

บทความวิจัย

คุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิตและความสามารถในการช่วย
เหลือตนเองของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาเขตเมือง อุบลราชธานี
Quality of Life, Mental Health Status and Activities
of Daily Living of the Elderly : Case Study
Muang District, Ubon Ratchathani Province

ปัทมา ผ่องศิริ (Pattama Phongsiri)*

กุลธิดา กุลประทีปปัญญา (Kunthida Kulprateepunya)**

นันทรียา โลหะไพบุลย์กุล (Nuntareeya Lohapaiboonkul)**

สอาด มุ่งสิน (Sa-ard Moongsin)**

พิสมัย วงศ์สง่า (Pisamai Wongsanga)**

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่อายุที่ยืนยาวขึ้นไม่ใช่สิ่งแสดงว่า
คุณภาพชีวิตดีขึ้น การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง มีจุดประสงค์เพื่อศึกษา
คุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิตและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัด
อุบลราชธานี ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
โดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอนจากชุมชนและชมรมผู้สูงอายุทั้งหมด 26 แห่งในเขตอำเภอเมือง
จังหวัดอุบลราชธานี ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 412 คน เครื่องมือที่ใช้สอบถามคุณภาพชีวิตได้แปล
และพัฒนาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF) เป็นแบบวัด
คุณภาพชีวิตฉบับย่อ 26 ข้อ ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และ
แบบวัดความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (ADL) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตรวจสอบ
สอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเชื่อมั่นครอนบาค แอลฟา 0.81, 0.87 , 0.85 ตามลำดับ
สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคือความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

*ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

**อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.50 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตระดับดี ได้แก่ ด้านจิตใจมีค่าสูงสุดร้อยละ 40.50 รองลงมา คือ ด้านสิ่งแวดล้อมร้อยละ 40.25 ภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุนั้นพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าเกณฑ์มาตรฐานคนปกติ ร้อยละ 61 สุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานมีเพียงร้อยละ 5.80 ส่วนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 97.90 โดยมีกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงเท่ากัน ร้อยละ 1.05 ซึ่งผลการศึกษารังนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนดูแลภาวะสุขภาพด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และสัมพันธภาพทางสังคมของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ภาวะสุขภาพจิต, ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง, ผู้สูงอายุ

Abstract

Today, Thai elderly people continuously increase. However, a long life of the elderly people does not indicate for better quality of life. Understanding quality of life, mental health status, and activities of daily living may be basic information to promote the elderly people's quality of life. The purposes of the cross-sectional study were quality of life, mental health status, and activities of daily living among Thai elderly people at Meung District, Ubon Ratchathani Province. Samples were 412 Thai elderly people who were in 26 communities at Meung District, Ubon Ratchathani Province, and aged 60 years old and over through multi-stage random sampling. Instruments included The 26-item version of world Health Organization Quality of Life (WHOQOL - BREF), 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's alpha for internal reliability included 0.81, 0.87, and 0.85 respectively. Descriptive statistics were used for data analysis.

The study showed that, overall, 59.20 percentages of samples had moderate level of score of quality of life. Considering each dimension of the quality of life, percentages of the samples had highest levels including psychological dimension (40.50 %), and environmental dimension (40.20 %). For mental health status, 61 percentages of samples had normal standard level, whereas 5.80 percentages of samples had lower standard level. Turning to ADL, 97.90 percentages of

samples were well-being elders. There were 1.05 percentages of them who were home bound elders and bed bound elders. The findings suggest that chronic illness and social relationship of Thai elderly people should be concerned for guideline to help their better quality of life in the future.

