32**	**100**	**18**	**100**	**3,550**	**100**	

จากตาราง 6 สุขภาพจิตของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรความสามารถในการดูแลตนเอง (ADL) พบว่า วิเคราะห์เฉพาะกลุ่มติดเตียง (ช่วง 0-4 คะแนน) มีดัชนีสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 28.6 ดัชนีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ถึงคิดเป็นร้อยละ 71.4 เมื่อวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มติดบ้าน มีดัชนีสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานคนทั่วไป ถึงคิดเป็นร้อยละ 75.0 ดัชนีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 25.0 เมื่อวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มติดสังคม มีดัชนีสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานคนทั่วไป ถึงคิดเป็นร้อยละ 50.3 ดัชนีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 37.2 และสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 12.6

ความสามารถในการดูแลตัวเองของผู้สูงอายุ

ตารางที่7 ความถี่ ร้อยละและคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

กลุ่ม	ความสามารถในการดูแลตนเอง	จำนวน	ร้อยละ	ระดับคะแนน
1	กลุ่มติดเตียง (bed ridden)	32	0.9	0-4
2	กลุ่มติดบ้าน (home bound)	18	0.5	5-11
3	กลุ่มติดสังคม (social bound)	3,550	98.6	12 และมากกว่า
	รวม	**3,600**	**100**	

จากตารางที่7 พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 (กลุ่มติดสังคม) เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ มีผลรวมคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง ตั้งแต่ 12 คะแนน ขึ้นไป เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 98.6 รองลงมา ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดเตียง) ร้อยละ 0.9 และ กลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้าน) ร้อยละ 0.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 ร้อยละและคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรเพศ

กลุ่ม	ความสามารถในการดูแลตนเอง	เพศ				ระดับคะแนน
		ชาย		หญิง		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1	กลุ่มติดเตียง (bed ridden)	27	1.9	4	0.2	0-4
2	กลุ่มติดบ้าน (home bound)	9	0.6	9	0.4	5-11
3	กลุ่มติดสังคม (social bound)	1,394	97.5	2,157	99.4	12 และมากกว่า
	รวม	**1,430**	**100**	**2,170**	**100**	

จากตาราง พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 (กลุ่มติดสังคม) เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ มีผลรวมคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง ตั้งแต่ 12 คะแนน ขึ้นไป เป็นส่วนใหญ่ เพศชายคิดเป็นร้อยละ 97.5 เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 99.4 ส่วน กลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้าน) เป็นผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีผลรวมคะแนน อยู่ใน ช่วง 5-11 คะแนน เพศชายคิดเป็นร้อยละ 0.6 เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 0.4 และผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดเตียง) เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ ได้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ มี ผลรวมคะแนน อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน เพศชายคิดเป็นร้อยละ 1.9 เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 0.2 ตามลำดับ

ตารางที่ 9 ความถี่ ร้อยละและคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรช่วงอายุ

กลุ่ม	ความสามารถในการดูแลตนเอง	ช่วงอายุ(ปี)						ระดับคะแนน
		60-69		70-79		80 ปี ขึ้นไป		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1	กลุ่มติดเตียง (bed ridden)	18	0.9	9	0.8	5	1.0	0-4
2	กลุ่มติดบ้าน (home bound)	10	0.5	0	0	9	2.0	5-11
3	กลุ่มติดสังคม (social bound)	1,980	98.6	1,129	99.2	440	97.0	12 และมากกว่า
	รวม	**2,008**	**100**	**1,138**	**100**	**454**	**100**	

จากตารางที่9พบว่า ผู้สูงอายุช่วงอายุ 60-69ปี เป็นกลุ่มติดสังคม คิดเป็นร้อยละ 98.6กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.9 และกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 0.5 ผู้สูงอายุช่วงอายุ 70-79ปี เป็นกลุ่มติดสังคม คิดเป็นร้อยละ 99.2 กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.8 และไม่มีกลุ่มติดบ้าน ส่วนผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุ 80ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มติดสังคมคิดเป็นร้อยละ 97.0 กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 1.0 และกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.0

