

นิพนธ์ต้นฉบับ

คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวขัว อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

นริสา วงศ์พนารักษ์^{(1)*}, จุฑามาศ ศขโคตร⁽¹⁾, กัญจน์ณิชา เรืองชัยทวีสุข⁽¹⁾

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 13 ธันวาคม 2561

วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 18 มิถุนายน 2562

* ผู้รับผิดชอบบทความ

(1) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิต 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในชีวิต การดูแลตนเองด้านร่างกาย การดูแลตนเองด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณกับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่ได้รับการตรวจสุขภาพที่คลินิกโรคเรื้อรังและยินดีเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 158 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) แบบสอบถามความพึงพอใจในชีวิต เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.1 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกองค์ประกอบมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม คิดเป็นร้อยละ 75.7 70.1 66.0 52.1 ตามลำดับ ความพึงพอใจในชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 48.1 ความพึงพอใจในชีวิต การดูแลตนเองด้านร่างกาย การดูแลตนเองด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณกับคุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r_s=.687$, $.405$ และ $.492$ ตามลำดับ) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยครั้งนี้บุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนช่วยเหลือและหาแนวทางส่งเสริมความพึงพอใจในชีวิต โดยมีกิจกรรมเน้นการดูแลตนเองด้านร่างกาย การดูแลตนเองด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ความพึงพอใจในชีวิต, ผู้สูงอายุ

Original Article

Quality of life and Satisfaction in Life among Elderly in NCDs Clinic, Hua Khua Primary Health Care Center, Kantharawichai District, Maha Sarakham Province

Narisa Wongpanarak^{(1)*}, Juthamart Khotchakhote⁽¹⁾, Kunnicha Ruangchaithaweesuk⁽¹⁾

Received Date: December 13, 2018

Accepted Date: June 18, 2019

*Corresponding author

(1) Faculty of Nursing,
Mahasarakham University

Abstract

The objectives of this research were to: 1) study the level of quality of life and satisfaction in life 2) determine the relationship between satisfaction in life, physical, mental social and spiritual self-care, and quality of life among elderly people in the community. The sample consisted of 158 elderly at NCD Clinic who voluntarily participated in the study. The research instruments included the demographic data, WHOQOL-BREF-THAI Questionnaires, and satisfaction in life questionnaires. Data were collected during the month of May–August, 2018. The data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and Spearman rank correlation coefficient.

The study found that overall quality of life of the elderly was at the moderate level (62.1%). The scores of the quality of life of physical, psychological, social relationship and environmental domains were also at the moderate level with 75.7%, 70.1%, 66.0% and 52.7%, respectively. Satisfaction in life of the elderly was at the high level (48.1%). In addition, satisfaction in life, physical self-care, and mental social and spiritual self-care were significantly correlated with quality of life at the moderate level ($r_s=.687$, $.405$ and $.492$, respectively).

These findings suggest that the health care provider could use this finding as the baseline data to develop the activities and the guideline for improving the satisfaction of life, providing the academic service focusing on physical self-care, mental social and spiritual self-care in order to increase their quality of life.

Keywords: *Quality of Life, Satisfaction in Life, Elderly*

บทนำ

โครงสร้างอายุของประชากรโลกและของประเทศต่างๆ กำลังเปลี่ยนไปในทิศทางที่มีอายุสูงขึ้น เป็นผลจากหลายประการ ได้แก่ อัตราการเกิดของประชากรทั่วโลกลดต่ำลง ในขณะที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น จากความเจริญก้าวหน้าของการแพทย์และเทคโนโลยีการรักษา ยา และการมีข้อมูลข่าวสารและความรู้ที่มากขึ้น ประกอบกับการเข้าถึงการรักษาที่มากขึ้น และการที่ประชากรโลกมีอายุยืนยาวขึ้นย่อมมีผลอย่างมากต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ รวมทั้งต้องมีการเตรียมการรองรับการเกิดปัญหาสุขภาพที่เรื้อรังซึ่งพบในผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องมีการวางแผนรับมือกับปัญหานี้ ข้อมูลจากสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2558 รายงานว่า ขณะนี้ประชากรไทยจำนวน 65.1 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรสูงอายุคือมีอายุ 60 ปีขึ้นไปถึง 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 คือมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 10 ประชากรสูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมากคือสูงกว่าร้อยละ 4 ต่อปี ซึ่งตามการคาดประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์คือมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 และจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดเมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 ในปี 2574 (มูทิตา วรรณชาติ และคณะ, 2559)

จากการรายงานภาวะสุขภาพที่ได้จากการประเมินโดยตนเอง ในปี พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2554 จำแนกตามอายุ เพศ และเขตที่อยู่อาศัยซึ่งพบว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือดีมากลดลงทั้งในเขตเมืองและในเขตชนบท นอกจากนี้ ร้อยละที่มีสุขภาพดีหรือดีมากนั้นยังผันแปรกับอายุ และเพศ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่าร้อยละที่รายงานว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือดีมากต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยและผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนผู้ที่รายงานว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือดีมากต่ำกว่าผู้สูงอายุชาย เมื่อวัดความสุขของผู้สูงอายุ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีความสุขโดยเฉลี่ย 7.4 คะแนน โดยมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยตามอายุที่เพิ่มขึ้น และที่เห็นได้ค่อนข้างชัด คือ ผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ที่อยู่ในชนบทมีแนวโน้มที่จะมี

ความสุขน้อยกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มอื่นๆ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเสื่อมถอยการทำงานของร่างกาย ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค จึงพบว่าการเกิดโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ (Jin, 2010) ซึ่งนอกจากจะทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยแล้ว บ่อยครั้งอาจนำมาซึ่งความพิการจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นเวลานาน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ก่อให้เกิดความกดดันทางจิตใจ ปัจจุบันเหล่านี้นำมาซึ่งปัญหาสุขภาพจิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (สุนทรีภรณ์ ทองไสย, 2555) จะเห็นได้ว่า วัยสูงอายุนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพภาวะทุกด้านจากการเปลี่ยนแปลงทั้งการทำงานของร่างกาย จิตใจ สังคม รวมทั้งจิตวิญญาณเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง และโดยส่วนใหญ่ในบริบทสังคมไทย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงรักษาและได้รับการดูแลในระดับปฐมภูมิ จึงยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่จำเป็นต้องเตรียมการรองรับและวางแผนให้การดูแลประชากรกลุ่มวัยนี้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 70 ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรคต่อคน โรคที่พบบ่อยได้แก่ ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 34.5 เบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 6.9 โรคหัวใจคิดเป็นร้อยละ 1.5 และไตวายเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 1.5 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 59.1 และร้อยละ 51.60 ตามลำดับ โดยคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะสุขภาพ ($r=0.77, p<0.01$) (จิราพร ทองดี, ดาราวรรณ ร่องเมือง, & ฉันทนา นาคฉัตรีย์, 2555) เช่นเดียวกันกับการศึกษาที่พบว่าคุณภาพชีวิตในภาพรวมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรีอยู่ในระดับปานกลาง และมีข้อเสนอแนะให้มีการเน้นการพัฒนาด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุให้มากขึ้นเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตจากระดับปานกลางไปสู่ระดับดี (ธาริน สุขอนันต์ และคณะ, 2554) และมีผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มียุทธศาสตร์ชีวิตในภาพรวมอยู่ระดับปานกลางและระดับดี ตามลำดับ โดยมีปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต ได้แก่ อายุ ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเรื้อรัง สัมพันธภาพในครอบครัว และรายได้ โดยสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้ถึงร้อยละ 37.4 (มูทิตา วรรณชาติ

และคณะ, 2559) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการจ้างงานหรือมีอาชีพจะมีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีงานทำ จึงควรให้มีการให้ผู้สูงอายุได้มีงานทำ จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น (Kwak & Kim, 2017) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า สุขภาพจิตเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ และมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศจีน (Xie et al., 2014) ปัจจัยสำคัญที่มีผลและมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ฐานะการเงิน การเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม การรับสวัสดิการกองทุนผู้สูงอายุ โรคประจำตัว การดูแลสุขภาพตนเอง และภาวะสุขภาพจิต (นริสา วงศ์พนารักษ์ & สายสมร เฉลยกิตติ, 2557) ในขณะที่การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวพบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจและด้านสังคมอยู่ในระดับต่ำ ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสที่แตกต่างกันกลับพบว่า มีคุณภาพชีวิตไม่ต่างกัน (Canković et al., 2011) อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาของงานหลายชิ้น ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีบริบทแตกต่างกัน อาจทำให้คุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพมีความแตกต่างกันได้ ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ควรตระหนักให้ความสำคัญและเน้นการพัฒนาปัจจัยเหล่านี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนให้อยู่ในระดับดีขึ้น

สำหรับการศึกษาผู้สูงอายุไทย บริบทจังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคามส่วนใหญ่มีศักยภาพสูงและคุณภาพชีวิตระดับดี มีความพึงพอใจในระดับสูงและมีความพึงพอใจในชีวิต มีความสุขในระดับที่สูง ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญคือ การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน การรับรู้ทางสวัสดิการสังคมด้านอื่นๆ ในผู้สูงอายุในเขตชนบทมากขึ้น (สมพร โพธิ์นาม และคณะ, 2552) สำหรับข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวขัว อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ปี 2560 พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 253 คน 1 ใน 3 พบว่ามีโรคเรื้อรังโดยพบว่าผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 53 คน โรคเบาหวานจำนวน 26 คน และโรคอื่นๆ จำนวน 22 คน มีการศึกษาพบว่า การที่ผู้สูงอายุมี

ภาวะสุขภาพดี มีการดูแลสุขภาพตนเองดี ย่อมส่งผลถึงความพึงพอใจในชีวิตและคุณภาพชีวิตด้วย (มนตรี เกิดมีมูล, 2557; ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต และคณะ, 2557) ทั้งนี้ยังไม่ได้มีการศึกษาข้อมูลคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่นี้มาก่อน ซึ่งการในบริบทที่แตกต่างกันย่อมมีความแตกต่างในเรื่องของคุณภาพชีวิต ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิต และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในชีวิต การดูแลตนเองด้านร่างกาย การดูแลตนเองด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวขัว อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นการศึกษาสำรวจเพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนนี้ให้มีความพึงพอใจในชีวิตและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในชีวิต การดูแลตนเองด้านร่างกาย การดูแลตนเองด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

• รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาศึกษา ระดับคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ และ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในชีวิต การดูแลตนเองด้านร่างกาย การดูแลตนเองด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวขัว อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ บ้านดอนเวียงจันทร์ บ้านดอนยม บ้านดอนสวน และบ้านดอนเวียงจันทร์ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2561

• ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษานี้ คณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรทั้งหมดทุกคนที่เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มารับการตรวจที่

คลินิกโรคเรื้อรัง รวมทั้งสิ้น 158 คน เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย สามารถสื่อสารได้ดีและมีความสนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ ไม่ยินดีเข้าร่วมวิจัย ไม่สามารถสื่อสารได้ และมีภาวะบกพร่องของสมรรถภาพทางสมอง (cognitive impairment)

● **วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล** มีขั้นตอนการศึกษา ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูลจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวขัว

2. ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุในพื้นที่เป้าหมาย แนะนำตนเอง ชี้แจงทำความเข้าใจโครงการฯ ขั้นตอน การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ เมื่อเข้าใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม กับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ใช้เวลาในการสอบถาม 30 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

● **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ อาชีพ สัมพันธภาพในครอบครัว การเป็นสมาชิกกลุ่มสังคม การรับสวัสดิการผู้สูงอายุ โรคประจำตัว ความต้องการกิจกรรม และการดูแลตนเอง

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) แบบสอบถามนี้แปลเป็นภาษาไทยโดย สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์และคณะ (2540) ซึ่งมีข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก 23 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ รวมจำนวน 26 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่าแบบตัวเลข 5 ระดับ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม คะแนนตั้งแต่ 1-5 มีเกณฑ์ในการแปลผลดังนี้ 26-60 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 61-95 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง 96-130 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจในชีวิต จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่าแบบตัวเลข 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 มีเกณฑ์ในการแปลผลดังนี้ 0-6.66

คะแนน หมายถึง พึงพอใจในชีวิตระดับน้อย 6.67-13.33 คะแนน หมายถึง พึงพอใจในชีวิตระดับปานกลาง 13.34-20 คะแนน หมายถึง พึงพอใจในชีวิตระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิต และทำการปรับปรุงเครื่องมือวิจัยตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุ จำนวน 30 ราย โดยวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือแบบวัดคุณภาพชีวิตและแบบสอบถามความพึงพอใจในชีวิต โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .87 และ .70

● **การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

● **จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ**

การศึกษานี้ ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม รหัสหนังสือรับรอง NU-MSU-IRB/0530.11-365 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ประโยชน์ที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อ การได้รับการดูแลทางสุขภาพ ตามปกติ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.4 มีอายุเฉลี่ย 71.4 ปี (S.D.=7.02) การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 90.5 รายได้เฉลี่ย 1,628.9 บาท (S.D.=2742.7) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 71.5 รายได้ส่วนใหญ่พบว่ามาจากสวัสดิการผู้สูงอายุ ร้อยละ 57.6 สัมพันธภาพในครอบครัว ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 43.0 ส่วนใหญ่ได้เข้าร่วมกลุ่มสมาชิกทางสังคม ร้อยละ 46.8 โดยกลุ่มที่เป็นสมาชิกมากที่สุดคือ กลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 24.1 ส่วนใหญ่ได้รับ

สวัสดีการผู้สูงอายุร้อยละ 96.2 เป็นแบบประเภทเบี่ยงยังชีพ ร้อยละ 90.5 เฉลี่ยรายได้ที่ได้รับ 669.9 บาท และส่วนใหญ่พบว่ามิโรคประจำตัว ร้อยละ 75.9 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดสามอันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 44.3 โรคเบาหวาน ร้อยละ 23.4 โรคไขมันในเส้นเลือดสูง ร้อยละ 18.3

2. ความต้องการกิจกรรมหรือการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิต

จากผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีความต้องการกิจกรรมหรือการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิต ร้อยละ 67.1 โดยกิจกรรมหรือความต้องการที่ต้องการให้ช่วยเหลือ โดยเรียงลำดับจากความต้องการที่มากที่สุดไปน้อยที่สุด คือ ต้องการให้มีการจัดโครงการเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การนวด การผ่อนคลายความเครียด การสวดมนต์ร้อยละ 22.15 อยากได้รับความรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร กิจกรรมผ่อนคลาย การดูแลเกี่ยวกับโรคประจำตัว การจัดการความปวด ร้อยละ 14.55 และต้องการเงินช่วยเหลือกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุและกลุ่มทอเสื้อ ร้อยละ 2.53 นอกจากนี้ยังมีความต้องการความช่วยเหลือด้านอื่นๆ อีก เช่น การส่งเสริมการมีรายได้ในผู้สูงอายุ การจัดอบรมเกี่ยวกับการทำเกษตร เช่น การเลี้ยงสัตว์ ปลา ไก่ กบ เป็นต้น และการเข้ามาตรวจสุขภาพประจำปีในหมู่บ้าน

3. การดูแลตนเอง

3.1 การดูแลตนเองด้านร่างกาย

จากผลการศึกษาการดูแลตนเองด้านร่างกาย โดยเรียงลำดับจากด้านที่ปฏิบัติได้ดีที่สุดไปหาน้อยที่สุด พบว่า ด้านที่มีการดูแลตนเองดีที่สุดโดยมีการปฏิบัติเป็นประจำ คือ การไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 83.5 การไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 82.3 การขับถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง/วัน ร้อยละ 58.6 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 38.0 และการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ร้อยละ 29.1 ดังแสดงในตารางที่ 1

3.2 การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสังคมและจิตวิญญาณ

จากผลการศึกษาการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสังคมและจิตวิญญาณ โดยเรียงลำดับจากด้านที่มีการปฏิบัติตัวดีที่สุดไปหาน้อยที่สุด พบว่า ด้านที่มีการปฏิบัติตัวเป็นประจำที่มากที่สุด คือ การอยู่ในสิ่งแวดล้อม

ที่ปลอดภัยและปลอดภัย ร้อยละ 48.7 การมีความสัมพันธ์อันดีกับครอบครัว คนในชุมชน ร้อยละ 47.5 การมีความรู้สึกอารมณ์ดี มีความสุข ร้อยละ 42.4 การมีส่วนร่วมกิจกรรมครอบครัวและชุมชนเสมอ ร้อยละ 39.9 การมีความหวังและให้กำลังใจตนเองได้ ร้อยละ 58.0 และการเตรียมพร้อมสำหรับชีวิตวันข้างหน้าเสมอ ร้อยละ 34.0 ดังแสดงในตารางที่ 2

4. คุณภาพชีวิต

จากผลการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 91.17 (S.D.=12.15) และเมื่อพิจารณาแต่ละมิติขององค์ประกอบคุณภาพชีวิต พบว่า ทุกมิติมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดดังตารางที่ 3

5. ความพึงพอใจในชีวิต

จากผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนระดับความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับ มาก ร้อยละ 60.8 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 38.6 และน้อยที่สุดคือ ระดับน้อย ร้อยละ 0.6 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ 14 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.77 ดังแสดงในตารางที่ 4

6. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในชีวิต การดูแลตนเองด้านร่างกาย การดูแลตนเองด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ กับคุณภาพชีวิต

ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจในชีวิต การดูแลตนเองด้านร่างกาย และการดูแลตนเองด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r_s=.687, .405$ และ $.492$ ตามลำดับ) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 5

บทสรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุจะเป็นช่วงวัยที่เจ็บป่วยได้ง่ายกว่าวัยอื่น และมีการเสื่อมถอยเปลี่ยนแปลงที่อาจทำให้สุขภาพไม่แข็งแรงเหมือนเดิม ทำให้รู้สึกวิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า อาจต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น บทบาทและการร่วมกิจกรรมทางสังคมอาจเปลี่ยนแปลง ขาดกำลังใจ ซึ่งอาจส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองที่ลดลง เมื่อ

พิจารณารายด้านพบว่า ทุกองค์ประกอบมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี (ธาริน สุขอนันต์ และคณะ, 2554) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ, 2554) การศึกษาคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ จังหวัดพัทลุง (บุญญพัฒน์ ไชยเมธ, บุญเรือง ขาวนวล, & พลภัทร ทรงศิริ, 2555) การศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (จิราพร ทองดี, ดาราวรรณ รองเมือง, & ฉันทนา นาคฉัตรีย์, 2555) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษารังนี้แตกต่างจากการศึกษาผู้สูงอายุไทยบริบทของจังหวัดมหาสารคาม (สมพร โพธินาม และคณะ, 2552) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคามส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี การที่ผู้สูงอายุในการศึกษานี้มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุในชุมชนและส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 71.4 ปี เป็นผู้สูงอายุในช่วงวัยกลางที่ภาวะสุขภาพเริ่มมีการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้ส่วนใหญ่จึงมาจากสวัสดิการผู้สูงอายุ คือเกือบทั้งหมดได้รับสวัสดิการผู้สูงอายุถึงร้อยละ 96.2 เฉลี่ยรายได้ที่ได้รับเพียง 669.9 บาท และไม่ถึงครึ่งมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกลุ่มสมาชิกทางสังคมเพียงร้อยละ 46.8 โดยกลุ่มที่เป็นสมาชิกมากที่สุดคือ กลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 24.1 นอกจากนี้ยังพบว่าโรคประจำตัว ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังมากถึงร้อยละ 75.9 โดยที่พบมากที่สุดสามอันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 44.3 โรคเบาหวาน ร้อยละ 23.4 โรคไขมันในเส้นเลือดสูง ร้อยละ 18.3 ภาวะสุขภาพรายได้ อาชีพ การมีส่วนร่วมในสังคม และสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต จึงเป็นเหตุให้ประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

ความพึงพอใจในชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร โพธินาม และคณะ (2552) พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดมหาสารคามมีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุในชุมชนพึงพอใจในสุขภาพของตนเองแม้ว่าเจ็บป่วยก็ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้และ

ได้รับการดูแลด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวขัวเป็นอย่างดี รู้สึกมีความสุขและได้มีการร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ ทำให้มีกำลังใจ ยอมรับและเข้าใจการเป็นผู้สูงอายุที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Borg et al. (2006) โดยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับดี นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง และมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ดี จะยังมีความพึงพอใจในชีวิตมาก ทั้งนี้เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุมีอายุที่มีอายุไม่มาก มักจะยังไม่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเท่าผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้มีความแข็งแรงทางด้านร่างกายและทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี และการที่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองเป็นการบ่งบอกถึงฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีจึงมีความพึงพอใจในชีวิตที่เพิ่มมากขึ้น

ความพึงพอใจในชีวิต การดูแลตนเองด้านร่างกาย การดูแลตนเองด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณกับคุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้สูงอายุในชุมชนนี้ มีการดูแลตนเองในทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณดี ทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับมาก และประเมินว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุในบริบทของจังหวัดมหาสารคามส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือด้านการเงินและสุขภาพ (สมพร โพธินาม และคณะ, 2552) ในขณะที่การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ปัจจัยด้านสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (ชลธิชา จันทร์แจ้ง และคณะ, 2559) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Uddin et al. (2017) โดยพบว่าผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากการที่มีอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะมีความแข็งแรงของร่างกายลดลง และมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.9 และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยมีทิศทางของความสัมพันธเป็นแบบทิศทางบวก ทั้งนี้เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุมีแหล่งสนับสนุนทั้งในครอบครัว เช่น การได้รับการช่วยเหลือทั้งจากสามี บุตรหลาน และการได้รับการ

ช่วยเหลือสนับสนุนจากคนในชุมชน จะยิ่งทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น แต่แตกต่างจากผลการศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของจิราพร ทองดี, ดาราวรรณ รองเมือง, & ฉันทนา นาคฉัตรีย์ (2555) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นผลจากบริบทแวดล้อม วิถีชีวิต วัฒนธรรม ความเชื่อ และการนับถือศาสนาที่มีความแตกต่างกัน

การดูแลผู้สูงอายุควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ โดยส่งเสริมให้มีกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการออกกำลังกาย และให้มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม (บุญญพัฒน์ ไชยเมล์, บุญเรือง ขาวนวล, & พลภัทร ทรงศิริ, 2555) รูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ควรออกแบบการจัดบริการที่ครอบคลุมแบบองค์รวม ซึ่งจะช่วยลดภาวะการพึ่งพิงของผู้สูงอายุลง โดยการดูแลนอกโรงพยาบาลให้มีชมรมผู้สูงอายุ มีศูนย์ดูแลช่วงกลางวัน การดูแลที่บ้านในชุมชนมีความสำคัญโดยจัดให้มีทีมสุขภาพไปติดตามดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านหรือให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพให้กับคนในชุมชนที่เป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุด้วยใจอย่างมีความสุข (จินตนา อาจสันเทียะ & พรนภา คำพราว, 2557) นอกจากนี้ยังมีการเสนอรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุคือ การให้สมาชิกครอบครัวเป็นหลักในการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชนมีส่วนร่วม