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

บทนำ

คุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการอยู่ดีมีสุขของประชากรสูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีชีวิตที่มีคุณภาพ นอกจากจะไม่มีปัญหาทางการเงินแล้วต้องมีทั้งสุขภาพกายและใจที่ดี อย่างไรก็ตาม สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยนั้น การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาต่างชี้ให้เห็นว่าการที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นไม่ได้หมายความว่าภาวะสุขภาพจะดีขึ้น ในด้านสุขภาพกายประชากรสูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นและกลับต้องอยู่ในภาวะทุพพลภาพช่วยตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน (วันเพ็ญ ปันราช, 2552) รายงานโครงการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ.2552 (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2553) แสดงให้เห็นว่าโรคเรื้อรังหรือกลุ่มอาการที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ กลุ่มโรคข้อและกระดูก นอกจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังแล้ว ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยยังต้องประสบกับภาวะทุพพลภาพด้านปัญหาสุขภาพจิต จากการสำรวจสุขภาพจิตกับประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2554 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตตามแบบการประเมินของกรมสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของสุขภาพ

จิตคนทั่วไป (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 27 คะแนน) ถึงร้อยละ 20.70 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าประชากรวัยอื่น เมื่อจำแนกตามเพศ ความเพียงพอของรายได้ และการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าเพศหญิง ผู้สูงอายุที่ประเมินว่ามีรายได้เกินเพียงพอมีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียวมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ลำพังคนเดียวและผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตร อีกทั้งสุขภาพจิตผู้สูงอายุยังมีความสัมพันธ์กับความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เสื่อมถอยอย่างต่อเนื่อง การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ฯลฯ จากการศึกษาพบว่า ประเทศไทยผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรคถึงร้อยละ 80 (พิสุทธิ ศรีอินทร์จันทร์ และ บุญมา สุนทราวิรัตน์, 2559)

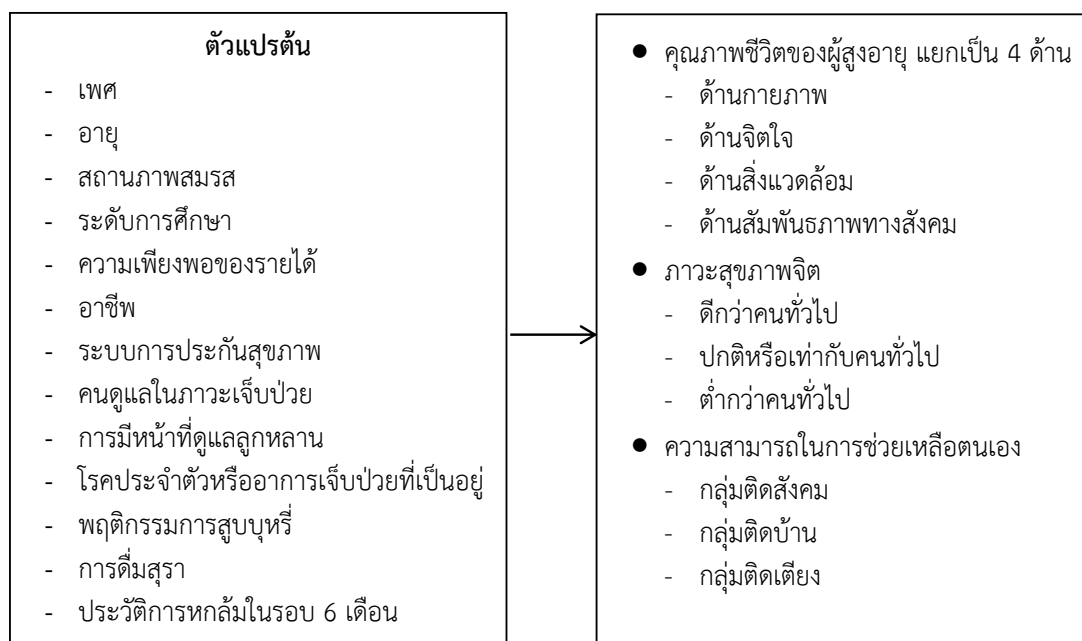
ด้านความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ จากการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ในช่วง 5 ปีแรก พบว่า ประมาณร้อยละ 3.80 ของผู้สูงอายุ อยู่ในภาวะทุพพลภาพหรือออกจากบ้านไม่ได้ และร้อยละ 18.50 หรือเกือบ 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุเหล่านี้ขาด