อภิปรายผลการวิจัย

1) จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวที่พบบ่อย คือ โรคความดันโลหิต ร้อยละ 38.2 รองลงมา เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 20.9 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 15.2 ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง และมีการเจ็บป่วยมากขึ้น เนื่องจากเป็นความเสื่อมสภาพของผู้สูงอายุเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (นงนุช แย้มวงษ์, 2557) สอดคล้องกับพุทธิพร พิธานธนานุกูล (2561) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว โดยโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.6 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 14.9 และสอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557 พบการป่วยด้วยโรคต่างๆ คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.2 เบาหวาน ร้อยละ 18.1 (วิชัย พลากร, 2559) สอดคล้องกับ ข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุในประไทยปีพ.ศ.2560 ภาวะสุขภาพเมื่อเทียบกับ ปีพ.ศ. 2545 พบผู้สูงอายุที่มีปัญหาป่วยด้วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นเป็น 1.7 เท่า (มูลนิธิสถาบันวิจัยและ พัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) สอดคล้องกับ ประภาพร มโนรัตน์ และพรรณ พิไล สุทธนะ (2555) ได้ทำการศึกษาปัญหาด้านสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุ พบว่า สุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคขาดสารอาหาร สอดคล้องกับการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550 และพ.ศ.2554 พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.3 โรคหัวใจ ร้อยละ 7.0 โรคหลอดเลือดในสมองตีบ ร้อยละ 1.6 อัมพาต อัมพฤกษ์ ร้อยละ 2.5 และโรคมะเร็ง ร้อยละ 0.5 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ ไทย, 2555) จากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุพบว่า เมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มมากขึ้น ร่างกายจะเสื่อมถอยและอ่อนแอลง จิตใจมีการแปรปรวน (นภาภรณ์ หะวานนท์และธีรวัลย์ วรรธโนทัย, 2552 และ ประนอม โอทกานนท์, 2554) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับกระดูก ปัญหาเกี่ยวกับสายตา การนอนไม่หลับ โรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และมีภาวะเจ็บป่วยทางด้านอารมณ์และจิตใจมากขึ้น (อภินันท์ สนน้อย, ปิยาภรณ์ ศิริภานุมาศ และ สุรชัย ปิยานุกูล,2559) ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งสาเหตุการตายของประชากรไทย การเปลี่ยนผ่านของปัญหาสาธารณสุขจากการเกิดโรคติดเชื้อ มาเป็นโรคเรื้อรังเกิดจากพฤติกรรมเป็นส่วนใหญ่ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง (ไพบูลย์ พงษ์แสนพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย, 2554)

2) ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางซึ่งสอดคล้องกับ จตุพร หนูสวัสดิ์ (2554) ทัศนันท์ ทุมานนท์ (2554) นงนุช แย้มวงษ์ (2557) ประสงค์ ชาญช่าง (2554) พิมพิสุทธิ์ บัวแก้ว (2559) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของเสน่ห์ แสงเงินและถาวร มาต้น (2561) ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง เขตชุมชนกึ่งเมือง และเขตชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย พบว่าผู้สูงอายุเขตชุมชนชนบทมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุเขตชุมชนเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุเขตชุมชนชนบทได้รับการยกย่อง ให้เกียรติในสังคม การทำกิจกรรม และการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว ชุมชน กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานีอยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากองค์ประกอบคุณภาพของผู้สูงอายุ ที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม เพราะส่วนใหญ่อาศัยในครอบครัวเดียวกันกับบุตร ร้อยละ 55.0 มีบุตรหลานคอยดูแลเอาใจใส่ ให้ความช่วยเหลือ ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นใจ สอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว การเปลี่ยนแปลงของครอบครัวมีปัจจัยมาจากสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลงวุฒิภาวะทางร่างกาย และเสรีภาพ ผู้สูงอายุอยู่ในพัฒนาการครอบครัวระยะวัยชรา เป็นระยะสุดท้ายเป็นช่วงที่สามีภรรยาเข้าสู่วัยชราเมื่อมีปัญหาสุขภาพที่ต้องการมีคนดูแล ผู้สูงอายุที่ได้ช่วยเหลืองานต่างๆในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกเหงา เศร้าและหดหู่ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดยังคงประกอบอาชีพ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 58.0 ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความมั่นใจในความสามารถและคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรพงศ์ เกตุคล้ายและวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี (2555) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร พบว่า ปัจจัยด้านอาชีพมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร่วมกับได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพหรือความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรจิตต์ วุฒิการณ์ และคณะ (2555) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใน เขตเทศบาลเมืองบางมูลนาก อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร พบว่าแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้านส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เนื่องจากสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ง่าย รวดเร็วและใกล้ชิด ระบบประกันสุขภาพก็มีความสำคัญ กับผู้สูงอายุในการเข้าถึงบริการสุขภาพบทที่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประกันสุขภาพบัตรทอง ร้อยละ 75.8 แต่ยังมีกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ร้อยละ 6.3 ไม่มีประกันสุขภาพ เนื่องจากไม่ทราบสิทธิ และไม่ได้ลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬาภรณ์ ลิมวัฒนานนท์ (2560) ที่ศึกษาการใช้บริการรักษาพยาบาลของคนไทยที่ไม่มีหรือไม่ทราบสิทธิประกันสุขภาพ พบว่า ผู้ที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพหรือไม่ทราบสิทธิ หรือไม่ลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีร้อยละ 1.49 ของประชากรทั้งประเทศ องค์ประกอบคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม สอดคล้องกับงานวิจัยของ กรรณิการ์ เทพกิจ (2561) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาติพันธุ์ จังหวัดเชียงราย พบว่า ด้านร่างกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน เนื่องจากสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆในร่างกายเสื่อมถอยลง สอดคล้องกับทฤษฎีความเสื่อมโทรม ความแก่เป็นกระบวนการเกิดขึ้นเองเมื่ออวัยวะใช้งานมากย่อมเกิดความเสื่อมได้เร็วขึ้น สอดคล้องกับ ภูริชญา เทพศิริ (2555) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลทองหลาง อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก ที่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุไม่ค่อยมีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพเพราะส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ที่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.2 สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลพร ขำวงษ์และคณะ (2554) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นหรือผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทนา สารแสง (2561) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุตอนต้นส่วนใหญ่สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ส่วนด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง เพราะผู้สูงอายุรู้สึกมีความสุขในการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม สอดคล้องกับทฤษฎีกิจกรรม ผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรมอยู่เสมอ จะมีความพึงพอใจชีวิตตนเอง ปัจจัยด้านสถานภาพของผู้สูงอายุ ส่งผลกับสัมพันธภาพทางสังคม ซึ่งสถานภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.2 สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญดาว กล่ำรัตน์ (2556) ที่ได้ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุการมีชีวิตคู่ เมื่อคู่สมรสเจ็บป่วยจะมีคนดูแลเอาใจใส่ ซึ่งแตกต่างจากสถานภาพอื่น ที่ต้องช่วยเหลือตนเองเมื่อเจ็บป่วย ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี คือ เพศ สอดคล้องกับการศึกษาของ มณัฐกร คงทอง (2554) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาชุมชนริมทางรถไฟภายใน เขตเทศบาลนครหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่า ปัจจัยด้านเพศและสถานสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่เขตชุมชนริมทางรถไฟหาดใหญ่ จากกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีคุณภาพชีวิตดีกว่า ผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้เนื่องมีลูกดูแลอย่างใกล้ชิดและได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน จึงทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้มีคุณภาพชีวิตดี

3) ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่ามาตรฐานถึงร้อยละ 53.3 สอดคล้องกับ พิสุทธิ์ ศรีอินทร์จันทร์ และบุญมา สุนทราวิรัตน์ (2559: 208) พบว่า ระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุที่มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุทั่วไป ร้อยละ 19.80 และผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2554) ที่มีการสำรวจสุขภาพจิตกับผู้สูงอายุไทย พบว่า ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของ

คนปกติทั่วไปถึง ร้อยละ 20.70 ทั้งนี้เนื่องจากสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้าน เช่น ความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เสื่อมถอยอย่างต่อเนื่อง การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้งเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ฯลฯ (ประภาส อุครานันท์, 2557: 204) ซึ่งการเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัว ทำให้บุคคลทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลง มีความวิตกกังวลอยู่ตลอดเวลา จึงกล่าวได้ว่าโรคประจำตัวและอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต (ดนัย ทิพยกนก, 2544)

4) ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง เป็นกลุ่มติดสังคมร้อยละ 98.6 สอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช แย้มวงษ์ (2557) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการใน โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ พบว่าผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้มีมากถึงร้อยละ 90 สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญเรือง ขาวนวล (2555) ที่ได้สำรวจสถานะสุขภาพผู้สูงอายุเขต 17 สามารถช่วยเหลือตนเองได้ร้อยละ 98.4 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่นการสูบบุหรี่ร้อยละ 6.0 การดื่มสุราร้อยละ 9.0 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้นและมีการออกกำลังกายที่มากโดยแฝงอยู่ในกิจวัตรประจำวันหรือการทำงาน สอดคล้องกับ ชุติเดช เจียนดอน (2554) กลุ่มตัวอย่างยังประกอบอาชีพแสดงถึงความสามารถของผู้สูงอายุ การทำงานทำให้ได้ออกแรงและออกกำลังทำให้สุขภาพแข็งแรง ได้สร้างสัมพันธภาพทางสังคม ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าสามารถพึ่งตนเองได้ สอดคล้องกับ กฤติเดช มิ่งไม้ (2561) ผู้สูงอายุมีสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น ที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย รายได้ที่เพียงพอสามารถทำให้เกิดความสุขทางใจและสามารถดูแลตนเองได้ก็จะมีสุขภาพแข็งแรง ลดการพึ่งพาผู้อื่น เกิดความมั่นคงในชีวิตทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 56.3 ซึ่งเป็นตัวบ่งบอกถึงสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม และรายได้ยังทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและกลุ่มทางสังคมต่างๆและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ เด่น นวลไธสง และสุภาภรณ์ สุดหนองบัว (2559) ที่ได้ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอน จังหวัดสุโขทัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีคุณภาพชีวิตต่างกัน แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ จิรัชยา เคล้าดี และคณะ (2560) พบว่ารายได้ไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ทำให้รู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง แต่จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เคยหกล้ม ร้อยละ 58.2 สอดคล้องกับทฤษฎีผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความเสื่อมทำให้เกิดอุบัติเหตุ คือการหกล้ม ส่งผลให้ผู้สูงอายุบาดเจ็บเล็กน้อยหรืออาจเสียชีวิตได้จึงจำเป็นที่ต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ดูแลอาจเป็น บุตร หลาน ญาติ หรืออาสาสมัครดูแล ที่อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุในการใช้ชีวิตประจำวันตามความจำเป็น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข
2. ใช้เป็นฐานข้อมูลประกอบการพัฒนาหลักสูตรการพยาบาลผู้สูงอายุสำหรับนักศึกษาพยาบาล บุคลากรด้านสุขภาพเพื่อดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ จัดการเรียนการสอนได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับสถานการณ์จริง
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลและหน่วยงานต่างๆในชุมชนนำไปวางแผนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบและเป็นข้อมูลให้ครอบครัว ชุมชน ได้ช่วยกันดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้ระบบสุขภาพชุมชนเข็มแข็ง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้งมากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่น หรือตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอื่นที่แตกต่าง ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น ตัวชี้วัดด้านการรับรู้ การเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศ ทั้งสื่อสังคมออนไลน์

3. ควรมีการศึกษาผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการนำมาจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2562). *สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77*สืบค้น 31 ธันวาคม 2563จาก, http://www.dop.go.th/th/know/1/275.

กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2562). *ยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ 20 ปี ประจำ ปี พ.ศ. 2561 – 2580*สืบค้น 10 เมษายน 2562จาก, http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1539326153-138_0.pdf

กฤติเดช มิ่งไม้. (2561). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในอำเภอทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*,11(1),50-65.

กาญจนา ปัญญาธร. (2561). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ตำบลบ้านตาด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา*, 1(2), 33 -38.

เกสร มุ้ยจีน. (2558). *ปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ Determinants of Mental Health among Aging*. ปทุมธานี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จิรัชยา เคล้าดี, จักรวาล สุขไมตรี และสุภชัย นาคสุวรรณ์. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารราชพฤกษ์*,15 (1), 27-32.

ชุติเดช เจียนดอน, ฉวีวรรณ บุญสุยา, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง และนพพร โหวธีระกุล. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 41(2), 229-239.

ดนัย ทิพยกนก. (2544). *ภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ.* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เด่น นวลไธสง และสุภาภรณ์ สุดหนองบัว. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลไม้ขอน อำเภอสวรรถโลก จังหวัด*สุโขทัย. วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์,* 11, 89-104.

ทัศนันท์ ทุมมานนท์, ธาริน สุขอนันต์, ปิยรัตน์ จิตรภักดี และสุภาวัลย์ จาริยะศิลป์. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*,41(1),240-9.

นงนุช แย้มวงษ์. (2557). คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ. *Journal of Medicine and Health Science*, 21(1), 37-44.

นริสา วงศ์พนารักษ์, สมเสาวนุช จมูศรีและบังอร กุมพล. *ภาวะสุขภาพจิต ความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม.มหาสารคาม*: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2556.

ประสงค์ ชาญช่าง. (2554). การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี,* 3(3), 66-78.

ปัทมา ผ่องศิริ, ปัทมา ผ่องศิริ,กุลธิดา กุลประฑีปัญญา, นันทรียา โลหะไพบูลย์กุล,สอาด มุ่งสินและพิสมัย วงศ์สง่า. (2561).

คุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิตและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาเขตเมือง อุบลราชธานี. *วารสารเกื้อการุณย์*, (25)2. 137-149.

พิมพิสุทธิ์ บัวแก้ว และรติพร ถึงฝั่ง. (2559). การดูแลสุขภาพละภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 21(2), 94-105.

พิสุทธ์ ศรีอินทร์จันทร์ และบุญมา สุนทราวิรัตน์ (2560). สุขภาพจิตผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ: มุมมองประชาสังคม. ***วารสาร****วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 36 (2). 203-210.

พุทธิพร พิธานธนานุกูล. (2561). *ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลหญ้าปล้อง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ. พยาบาลสาร*, 45(1), 34-47.

มนตรี ประเสริฐรุ่งเรืองและดุษฎี อายุวัฒน์. (2559). การสร้างทางเลือกในการพึ่งพาตนเองอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุรุ่นใหม่. *วารสารประชากร*,4(2), 24-45.

วันเพ็ญ ปัณราช. (2552). *การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน.* (ดุษฎีบัณฑิตศิลปศาสตร์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วิชัย เอกพลากร . (2559). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง.(2556**).** *ผลกระทบและ ภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย.* กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.

ศิริสุข นาคะเสนีย์. (2561). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัยรำไพพรรณี,* 12(1), 39–48.

สมศักด์ ชุณหรัศมิ์. (2553).*สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552.* กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). *สรุปผลที่สำคัญการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย.* สมุทรปราการ: แอดวานซ์ พริ้นติ้งเซอร์วิส.

เสน่ห์ แสงเงินและถาวร มาต้น (2561). การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองเขตชุมชนกึ่งเมืองและเขตชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*,48(2) 174-184.

Krejcie, R. V., and Morgan, D. W. (1970). “Determining Sample Size for Research Activi- ties” *Educational and Psychological Measurement.* 30, 607 – 610.

WHO.(1997).WHOQOL *Measuring Quality of Life: Geneva*. From http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf