

ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง จังหวัดนครสวรรค์
Depression and Quality of life among elderly
Living in Muang NakhonSawan Province.

Corresponding author E-mail: wongsiri.mim@gmail.com
(Received: March 14, 2019; Revised: December 11,
2019; Accepted: December 18, 2019)

วงศ์สิริ แจ่มฟ้า วท.ม. (Wongsiri Jamfa M.Sc)¹
ศิริรัตน์ จำปีเรือง กศ.ด. (Sirirut Chumpeeruang Ph.D.)²
พิมพ์วรรณ เรืองพุทธ พย.ม. (Pimpawan R ueangphut M.NS.)³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง จังหวัดนครสวรรค์ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 265 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินโรคซึมเศร้าและแบบสอบถามคุณภาพชีวิต WHOQOL – BREF –THAI สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 3.8 คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.49$, $SD = .52$) โดยภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม ($r = -.40$) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจมากที่สุด ($r = -.45$) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ($r = -.32$) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ($r = -.31$) และคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพสังคมมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ($r = -.27$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุและสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ดังนั้น การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุควรผสมผสานความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน และสังคมผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ และสนับสนุนการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพให้ครอบคลุมทุกมิติ

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ

1 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ อีเมล: wongsiri.mim@gmail.com
RN., Senior Professional at Boromrajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhon Sawan

E-mail:wongsiri.mim@gmail.com

2 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
RN., Senior Professional at Boromrajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhon Sawan

3 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
RN., Senior Professional at Boromrajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat

ABSTRACT

The purpose of this study was to determine a depression condition and quality of life among older people living in Muang district, Nakhonsawan province. Purposive sampling was used to recruit a sample into this study, followed the inclusion criteria. A total of 265 older people was recruited. The quality of life and depression status was evaluated using WHOQOL-BREF-THAI and 9Q, respectively. A descriptive analysis was used to summarize the demographic data, and Pearson's product moment correlation was used to determine the relationship between depression status and quality of life.

Older people were a risk to be a depression of up to 3.58%. Score in the WHOQOL-BREF-THAI showed that the total mean score of quality of life was moderate at 2.49 SD = .52. In addition, the depression levels were a correlation with total quality of life ($r = -.40$), in the domain of Psychological was found a strong correlation with the depression levels and the domain of social relationships were found a low correlation with depression ($r = -.27$). The age and marital status were statistically significant with quality of life at .05.

This study confirmed that the psychological among older people should be implemented by co-operating with their family and community for improving the psychological aspect. In addition, the multi-disciplinary team should be implemented to improve depression status.

Keywords: Depressive, Quality of life, Elderly

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นในทุกประเทศ สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกัน ประชากรสูงวัยอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี 2557 มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 14.9 หรือประมาณ 10 ล้านคน สำนักงานสถิติแห่งชาติยังคาดการณ์ว่าในปี 2573 ประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง 18 ล้านคน (Srinonprasert, 2017) จากการเพิ่มของผู้สูงอายุทำให้ทุกหน่วยงานที่

เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อม และการสนับสนุนให้แก่ผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการดำรงชีวิตประจำวัน การส่งเสริมสุขภาพจิตใจ สังคม รายได้ การทำงาน ที่อยู่อาศัยและความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน จะเห็นได้ว่าปัญหาของผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนที่เพิ่มขึ้นเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ขึ้นอยู่กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย จากการสำรวจข้อมูลใน พ.ศ. 2557 พบว่าผู้สูงวัยมีปัญหาการทำ

กิจกรรมพื้นฐานมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น อาจเกิดภาวะพึ่งพิงได้หลายสาเหตุ จากความเสื่อมของอวัยวะ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ข้อเสื่อม และจากปัญหาสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกระตุ้น เช่น เกษียณจากงาน ลูกหลานแยกครอบครัว สูญเสียบุคคลที่เป็นที่รัก ความมั่นคง รายได้ที่ลดลง ปัญหาภาวะพึ่งพิงอาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ อันได้แก่ ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะในผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อม การเจ็บป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ทำให้มีความไม่สุขสบายส่งผลกระทบต่อสภาพอารมณ์ของผู้สูงอายุ ประกอบกับบทบาททางสังคมลดลง อยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวกับภาวะต่างๆที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็วได้จึงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าบุคคลอื่น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งโอกาสที่ผู้สูงอายุไทยจะเป็นโรคซึมเศร้าจะมีสูงขึ้น โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุทั่วโลก ส่วนในประเทศไทยมีการสำรวจในชุมชนทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2548 พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวไทยมีประมาณร้อยละ 17.5 (Wongprakarn, 2015)