เอกสารอ้างอิง

- กิตติวงศ์ สาสด. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารชุมชนวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา*, 11(2), 21-38.
- จินตนา อาจสันเทียะ, & พรนภา คำพราว. (2557). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 123-127.
- จิราพร ทองดี, ดาราวรรณ รองเมือง, & ฉันทนา นาคฉัตรีย์. (2555). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนใต้. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(3), 88-99.
- ชลธิชา จันทน์แจ้ง, สุพรรณิศา อมาตย์เสนา, ฌอนอมศักดิ์ บุญสุ, & แก้วใจ มาลีลัย. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตตำบลธาตุ อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม. ใน *มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. การประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ครั้งที่ 13*. (หน้า 403-410). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ธาริน สุขอนันต์, สุภาวีย์ จาริยะศิลป์, ทศนันท์ ทูมมานนท์, & ปิยรัตน์ จิตรภักดี. (2554). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 41(3), 240-9.
- นริสา วงศ์พนารักษ์, & สายสมร เถลยกิตติ. (2557). คุณภาพชีวิต: การศึกษาในผู้สูงอายุไทย. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 64-70.
- บุญญพัฒน์ ไชยเมล์, บุญเรือง ขาวนวล, & พลภัทร ทรงศิริ. (2555). คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ตำบลแหลมโดนด อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 42(1), 54-64.

ในการดูแลผู้สูงอายุโดยเน้นสุขภาพของผู้สูงอายุในทุกด้าน คือด้านร่างกาย จิตใจหรืออารมณ์ และจิตวิญญาณ (กิตติวงศ์ สาสด, 2560)

ข้อเสนอแนะหรือการนำไปใช้ประโยชน์

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนช่วยเหลือและหาแนวทางส่งเสริมความพึงพอใจในชีวิต โดยมีกิจกรรมเน้นการดูแลตนเองด้านร่างกาย การดูแลตนเองด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นดังนี้

1. หาแนวทางหรือกิจกรรมที่เพิ่มความพึงพอใจในชีวิต และจัดโครงการบริการวิชาการเพื่อให้ความรู้ที่จำเป็นกับผู้สูงอายุซึ่งเน้นการดูแลตนเองด้านร่างกาย เน้นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย การดูแลตนเองด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ เน้น การจัดการความเครียด กิจกรรมให้ได้ผ่อนคลายสนุกสนาน การสวดมนต์ การให้ผู้สูงอายุได้มามีกิจกรรมร่วมกัน การสร้างกำลังใจและคุณค่า และการส่งเสริมอาชีพเพิ่มรายได้ อันจะทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการเสนอความต้องการและรูปแบบของกิจกรรม เพื่อให้กิจกรรมที่จัดขึ้นสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

- มนตรี เกิดมีมูล. (2558). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท. *วารสารวิจัยรำไพพรรณี*, 9(2), 79-90.
- มุกิตา วรณชาติ, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, & พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. (2558). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, (ฉบับพิเศษ), 18-29.
- มุกิตา วรณชาติ, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, & พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. (2559). *มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2558*. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต และคณะ. (2557). *คุณภาพชีวิต การทำงาน และความสุข*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: อัพ ทูรู ครีเอทีฟ.
- สมพร โพธิ์นาม และคณะ. (2552). ผู้สูงอายุไทย บริบทของจังหวัดมหาสารคาม. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 24(3), 197-205.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย (ด้านสุขภาพ)*. ค้นจาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/elderlyworkFullReport57-1.pdf>
- สุนทรภรณ์ ทองไสย. (2555). รูปแบบของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต. *วารสารกองการพยาบาล*, 39(2), 94-100.
- Borg, C., Hallberg, I. R., & Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 607-618.
- Canković, S., Nikolić, E. A., Jovanović, V. M., Kvirgić, S., Harhaji, S., & Radić, I. (2016). Quality of life of elderly people living in a retirement home. *Vojnosanitetski Pregled*, 73(1), 42-46.
- Jin, K. (2010). Modern biological theories of aging. *Aging and Disease*, 1(2), 72-74.
- Kwak, Y., & Kim, Y. (2017). Health related quality of life and mental health of elderly by occupational status. *Iran Journal Public Health*, 46(8), 1028-1037.
- Uddin, M. A., Soivong, P., Lasuka, D., & Juntasopeepun, P. (2017). Factor related to quality of life among older adults in Bangladesh: A cross sectional survey. *Nursing & Health Sciences*, 19, 518-524.
- Xie, J., Ding, S., Zhong, Z., Yi, Q., Zeng, S., Hu, J., et al. (2014). Mental health is the most important factor influencing quality of life in elderly left behind when families migrate out of rural China. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 22(3), 364-370.