ผู้ดูแล และมีเพียงร้อยละ 28.90 ของผู้สูงอายุ ที่ได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน ผู้สูงอายุที่อยู่ใน สภาพทุพพลภาพและขาดการดูแลหรือขาดการช่วยเหลือจากชุมชน จึงเป็นกลุ่มเปราะบางที่น่าห่วงใย เป็นอย่างมาก อีกทั้งวัยผู้สูงอายุจะเจ็บป่วยบ่อยขึ้น มีการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ ชัดขึ้น ผู้สูงอายุ บางท่านอาจทุพพลภาพ ดังนั้น จึงต้องการช่วยเหลือ และการดูแลจากผู้อื่นในการดำรงชีวิต ต้องพึ่งพิง ผู้อื่นมาก (นงนุช แยมวงษ์, 2557) ในขณะที่ผู้สูงอายุ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น การดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงยังเป็นบทบาทของ ครอบครัว (ศิริณี ศรีหามาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และณิศร เต็งรัง, 2556) อีกทั้งภาวะความสูงอายุนี้อาจก่อให้เกิดความเสื่อมถอยทั้งในทางร่างกาย จิตใจ และสถานภาพทางสังคม ซึ่งเป็นสิ่งกีดขวางให้ผู้สูงอายุต้องกลายเป็นผู้ต้องการพึ่งพิงมากขึ้น (มนตรี ประเสริฐรุ่งเรือง, และคุชฎี आयुวัฒน์, 2559)

ด้วยเหตุผลดังกล่าว วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์เป็นสถาบันการศึกษาที่มีบทบาทหน้าที่สำคัญผลิตบัณฑิต พยาบาลเข้าสู่กระบวนการขับเคลื่อนระบบ สุขภาพในทุกระดับจึงจำเป็นต้องมีการสำรวจ ข้อมูลภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิต และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของ ผู้สูงอายุเพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการ วางแผนในการให้การดูแล รวมทั้งส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุซึ่งมีจำนวนมากขึ้นและจะเป็นภาระ ที่เพิ่มขึ้นของประเทศ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิต และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของ ผู้สูงอายุ ภูมิศึกษาเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย มกราคม-ธันวาคม 2560

ประชากร

ประชากรที่ใช้การศึกษาครั้งนี้คือ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ตาม พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546) ที่ไม่มีปัญหาด้านการพูด การฟังและการเขียน มีทั้งเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 126,789 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามตารางกำหนดขนาดตัวอย่างของ Taro Yamane (Yamane, 1973) โดยผู้วิจัยกำหนดให้ระดับของความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกระบวนการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) จากผู้สูงอายุ ซึ่งอยู่ในชมรมผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี 26 แห่ง ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวนผู้สูงอายุ 412 คน โดยการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างดำเนินการดังนี้

1) สุ่มชมรมผู้สูงอายุในเขต อำเภอเมือง โดยผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี 26 แห่ง

2) แบ่งชมรมผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 คือผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็ง 5 ชมรม ที่เป็นสมาชิกของศูนย์พัฒนา

คุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มที่ 2 คือผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุทั่วไป 21 ชมรม ที่เป็นสมาชิกของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี

3) สุ่มอย่างง่ายชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็ง เพื่อเก็บข้อมูล 3 ชมรมและสุ่มชมรมผู้สูงอายุทั่วไป 10 ชมรม

4) สุ่มแบบมีระบบผู้สูงอายุจากแต่ละชมรมตามสัดส่วนประชากรได้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็ง จำนวน 82 คน และผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุทั่วไป จำนวน 330 คน ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 412 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน อาชีพ การประกันสุขภาพ คนดูแลในภาวะเจ็บป่วย การมีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย และการมีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลาน โรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วยที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน

2. แบบสอบถามความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Barthel Index of Activities of Daily Living) การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับ การดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถ

ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีข้อคำถาม 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม) (social bound) เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเอง ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้าน) (home bound) เป็นผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองและช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 (กลุ่มติดเตียง) (bed bound) เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการหรือทุพพลภาพ มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

3. แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต (ฉบับสั้น) จำนวน 15 ข้อ (Thai Mental Health Indicator-15 (TMHI-15) แบ่งเป็นมาตรวัดค่า 4 ระดับ การให้คะแนน 1 2 3 4 ตามลำดับ

การแปลผล

51-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

44-50 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

43 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตใช้เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตของคนไทยซึ่งจะเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพจิตตนเอง เมื่อผลของแบบประเมินพบว่าอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ควรได้รับการดูแลหรือให้คำปรึกษา

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยนำเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF-THAI) ซึ่งสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (2540) ได้แปลและพัฒนาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิต จำนวนข้อคำถาม 26 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 3 ข้อ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ซึ่งการแปลผลคะแนน แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิต

ด้าน	คุณภาพชีวิต	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
1	ด้านร่างกาย	7-16	17-26	27-35
2	ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
3	ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
4	ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม		26-60	61-95	96-130

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือทั้ง 3 ชุด ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรครอนบาค แอลฟา ได้ค่าความเชื่อมั่น .81, .87, .85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ได้พิจารณาและผ่านการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ EC.05/2560 และได้ดำเนินการศึกษาภายใต้ขอบข่ายของโครงร่างวิจัย เข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่วิจัย แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูลและสอบถามความสมัครใจ โดยมีการลงลายมือชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมได้ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลจะเสนอในภาพรวมเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขอเก็บข้อมูลวิจัยในศูนย์ผู้สูงอายุ
2. สัมภาษณ์ผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง โดยผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี 26 แห่ง
3. แบ่งกลุ่มชมรมผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 คือผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็ง 5 ชมรม ที่เป็นสมาชิกของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี
- กลุ่มที่ 2 คือผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุทั่วไป 21 ชมรม ที่เป็นสมาชิกของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี
4. สุ่มอย่างง่ายชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็ง เพื่อเก็บข้อมูล 3 ชมรมและสุ่มชมรมผู้สูงอายุทั่วไป 10 ชมรม

5. สุ่มแบบมีระบบผู้สูงอายุจากแต่ละชมรมตามสัดส่วนประชากร ได้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็ง จำนวน 82 คน และผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุทั่วไป จำนวน 330 คน

6. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนร้อยละ

2. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Activities of Daily Living : ADL) วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่า จำนวน ร้อยละ

3. ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (Mental Health) วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าจำนวน ร้อยละ

4. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Quality of life) วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าจำนวน ร้อยละ

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีอายุค่าเฉลี่ย 70.32 ร้อยละ 61.70 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.50 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 87.10 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.50 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 49.3 มีรายได้เพียงพอ

แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 87.10 มีสิทธิการรักษาโดยใช้บัตรทอง ร้อยละ 27.10 เมื่อเจ็บป่วยมีผู้ดูแล ขณะเดียวกันก็มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอื่นและดูแลบุตรหลานด้วย สำหรับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 86.90 ผู้สูงอายุป่วยเป็นความดันโลหิตสูง รองลงมา ร้อยละ 5.80 เป็นโรคเบาหวาน และโรคกระดูกและข้อ ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 90.30 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 90 ไม่ดื่มสุรา และร้อยละ 88.60 ไม่เคยมีประวัติหกล้ม

1. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ภาพรวมคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 59.20 โดยอยู่ในช่วงระดับคะแนน 61-95 คะแนน รองลงมา คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีร้อยละ 40.10 โดยอยู่ในช่วงระดับคะแนน 96-130 คะแนน ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 0.40 สำหรับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเมื่อพิจารณาแยกรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตไม่ดีในด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 4.40 รองลงมา คือ ด้านกายภาพ ร้อยละ 0.70 ด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 0.20 ส่วนคุณภาพชีวิตที่ดี พบว่า ด้านจิตใจมีค่ามากที่สุดร้อยละ 40.50 รองลงมา คือด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 40.20 ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของกรณีศึกษาผู้สูงอายุไทย