คุณภาพชีวิต (quality of life) ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก หมายถึง การรับรู้ในบริบทที่ดำรงชีวิตภายใต้วัฒนธรรมและระบบคุณค่า ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และการตระหนักของแต่ละบุคคล (World Health Organization, 1997) จึงเป็นการรับรู้ความพึงพอใจและการรับรู้สถานะทาง

ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อมของบุคคล ในการดำรงชีวิต (Tongdee, Rongmuang, Nakchatree, 2012) ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อผู้สูงอายุในสังคม ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจะสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและมีสุขภาพที่ดีในบั้นปลายชีวิต ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (Wongpanarak, haleoykitti, 2011; Sookanan et al., 2011) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุน่าจะต้องได้รับการช่วยเหลือในการพัฒนาคุณภาพชีวิตจากระดับปานกลางไปสู่การมีคุณภาพชีวิตระดับสูงขึ้น จึงควรมีการหาทางพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างดีมีความมั่นคงมากขึ้น

โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จ.นครสวรรค์ จำนวน 13,656 คน โดยป่วยป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 3,710 คน (Statistical office, Nakhonsawan, 2018) จากปัญหาดังกล่าว ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนวัดไทรใต้ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นต่อไป

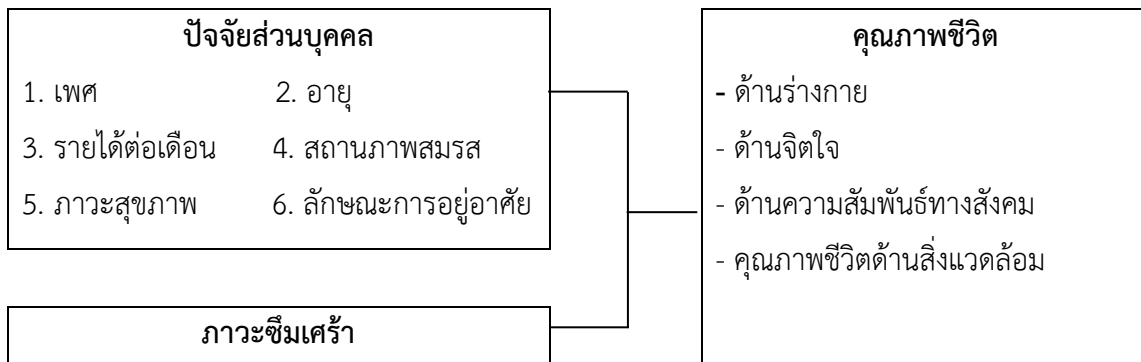
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ วัดไทรใต้ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ วัดไทรใต้ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ใช้วิธีการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ.2561- 30 พฤษภาคม พ.ศ.2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตบริการสุขภาพของศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง วัดไทรใต้ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จัดเข้ากลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) จากประชากรทั้งหมด 11 ชุมชน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากชุมชนขนาดใหญ่ที่มีประชากรจำนวนมาก 2 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนเขานกกระเต็น และชุมชนเอราวัณ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางของ Krejcie and Morgan จากข้อมูลประชากร จำนวน 850 คน กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95 % และให้มีค่าความคาดเคลื่อนได้ร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 265 คน

ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายจากหมายเลขบ้านเลขที่จนครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพ และลักษณะการอยู่อาศัย เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ (Checklist)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของ ธรณินทร์ กองสุขและคณะ (Kongsuk et al., 2008) เป็นเครื่องมือประเมินและจำแนกความรุนแรงของโรคซึมเศร้า 9 ข้อ แบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับคือ ไม่มีเลย (0 คะแนน) เป็นบางวัน 1-7 วัน (1 คะแนน) เป็นบ่อย >7 วัน (2 คะแนน) และเป็นทุกวัน (3 คะแนน) มีคะแนนรวมระหว่าง 0 - 27 คะแนน แบ่งระดับความรุนแรงเป็น 4 ระดับคือ ระดับปกติ