ตารางที่ 1 ร้อยละ และจำนวนครั้งของการปฏิบัติกรดูแลตนเองด้านร่างกาย

การปฏิบัติตัว	จำนวนครั้งของการปฏิบัติ			
	ไม่เลย ร้อยละ (จำนวน)	บางครั้ง ร้อยละ (จำนวน)	เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ (จำนวน)	เป็นประจำ ร้อยละ (จำนวน)
1. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ	3.8 (6)	22.2 (35)	36.1 (57)	38.0 (60)
2. รับประทานอาหารครบ 5 หมู่	0.6 (1)	18.4 (29)	51.9 (82)	29.1 (46)
3. ขับถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง/ วัน	2.5 (4)	10.8 (17)	28.0 (44)	58.6 (92)
4. ไม่สูบบุหรี่	13.3 (21)	1.3 (2)	1.9 (3)	83.5 (132)
5. ไม่ดื่มสุรา	9.56 (15)	8.2 (13)	-	82.3 (130)

ตารางที่ 2 ร้อยละ และจำนวนครั้งของการปฏิบัติกรดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสังคมและจิตวิญญาณ

การปฏิบัติตัว	จำนวนครั้งของการปฏิบัติ			
	ไม่เลย ร้อยละ (จำนวน)	บางครั้ง ร้อยละ (จำนวน)	เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ (จำนวน)	เป็นประจำ ร้อยละ (จำนวน)
1. รู้สึกอารมณ์ดี มีความสุข	0.6 (1)	10.1 (16)	46.8 (74)	42.4 (67)
2. อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและปลอดภัย	2.5 (4)	2.5 (4)	46.2 (73)	48.7 (77)
3. มีความสัมพันธ์อันดีกับครอบครัว คนในชุมชน	1.3 (2)	5.1 (8)	46.2 (73)	47.5 (75)
4. ร่วมกิจกรรมครอบครัวและชุมชนเสมอ	3.2 (5)	17.1 (27)	39.9 (63)	39.9 (63)
5. มีความหวังและให้กำลังใจตนเองได้	-	4.5 (7)	58.0 (91)	37.6 (59)
6. เตรียมพร้อมสำหรับชีวิตวันข้างหน้าเสมอ	1.3 (2)	10.3 (16)	54.5 (85)	34.0 (53)

ตารางที่ 3 ระดับคุณภาพชีวิต ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.
ด้านร่างกาย	ปานกลาง	75.7	24.04	3.60
ด้านจิตใจ	ปานกลาง	70.1	20.78	3.14
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	ปานกลาง	66.0	10.56	2.01
ด้านสิ่งแวดล้อม	ปานกลาง	52.7	29.01	4.57
คุณภาพชีวิตโดยรวม	ปานกลาง	62.1	91.17	12.15

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจในชีวิต ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระดับความพึงพอใจ	ความถี่	ร้อยละ
ระดับความพึงพอใจน้อย	1	0.6
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	61	38.6
ระดับความพึงพอใจมาก	96	60.8
$\bar{X} = 14.0$, S.D.=2.77		

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ความพึงพอใจในชีวิต การดูแลตนเองด้านร่างกาย การดูแลตนเองด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ กับคุณภาพชีวิต

ตัวแปร	r_s	P- value
1. ความพึงพอใจในชีวิต	.687*	.00
- ด้านร่างกาย	.462*	.00
- ด้านจิตใจ	.462*	.00
- ด้านสังคม	.497*	.00
- ด้านจิตวิญญาณ	.557*	.00
- โดยรวม	.580*	.00
2. การดูแลตนเองด้านร่างกาย	.405*	.00
3. การดูแลตนเองด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ	.492*	.00

* $p < .01$ r_s =ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (spearman rank correlation)