ด้าน	คุณภาพชีวิต	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
1	ด้านสุขภาพกาย	3(0.70)	291(71.00)	116(28.30)
2	ด้านจิตใจ	1(0.20)	243(59.30)	166(40.50)
3	ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	18(4.39)	235(57.32)	157(38.29)
4	ด้านสิ่งแวดล้อม	1(0.24)	244(59.51)	165(40.25)
คุณภาพชีวิตโดยรวม		2(0.49)	244(59.51)	164(40.00)

ตารางที่ 3 ความถี่ ร้อยละ และระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

กลุ่ม	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ	ระดับของคะแนนคุณภาพชีวิต
1	คุณภาพชีวิตไม่ดี	4	0.49	26-60
2	คุณภาพชีวิตปานกลาง	244	59.51	61-95
3	คุณภาพชีวิตที่ดี	164	40.00	96-130
รวม		412	100.0	

2. ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุอยู่ในเกณฑ์ดีกว่า 44-50 มีเพียงร้อยละ 5.80 ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ย เกณฑ์มาตรฐานถึงร้อยละ 61.00 โดยมีคะแนน ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานคืออยู่ในช่วงคะแนน 44-เฉลี่ยอยู่ที่ 51-60 คะแนน รองลงมาร้อยละ 33.20 50 คะแนน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความถี่ ร้อยละ และระดับของคะแนนตามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

กลุ่ม	ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ	ระดับของคะแนนสุขภาพจิต
1	สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป	251	61.00	51-60 = ดีกว่าเกณฑ์มาตรฐานคนทั่วไป
2	สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป	137	33.20	44-50 = เท่ากับเกณฑ์มาตรฐานคนทั่วไป
3	สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	24	5.80	43 ลงมา = ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานคนทั่วไป
รวม		412	100.00	

3. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Activities of Daily Living : ADL)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม) เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ มีผลรวมคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป เป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 97.90 รองลงมา ผู้สูงอายุ

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้าน) เป็นผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีผลรวมคะแนน อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน ร้อยละ 1.05 และผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 (กลุ่มติดเตียง) เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พักการ หรือทุพพลภาพ มีผลรวมคะแนน อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน ร้อยละ 1.05 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ร้อยละและคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุไทย

กลุ่ม	ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ	ระดับคะแนน
1	กลุ่มติดสังคม (social bound)	402	97.90	12 และมากกว่า
2	กลุ่มติดบ้าน (home bound)	5	1.05	5-11
3	กลุ่มติดเตียง (bed bound)	5	1.05	0-4
รวม		412	100.00	

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรคซึ่งโรคที่พบบ่อยได้แก่โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ข้อเสื่อมซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทยปีพ.ศ.2559 พบผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าร้อยละ 60 รองลงมา คือ โรคเบาหวานมากกว่าร้อยละ 10 (บรรลุ ศิริพานิช, 2559) และปิยะดา ดวงพิบูลย์ (2553) พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูงมากที่สุดและสอดคล้องกับคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (2557) มีการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 พบว่า ร้อยละ 41 ของผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิต ร้อยละ 18 เป็นโรคเบาหวาน

และร้อยละ 9 เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ตามลำดับทั้งนี้เนื่องจาก ภาวะสูงอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของเบาหวาน ซึ่งอายุมีความสัมพันธ์กับการบกพร่องในการหลั่งอินซูลิน โดยผู้สูงอายุจะลดการหลั่งอินซูลินลง จึงทำให้เกิดภาวะเบาหวาน (Zhenwei Gong, and Radhika Muzumdar, 2012; Scheen, 2005) อีกทั้งผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ในลักษณะเสื่อมถอยลง ความต้านทานโรคลดลง (อกินันท์ สนน้อย, ปิยาภรณ์ ศิริพานิช, และสุรัชย์ ปิยานุกุล, 2559) โดยเมื่ออายุมากขึ้น ผู้สูงอายุจะเกิดความผิดปกติของเยื่อผนังหลอดเลือด มีการเพิ่มความแข็งของผนังหลอดเลือด การเสื่อมสภาพของหลอดเลือด