หรือมีอาการน้อยมาก (<7 คะแนน) ระดับน้อย (7 - 12 คะแนน) ระดับปานกลาง (13 - 18 คะแนน) และระดับรุนแรง (≥ 19 คะแนน) มีค่าความไว (Sensitivity) 75.68% และความจำเพาะ (Specificity) 93.37% เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรค MDD (Major Depressive Disorder) ค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้าเท่ากับ 11.41 เท่า มีความแม่นยำในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูงใช้เวลาสั้นๆ เหมาะสำหรับประเมินอาการของโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม คุณภาพชีวิต WHOQOL - BREF -THAI จำนวน 26 คำถามของสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (Mahatnirankul, 1997) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .84 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ .65 การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL - 26 ข้อ คำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อ

คำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

การแปลผล

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

0-7 คะแนน	ภาวะปกติ หรือ มีอาการน้อย
7-12 คะแนน	ซึมเศร่าระดับน้อย
13-18 คะแนน	ซึมเศร่าระดับปานกลาง
19 คะแนนขึ้นไป	ซึมเศร่าระดับรุนแรง

2. คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อ ได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้

26 - 60 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
61 - 95 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ
96 - 130 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ ดังนี้

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
ด้านสุขภาพกาย	7 - 16	17 - 26	27 - 35
ด้านจิตใจ	6 - 14	15 - 22	23 - 30
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 - 7	8 - 11	12 - 15
ด้านสิ่งแวดล้อม	8 - 18	19 - 29	30 - 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 - 60	61 - 95	96 - 130

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของ ธรณินทร์ กองสุขและคณะ (Kongsuk et al., 2008) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต WHOQOL - BREF -THAI ของสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (Mahatnirankul, 1997) นำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ในกลุ่มที่มีลักษณะ

คล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .905

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยยึดการปฏิบัติตามหลักจริยธรรมของการศึกษาวิจัยในคน ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมในการวิจัยในคนของ

สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครสวรรค์ หมายเลข 027/2561 โดยก่อนการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ และในส่วนของผลการวิจัยนั้น ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานหัวหน้าชุมชนและหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ตอบแบบสอบถามและให้ผู้ตอบแบบสอบถามเซ็นชื่อรับทราบ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่างตอบ หลังจากนั้นผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์คุณลักษณะของตัวแปร ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (n=262)

การประเมินภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า	252	96.2
2. ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าระดับน้อย	6	2.3
3. ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	3	1.1
4. ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	1	0.4

product moment correlation) ในการหาความสัมพันธ์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงร้อยละ 68.3 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 50.4 รองลงมาคืออายุระหว่าง 70 – 79 ปี ร้อยละ 37.4 และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.2 มีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่จำนวน 1,500 บาท หรือต่ำกว่า/เดือน ร้อยละ 40.0 สถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/ร้าง/แยกกันอยู่มากที่สุด ร้อยละ 45.4 ด้านภาวะสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.5 โรคประจำตัวที่พบคือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 19.1 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 3.8 และไขมันในหลอดเลือด ร้อยละ 3.4 ลักษณะการอยู่อาศัย ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอยู่กับบุตร/หลานมากที่สุด ร้อยละ 40.1

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 96.2 รองลงมาคือ มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 2.3 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 1.1 และมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงน้อยที่สุด ร้อยละ 0.4

3. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลกชื่อย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.49$, $SD = .52$) จำแนกคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้าน

สิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 2.67$, $SD = .5$) รองลงมา คือ ด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.56$, $SD = .53$) ด้านสัมพันธภาพสังคม ($\bar{x} = 2.45$, $SD = .55$) และด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.16$, $SD = .37$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของผู้สูงอายุ จำแนกตามคุณภาพชีวิต (n=262)

ด้านของคุณภาพชีวิต	\bar{x}	SD	ระดับ
ด้านสุขภาพกาย	2.16	.37	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	2.56	.53	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพสังคม	2.45	.55	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	2.67	.5	ดี
คุณภาพชีวิตโดยรวม	2.49	.52	ปานกลาง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ($r = -.40$) เมื่อจำแนกรายด้านของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ภาวะซึมเศร้ามี

ความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ($r = -.45$) ด้านสุขภาพกาย ($r = -.32$) ด้านสิ่งแวดล้อม ($r = -.31$) และด้านสัมพันธภาพสังคมมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ($r = -.27$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง (n=262)

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิต	r	p-value	ผลการทดสอบ
1. ด้านสุขภาพกาย	-.32**	.00	ระดับปานกลาง
2. ด้านจิตใจ	-.45**	.00	ระดับปานกลาง
3. ด้านสัมพันธภาพสังคม	-.27**	.00	ระดับต่ำ
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	-.31**	.00	ระดับปานกลาง
5. คุณภาพชีวิตโดยรวม	-.40**	.00	ระดับปานกลาง

หมายเหตุ: ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตามปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน ซึ่งผลการเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคล ทั้ง 6 ด้าน พบว่า 1) เพศ พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง มีค่าเฉลี่ยคุณภาพ

ชีวิตสูงกว่าเพศชาย 2) ด้านอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มีคุณภาพชีวิตมากที่สุด รองลงมา คือ อายุระหว่าง 70-79 ปี และอายุ 80 ปีขึ้นไป ตามลำดับ 3) ด้านรายได้ พบว่า อันดับ

1 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 4,501 บาทขึ้นไป/เดือน มีคุณภาพชีวิตมากที่สุด รองลงมา คือ รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,500 บาทหรือต่ำกว่า/เดือน อันดับที่ 3 รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,001 – 4,500 บาท /เดือน และ รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,501 – 3,000 บาท /เดือน มีคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด 4) ด้านการสมรส พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส มีคุณภาพชีวิตมากที่สุด รองลงมา คือ สถานภาพสมรสโสด ส่วน หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ มีคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด 5) ด้านภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน และ 6) ด้านลักษณะการอยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรส, บุตร / หลาน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกับ ผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตร / หลาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้สูงอายุอยู่คนเดียว อยู่กับคู่สมรส อยู่กับบุตร / หลาน และอยู่ร่วมกับญาติคนอื่น ๆ มีคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกัน

การสรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการศึกษาภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผู้เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 3.8 แบ่งเป็นระดับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 2.3 ระดับปานกลาง ร้อยละ 1.1 และระดับรุนแรงน้อยที่สุด จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ .4 เห็นได้ว่าวัย

สูงอายุเป็นวัยที่มีความเปราะบางของจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธรรมนาท เจริญบุญ และคณะ (Chareunboon et.al., 2012) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 7.7 และการศึกษาของ เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ (Wongpoom, 2011) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ในเพศชายมีค่าความชุกร้อยละ 7.00 ในเพศหญิงมีค่าความชุกร้อยละ 5.2 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิชิตา อุ่นแก้ว และ ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (Aoon-kaew & Kuhirunyarath, 2015) ที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู ที่พบว่า ความชุกของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 22.8 และพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ การออกกำลังกาย และการมีโรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่มีผลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ในด้านการศึกษาคุณภาพชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.49$ และ $SD = .52$) โดยมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 2.67$ และ $SD = .5$) ด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.56$ และ $SD = .53$) ด้านสัมพันธภาพสังคม ($\bar{x} = 2.45$ และ $SD = .55$) และด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.16$ และ $SD = .37$) ตามลำดับ สอดคล้องกับผลการศึกษา นริสา วงศ์พานารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ (Wongpanarak, haleoykitti, 2011) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตในประเทศไทย จาก 5 จังหวัดในทุกภูมิภาค และ

กรุงเทพมหานคร จำนวน 100 คน ของอุทัย สูดสุข และพิทยา จารุพูนผล (Sooksud & Jarupon, 2009) ซึ่งผลการศึกษพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ถึงร้อยละ 70.1 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 2.3 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จีราพร ทองดี, ดารารวรรณ รองเมือง และ ฉันทนา นาคฉัตรีย์ (Tongdee, Rongmuang, Nakchatree, 2012) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคใต้ 5 จังหวัด ได้แก่ สงขลา สตูล ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส จำนวน 727 คน โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตแบบคัดย่อ ฉบับภาษาไทย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 51.6 และสอดคล้องผลการวิจัย ของ ปุญญพัฒน์ ไชยเมธ, บุญเรือง ขาวนวล และพลภัทร ทรงศิริ (Chaimay, Khaonuan, Songsiri, 2012) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลแหลมไตนด อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง จำนวน 190 คน โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตแบบคัดย่อ ฉบับภาษาไทย พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 58.4 ทั้งนี้เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ซึ่งแสดงถึงการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การมีชีวิตอย่างอิสระปลอดภัย มั่นคงในชีวิตการอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี การมีโอกาสได้รับข่าวสารหรือการฝึกฝนทักษะต่างๆและกิจกรรมในเวลาว่างในชุมชน