เพิ่มขึ้น ผันงหลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่น มีแคลเซียมและไขมันเกาะมากขึ้น เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวและความดันโลหิตสูงขึ้น (Adam Harvey, Augusto Montezano, Rhian Touyz, 2015; วิไลวรรณ ทองเจริญ, มปป.) รวมถึงต่อมไร้ท่อผลิตฮอร์โมนต่างๆลดลง มีผลให้เกิดโรคของต่อมไร้ท่อ เช่น เบาหวาน ธัยยุญา จันทรีโท (2551) รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าคนไทยมีพฤติกรรมกาปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมการบริโภคเปลี่ยนแปลงไป โดยบริโภคอาหารหวาน มัน และเค็มเพิ่มขึ้น กินผักผลไม้ น้อย คนไทยเฉลี่ยกินผักและผลไม้ วันละ 270 กรัม ซึ่งต่ำกว่าปริมาณที่แนะนำ วันละ 400 กรัมต่อวัน และขาดการออกกำลังกาย จึงส่งผลให้มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้มากขึ้น

2. คะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับปิยาภรณ์ เลหาบุตร (2557) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในชุมชนอยู่ในระดับค่อนข้างดี สอดคล้องกับ ธาริน สุขอนันต์, สุภาวัลย์ จาริยะศิลป์, ทศนันท์ ทูมมานนท์, และปิยะรัตน์ จิตรภักดี (2554) ประสงค์ ขาญข่าง (2554) วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ (2554) นงนุช วงษ์แย้ม (2557) และ พิมพิสุทธิ บัวแก้ว, และรติพร ถึงฝั่ง (2559) พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ปานกลาง เช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นจำนวนมาก จึงส่งผลต่อ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาพรวม อีกทั้งมีการวิจัย ระบุว่า รายได้ ภาระหนี้สินมีความสัมพันธ์กับ

ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (ศิรินุช ฉายแสง, 2553) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีรายได้ เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ อีกทั้งในปี 2559 การสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุ มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน ขนาดครัวเรือนไทยเหลือเพียง 3 คน ผู้สูงอายุ ที่อยู่ตามลำพังคนเดียวในเขตเทศบาลมีมากถึง ร้อยละ 10.31 และ สัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ตาม ลำพังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (บรรลุ ศิริพานิช, 2559) จึงทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประเมินอยู่ในระดับ ปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อภินันท์ สนน้อย, ปิยาภรณ์ ศิริพานิช, และ สุรัชย์ ปิยานุกูล (2559) ที่พบว่าระดับคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์อยู่ในระดับสูง สำหรับ ผลการวิจัยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุรองลงมาอยู่ใน ระดับดี ร้อยละ 40.10 สอดคล้องกับดวงใจ คำคง (2554) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ใน ระดับสูง ร้อยละ 48.20 โดยคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทาง สังคมและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูงเช่นกัน และการวิจัยครั้งนี้ยังพบคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี เพียงร้อยละ 0.40 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ที่ระดับประถมศึกษา ซึ่งมีผลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปลื้มใจ ไพบูลย์ (2558) พบว่าวุฒิการศึกษาทำให้ผู้สูงอายุ มีคุณภาพในการดำรงชีวิตที่แตกต่างกันทุกด้าน ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาเป็นปัจจัยที่สำคัญ ต่อการพัฒนาความรู้ ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมี สติปัญญา ใฝ่รู้และคิดอย่างมีเหตุผล สามารถ แก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆที่เข้ามาในชีวิต

สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม เมื่อเผชิญความเจ็บป่วย จะพยายามแสวงหาความรู้ ทำให้เข้าใจเรื่องต่างๆเกี่ยวกับโรค จึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยด้วยความเข้าใจ

3. ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอยู่ในเกณฑ์ดีกว่าเกณฑ์มาตรฐานคนปกติถึงร้อยละ 61 รองลงมาร้อยละ 33.20 อยู่ในเกณฑ์ปกติมีเพียงร้อยละ 5.80 ที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานซึ่งสอดคล้องกับนริสา วงศ์พนารักษ์, สมเสาวนุช จมูศรี, และบังอร กุมพล (2556) ที่พบว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคามไม่มีปัญหาภาวะสุขภาพจิตถึงร้อยละ 65.50 แต่ขัดแย้งกับผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2554) ที่มีการสำรวจสุขภาพจิตกับผู้สูงอายุไทยพบว่าต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของคนปกติทั่วไปถึงร้อยละ 20.70 และพิสุทธิ ศรีอินทร์จันทร์, และบุญมา สุนทรวีรัตน์ (2559) พบว่าระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุดำเนินการต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 19.80 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสจะประเมินคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด หย่า หม้าย หรือแยกกันอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงใจ คำคง (2554) ที่พบว่าสถานภาพสมรสมีผลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และสถานภาพหม้าย มีผลทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากคู่สมรสทำให้ผู้สูงอายุมีเพื่อน มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตไม่รู้สึกเหงาหรือว่าเหว

4. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุนั้นพบว่าผู้สูงอายุติดเตียง เพียงร้อยละ 1.05 สอดคล้องกับคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (2557) ที่มีการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 2 อยู่ในสภาวะ “ติดเตียง” คืออยู่ในสภาพพิการไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทั้งนี้เนื่องจาก การเก็บข้อมูลผู้สูงอายุครั้งนี้เก็บในผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลด้านสุขภาพ อีกทั้งนโยบายกระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นการจัดบริการในระดับครัวเรือนโดยหมอครอบครัว จัดบริการใกล้บ้านใกล้ใจ ดูแลใกล้ชิดดุจญาติมิตร รวมถึงนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) ของรัฐบาล (พิสุทธิ ศรีอินทร์จันทร์ และบุญมา สุนทรวีรัตน์. 2559) ทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงมีน้อย ซึ่งไม่สอดคล้องกับปิยะดา ดั่งพิบูลย์ (2553) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะติดเตียงร้อยละ 11.80 สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ พบว่าพึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ ร้อยละ 97.90 ซึ่งสอดคล้องกับวิไลพร ขำวงศ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรารัตน์ ประทานวรปัญญา, และจิตาภา ศิริปัญญา (2554) ที่พบว่าความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานด้วยตนเองโดยจัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 คือ เป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเอง รวมทั้งช่วยเหลือผู้อื่น สังคมและชุมชนได้ร้อยละ 93.90 ซึ่งมนตรี ประเสริฐรุ่งเรือง, และศุภวิ อายุวัฒน์

(2559) เสนอว่าพื้นฐานที่สำคัญที่สุดคือ การช่วยเหลือตนเองได้ทางกายภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการมีชมรมผู้สูงอายุประจำหมู่บ้านทำให้เกิดการพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สร้างความสัมพันธ์ทางสังคม และสร้างแรงสนับสนุนทางจิตใจมีผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องด้วยการพึ่งตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นจากเพื่อนร่วมชมรม และการที่ผู้สูงอายุศึกษาส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพอยู่ มีรายได้เพียงพอแม้จะไม่เหลือเก็บ ทำให้ได้รับการยอมรับว่าเป็นคนมีคุณค่า ทั้งต่อตนเองและผู้อื่นสอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานวรปัญญา, และจิตาภา ศิริปัญญา (2554) ที่พบว่ารายได้และฐานะการเงินมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้มีรายได้สูงจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้มีรายได้ต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือมีรายได้น้อย

ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายก็ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองหรือพึ่งตนเองได้เต็มที่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาคุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิต และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุด้วยระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี
2. ควรเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นครอบคลุมทุกภูมิภาคของประเทศไทย เพื่อให้สามารถวิเคราะห์เป็นข้อมูลของประเทศไทยได้
3. ควรทำวิจัยเชิงคุณภาพ ติดตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดี ภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติและผู้สูงอายุติดเตียง เพื่อนำข้อมูลมาวางระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น
4. เก็บข้อมูลคุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิต และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุในประเทศภูมิภาคอาเซียนอื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบกันและเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุร่วมกันของประเทศในภูมิภาคอาเซียน