ในด้านการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.40$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพ

ชีวิตด้านจิตใจมากที่สุด ($r = -.45, p=.00$) รองลงมา คือ ด้านสุขภาพกาย ($r = -.32, p=.00$) ด้านสิ่งแวดล้อม ($r = -.31, p=.00$) และด้านสัมพันธภาพสังคมมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ($r = -.27, p=.00$) โดยทุกด้านมีความสัมพันธ์เชิงลบ ทั้งนี้ สอดคล้องกับที่องค์การอนามัยโลก (WHO,1994) กล่าวถึงองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจ (Psychological domain) ว่าเป็นการรับรู้สภาพจิตใจของตนเองอาจรับรู้ได้ทั้งทางบวกและทางลบ จิตใจจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิต เพราะจิตใจผูกพันกับร่างกายอย่างใกล้ชิด หากผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพกาย ทำให้สูญเสียการทำงาน ก่อให้เกิดความเครียด รบกวนจิตใจและอารมณ์ ทำให้ขาดความสุข สอดคล้องกับที่ กิติวงศ์ สาสวด (Saswad, 2017) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้สูงอายุอย่างมาก การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของแต่ละคนมีความแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับความสามารถในการรับรู้ การปรับตัวของแต่ละบุคคล ถ้าผู้สูงอายุมีความมั่นคง เข้าใจตนเอง มีรูปแบบในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมและปรับสภาพจิตใจได้ ยอมรับความจริง ย่อมทำให้มีความสุขได้ อธิบายได้ว่า คุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจแสดงถึงการที่ผู้สูงอายุมีความสุขและพึงพอใจในการดำเนินชีวิต มีสุขภาพจิตที่ดี ไม่มีความวิตกกังวล รู้จักยอมรับตนเอง เห็นคุณค่าของตนเอง รวมถึงการควบคุมอารมณ์ จึงมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า

เมื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศชาย ซึ่ง

สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เบญจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แต่งาม (Sawang Sri, Tanggam, 2013) ที่ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยผลการศึกษา พบว่า ระดับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุเพศหญิงมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าเพศชาย ทั้งนี้เพราะเพศหญิงมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเคร่งครัดกว่าเพศชาย ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การพักผ่อน ทำให้เพศหญิงมีระดับความใส่ใจตนเองสูงกว่า นอกจากนี้ พบว่า เพศชายเป็นเพศที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เสี่ยงสูงกว่า คือ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ จึงทำให้เกิดความบกพร่องทางร่างกาย ในด้านอายุและสุขภาพ นั้น การศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลพร ขำวงษ์และคณะ (Khamwong et al., 2011) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วิพรรณ ประจวบเหมาะ (Prajeubmoh, 2012) ที่ศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2554 การศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีปัญหาเกี่ยวกับการหกล้ม การกลืน อัจจาระ การมองเห็นและการได้ยินมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 39.92 สืบเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีโอกาสมีปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้มีคุณภาพในการดำรงชีวิตแย่งลง ด้านรายได้ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ซึ่งต่างจากผลการศึกษาของ ปลื้มจิตร ไพจิตร (Paijit,

2015) ที่ศึกษาคุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า แหล่งที่มาของรายได้หลักและรายได้ต่อเดือนแตกต่างกันทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ เหตุที่ปัจจัยด้านรายได้ต่อเดือนไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุได้รับการดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตจากครอบครัวและนโยบายของรัฐบาลในการเพิ่มเบี้ยยังชีพและได้รับการบริการอย่างเสมอภาคจากระบบบริการสุขภาพสาธารณสุขที่ทั่วถึงครอบคลุมทุกมิติ ในด้านสถานภาพการสมรสนั้น ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส มีคุณภาพชีวิตมากที่สุด รองลงมา คือ สถานภาพสมรสโสด ส่วนหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ มีคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ (Khamwong et al., 2011) ที่พบปัจจัยทางสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและปัจจัยด้านสถานภาพสมรสหม้าย มีผลทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนสถานภาพสมรสมีผลทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในด้านภาวะสุขภาพ นั้น การศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้สามารถอภิปรายได้ว่า การรับรู้ด้านร่างกายของบุคคลที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต การมีสุขภาพร่างกายที่ดี ทำให้รับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี สุขภาพดีย่อมเป็นที่ปรารถนาของทุกคน ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เป็นโรคร้ายกว่า