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2557). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2557*. Retrieved from <http://WWW.dop.go.th>
- ดวงใจ คำคง. (2553). *ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- ธาริน สุขอนันต์, สุภาวัลย์ จาริยะศิลป์, ทศนันท์ ทูมมานนท์, และปิยะรัตน์ จิตรภักดี. (2554). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 41(3), 240-249.*

- ัญญา จันทรโท. (2551). สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง . สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา.
- นงนุช แยมวงษ์. (2557). คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ. *Journal of Medicine and Health Science*, 21(1), 37-44.
- นริสา วงศ์พนารักษ์, สมเสาวนุช จมูศรี, และบังอร กุมพล. (2556). ภาวะสุขภาพจิต ความหวังและ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(1), 141-150.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2559). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 *Situation of Thai Elderly 2016*. From http://www.thaicentenarian.mahidol.ac.th/TECIC/index.php?option=com_docman&task=doc
- ปลื้มใจ ไพจิตร. (2558). คุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิทยาการจัดการ*, 2(2), 157-178.
- ประสงค์ ขาญช่าง. (2554). การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. *วารสาร วิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 3(3), 66- 78.
- ปิยะดา ดั่งพิบูลย์. (2553). การประเมินภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุในเขตอำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี. (วิทยานิพนธ์สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย ศิลปากร.
- ปิยภรณ์ เลหาบุตร. (2557). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ 7 ต.พุดตาลทอง อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี. (วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พิมพิสุทธิ์ บัวแก้ว, และระติพร ถึงฝั่ง. (2559). การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 21(2), 94-109.
- พิสุทธิ์ ศรีอินทร์จันทร์, และบุญมา สุนทรวีรัตน์. (2559). สุขภาพจิตผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ: มุมมอง ประชาสังคม. *Journal Science Technology MSU*, 36(2), 203-210.
- มนตรี ประเสริฐรุ่งเรือง, และดุขฎิ์ อายุวัฒน์. (2559). การสร้างทางเลือกในการพึ่งพาตนเองอย่างมี คุณค่าของผู้สูงอายุรุ่นใหม่. *วารสารประชากร*, 4(2), 24-45.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (มปป.). *การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในวัยสูงอายุ*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Retrieved from http://www.ns.mahidol.ac.th/english/th/departments/FN/COE_gerontological/Article/A2%E0%B8%B8.pdf
- วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรารัตน์ ประทานวรปัญญา, และจิตาภา ศิริปัญญา. (2554). ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(2), 32-40.

- วันเพ็ญ ปันราช. (2552). *การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน*. (ดุสิตบัณฑิตศิลปศาสตร์).
ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริภาณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง. (2556). *ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย*. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- ศิรินุช ฉายแสง. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอำนาจเจริญ*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2553). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, และคณะ. (2540). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด*, โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2559). *ประชากรสูงอายุอาเซียน*. เอกสารประมวลสถิติด้านสังคม มิถุนายน 2559.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *การทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย 2560*. Retrieved from <http://www.dop.go.th>
- อภินันท์ สนน้อย, ปิยาภรณ์ ศิริภานุมาศ, และสุรัชย์ ปิยานุกุล. (2559). *รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์*. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์, 8(2), 153-169.
- Gong,Z., & Muzumdar, R.H. (2012). pancreatic function, type 2 diabetes and metabolism in aging. *International Journal of Endocrinology* , Volume 2012 : 13 pp.
- Harvey, A., Montezano, A.C.,& Touyz, R.M.(2015). Vascular biology of ageing- Implications in Hypertension. *Journal of molecular and cellular cardiology*. 83, 112-121.
- Scheen, A.J. (2005). Diabetes mellitus in the elderly: Insulin resistance and/or impaired insulin secretion?. *Diabetes & metabolism*, 31(2), 5s27-5s34.
- WHO (1997), WHOQOL Measuring quality of life: Geneva. Retrieved From http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- Yamane T. (1973). *Statistics: An introductory analysis*. (3rded.). New York: Harper and Row Publication.