ผู้อื่น เนื่องจากสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของ
อวัยวะต่างๆเสื่อมถอย หากผู้สูงอายุยอมรับการ
เปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ปรับตัวให้เหมาะสมกับ
ภาวะสุขภาพ การประเมินสุขภาพของตนเองบ่ง
บอกถึงความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ
(Jenobrom, 1998) นอกจากนี้ยังพบว่า การ
เข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขในด้านการประกัน
สุขภาพของผู้สูงอายุโดยบัตรประกันสุขภาพนั้น ทำ
ให้ ผู้สูงอายุนั้นใจว่าการได้รับการบริการจากสถาน
บริการสาธารณสุขของรัฐบาลอย่างเท่าเทียม เมื่อ
เกิดการเจ็บป่วย สถานบริการสาธารณสุขของ
รัฐบาล สามารถให้การรักษาโรคต่างๆได้ดีและลด
ภาระค่าใช้จ่ายกับผู้สูงอายุได้เป็นอย่างมาก ด้าน
การอยู่อาศัยนั้น พบว่า ผู้สูงอายุที่มีลักษณะการอยู่
อาศัยแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยไม่
แตกต่างกัน โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่
อยู่กับคู่สมรส, บุตร / หลาน มีคุณภาพชีวิต
โดยรวมแตกต่างกับผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตร / หลาน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้สูงอายุ
อยู่คนเดียว อยู่กับคู่สมรส อยู่กับบุตร / หลาน
และอยู่ร่วมกับญาติคนอื่น ๆ มีคุณภาพชีวิต
โดยรวมไม่แตกต่างกัน แสดงว่ายอมรับสมมติฐาน
บางส่วนจากผลการศึกษา กิติวงศ์ สาสด
(Sasuad, 2017) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิต
ที่ดีมาจากครอบครัวที่มีความรักความอบอุ่น
สมาชิกในครอบครัวดำรงชีวิตร่วมกันด้วยความ
เป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ดูแลซึ่ง
กันและกันและดูแลผู้สูงอายุอย่างดีที่สุดเท่าที่ทำได้
โดยเฉพาะในเรื่องอาหารและโภชนาการ เห็นได้
ว่ารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ คือ
สมาชิกครอบครัวเป็นบุคลากรหลักในการดูแล สิ่ง
ที่ผู้สูงอายุต้องการอย่างแท้จริงคือการที่ได้อยู่กับ
ครอบครัวที่อบอุ่น ทำกิจกรรมร่วมกับบุตรหลาน

ใช้ชีวิตท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่ดีการดูแลผู้สูงอายุ
แสดงถึงความเคารพ เกิดความสัมพันธ์เชิงบวกกับ
ความพึงพอใจในชีวิต แต่ในปัจจุบันสถาบัน
ครอบครัวซึ่งเป็นระบบเครือญาติมีความผูกพัน
อย่างใกล้ชิด มีความเกื้อกูลเอื้ออาทรให้การอบรม
ขัดเกลาบุตรหลาน การปลูกฝังค่านิยมอันดีงาม
กลับอ่อนแอลง ผู้สูงอายุในชนบทถูกปล่อยให้
ตามลำพัง หรืออยู่กับเด็กๆที่เป็นบุตรหลานเป็น
จำนวนมาก ซึ่งมีผลต่อปฏิสัมพันธ์ทั้งภายในและ
ภายนอกครอบครัว และปัญหาสังคม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนาโครงการในการให้บริการวิชาการ
เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยความ
ร่วมมือกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับชุมชนเพื่อให้
ผู้สูงอายุรับรู้ถึงแนวทางในการดำเนินชีวิตอย่างมี
คุณภาพและช่วยเหลือตนเองได้ต่อไป
2. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้ามามีบทบาทใน
กิจกรรมต่างๆในชุมชนและสังคมให้มากขึ้น โดย
เน้นบทบาทในการถ่ายทอดประสบการณ์ที่มีอยู่
ไปสู่คนรุ่นหลังเพื่อเพิ่มความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง
ให้กับผู้สูงอายุ
3. ความเชื่อในความสามารถในการมี
คุณภาพชีวิตที่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงควรมีการเสริม
บทบาทพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มการ
รับรู้ความสามารถของตนเองในการดำรงชีวิตเพื่อ
คุณภาพชีวิตที่ดี
4. ครอบครัวควรมีการช่วยเหลือผู้สูงอายุ
อย่างเต็มศักยภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุข
สุขใจที่ได้เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ ในการดำรงชีวิต
ร่วมกับผู้อื่น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทำวิจัยเชิงทดลองในเรื่องแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และลดปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในชุมชน

2. ควรจัดกิจกรรมที่มีลักษณะการแนะ

แนวกลุ่มโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

References

- Aoon-kaew, V. Kuhirunyaratn, P. (2015). The prevalence of depression among the elderly in Ban prow community Hospital. Meuang District, Nong Bua Lam Phu Province. *Community health development quarterly Khon Kaen university*, 3(4), 578-589. (in Thai)
- Chaimay, B., Khaonuan, B., Songsiri, P. (2012). Quality of life and daily activity ability among elderly people in Laem Tanot sub-district, Khuan Khanun district, Phatthalung Province. *Journal of public health*, 42(1), 55-65 (in Thai)
- Chareunboon, T., Panasatidh, M., Thongwongchai, S., Hemrachroj, S., Worakul, P. (2012). Depression and dementia among 15 Ageing club members in Bangkok. *Thammasart Medical Journal*, 10(4), 428-436. (in Thai)
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2016). *Situation of the Thai elderly*. Bangkok: T.Q.P. limited partnership. (in Thai)
- Jenobrom S. (1998). *Vision and non formal education for Thai seniors*. Bangkok: Nichin advertising group. (in Thai)
- Khamkhong, D. (2010). Factors affecting quality of life of elderly in Lumsinth subdistrict, Srenagerine district, Patthalung province. (master's thesis) *Thaksin university*, Songkla. (in Thai)
- Khamwong, W., Noo-sawat, C., Pratanworakanya, W., Siripanya, J. (2011). Factors relating to quality of life of elderly. *Journal of Health Science Research*, 5(2), 32-40. (in Thai)
- Mahatnirankul, S., Tantiwitsakul, W., Poompisanchai, W., Wongsuwan, K., Prommanajeerungkul, R. (1997). *Comparison of WHO QoL 100 and WHO QoL brief. Chiangmai: Suanprung hospital*. (in Thai)
- Ploylearmsang, C., Suthiraksa, S., Wanasapdamrong, C., Wannathip, W. (2017). *Bulletin of Suanprung*, 33(1), 14-30. (in Thai)
- Prajeubmoh, W. (2012). *Thai elderly situation report*. Nontaburi: P.S. limited partnership. (in Thai)

- Rungreangkulkij, S. (2017). Depression in men: gender lens. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 37(1), 158-165. (in Thai)
- Sasuad, K. (2017). Factors affecting the quality of life of the elderly in the eastern province. *NRRU community research journal*, 11(2), 21-38. (in Thai)
- Sawangsi, B., Tangngam, S. (2013). Self-healthcare of the elderly in Samchuk District, Suphanburi Province. *RMUTSB academic journal*, 1(2), 128-137. (in Thai)
- Sookanan, T., Jariyasil., Thummanont, T., Chitpakdee, P. (2011). Quality of life for older residents in the Bansuan Municipality of Chonburi Province. *Journal of public health*, 41(3), 240-249. (in Thai)
- Sooksud, U., Jarupon, P. (2009). *The study on situation of activities of daily living, need, and quality of life of the elderly*. Bangkok: National research council of Thailand. (in Thai)
- Srinonprasert, W. (2017). *Elderly health and their problems*. *Thai junior encyclopedia by royal command of his majesty the king*, 1sted. Bangkok: The Thai Encyclopedia. (in Thai)
- Statistical office, Nakhonsawan. *Elderly statistic*. Retrieved (2018, December 23) from http://nksawan.nso.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=357&Itemid=536#. (in Thai)
- Wongpanarak, N., haleoykitti, S.. (2011). Quality of life: A study of elderly in Thailand. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 64-70. (in Thai)
- Wongpoom, T., Udomsubpayakul, U. (2011). Prevalence of depression among the elderly in Chiang Mai Province. *Bulletin of Suanprung*, 56(2), 103-116. (in Thai)
- World Health Organization. (1997). *WHOQOL: Measuring quality-of-life*. Geneva: World Health Organization.