



คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่รอบมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี Quality of Life of the Elderly in the Community Area Surrounding Ubon Ratchathani University

จิรัฐดา คำสีเขียว นุตติยา วีระวัชรชัย และ สุวรรณภา ภัทรเบญจพล*
Jeerisuda Khumsikiew, Nuttiya Werawattanachai, Suwanna Phattarabenjapol*

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
Faculty of pharmaceutical sciences, Ubon Ratchathani University
*E-mail : suwanna.p@ubu.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่รอบมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 352 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยตรง ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย รายงานข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตจำแนกตามคุณลักษณะประชากรและภาวะสุขภาพด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างประมาณสองในสามเป็นหญิง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยตอนต้นและวัยตอนกลาง ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นกลุ่มสมรส (ร้อยละ 50.3) และหม้ายหรือหย่าร้าง (ร้อยละ 46.3) มีส่วนน้อยที่เป็นโสด และกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดจบชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 96.9) ประมาณสองในสามไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 63.9) และประมาณหนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุทำเกษตรกรรม (ร้อยละ 24.7) ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดได้รับสวัสดิการจากภาครัฐในส่วนของเบี้ยยังชีพ (ร้อยละ 95.7) คุณภาพชีวิตในภาพรวมทุกด้านของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาแยกตามรายด้านพบว่าผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลางใน 5 ด้าน ดังนี้ 1) ความสามารถในการรับรู้ 2) ความเป็นตัวของตัวเอง 3) กิจกรรมในอดีต ปัจจุบันและอนาคต 4) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และ 5) การตายและความตาย เว้นแต่คุณภาพชีวิตด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดเพียงด้านเดียวที่จัดอยู่ในระดับดี ส่วนผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตรวมทุกด้านจำแนกตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น วัยของผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพ และ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านจิตใจ เช่น ผู้สูงอายุกลุ่มคนโสดมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มสมรสและกลุ่มหม้ายหรือหย่าร้าง ในขณะที่ผู้สูงอายุกลุ่มที่พัวอาศัยกับครอบครัวมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่อยู่ตามลำพัง เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านการเงิน พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ หรือประกอบอาชีพได้เองมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่รายได้ไม่เพียงพอหรือไม่ได้ประกอบอาชีพตามลำดับ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าผู้วางนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีข้อจำกัดด้านการเงิน การเตรียมผู้สูงอายุให้พร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพทั้งกายใจและสังคมเป็นเรื่องสำคัญ ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพในการประกอบอาชีพตามความสนใจและความพร้อมช่วยให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองด้านการเงินได้ รวมถึงการสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบครัวและชุมชนช่วยทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยเหล่านี้จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก



Abstract

The purpose of this survey research was to assess quality of life (QOL) of the elderly living in community around Ubon Ratchathani University. The study participants are 352 seniors. Data were collected by face-to-face interview using structured questionnaires. Quality of life was assessed by WHOQOL-OLD (Thai version). Descriptive statistics were used to report participants' characteristics. One-way Analysis of Variance (ANOVA) was used to compare QOL between subgroups. Two-thirds of participants were female. Most were in the age range of 60 to 79 years old. The proportion of the elderly who married, and who divorced or separated are about the same (50.3% and 46.3% respectively). Only few participants are singles. The majority have primary education or lower (96.9 %). Two-thirds have already retired from their works (63.9 %). One fourth earns their livings from indigenous agriculture (24.7 %). Most have received social benefit in terms of monthly allowance from government (95.7%). Regarding the score of WHOQOL-OLD, results showed that participants' overall quality of life (QOL) were in moderate levels. Five dimensions of participants' QOL were also in moderate level, including 1) sensory abilities, 2) autonomy, 3) past, present and future activities, 4) social participation, and 5) death and dying. However, quality of life in intimacy is the only dimension of QOL classified as good level. The comparison of QOL scores according to characteristics of the elderly indicated that there were some differences between subgroups. Health related factors such as age, health status and performance in daily activities have impacts on participants' QOL. Mental related factors also have associated with QOL. The singles have lower QOL score than the other groups. Participants living with family have higher QOL score than who living by their own. According to income security, participants who have no financial problem or who are able to earn their own living have higher QOL score than their comparators. Study findings indicated that policy makers should be considered plans to improve quality of life of the elderly particularly the vulnerable groups such as who with health or financial problems. It is necessary to prepare the elderly to deal with changes, including physical, mental and social lives. Moreover, empowering the elderly in terms of vocational training according to their interests and abilities help them to ensure financial independence. In addition, providing knowledge and understanding of elderly care for the family and community helps to increase social support. These important factors should improve quality of life for Thai elderly.

Keywords : Quality of Life, Elderly, WHOQOL-OLD

บทนำ

ผู้สูงอายุอยู่ในวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งเกิดจากการเสื่อมถอยของร่างกายตามวัย และส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ในขณะที่บางส่วนสูญเสียคู่อชีวิตหรือเพื่อนฝูงในวัยเดียวกัน หรืออาจจำเป็นต้องอยู่เพียงลำพัง ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลด้านลบต่อจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางส่วนทำงานได้ลดลงหรือมีรายได้ไม่เพียงพอจนต้องพึ่งพิงลูกหลานซึ่งอาจบั่นทอนความภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุได้ (สุภาภรณ์, 2565) ปัจจุบันสังคมไทยเริ่มตระหนักถึงการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและเล็งเห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนสนับสนุนทรัพยากรและส่งเสริมกิจกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุโดยมุ่งหวังให้



ผู้สูงอายุมีปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตและได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวและชุมชนเพื่อช่วยสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ตัวอย่างเช่น ภาครัฐกำหนดนโยบายในการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ตามมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เพื่อจัดสวัสดิการสังคมที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เช่น สิทธิการรักษาพยาบาลฟรีในสถานพยาบาลของรัฐ หรือเบี้ยยังชีพ-ผู้สูงอายุ เป็นต้น (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น, 2548) รวมทั้งการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชนที่มีมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) การทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ที่พัฒนาโดย สุวัฒน์และคณะ (2545) ที่จำแนกองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของบุคคลออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (วิไลพรและคณะ, 2554; เนตรนภาและคณะ, 2564; อัญรัช, 2564) ที่พัฒนาสำหรับกลุ่มตัวอย่างช่วงอายุ 15 ถึง 60 ปี แต่คำถามบางส่วนสอบถามเรื่องชีวิตทางเพศคือ “ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน” ซึ่งหมายรวมถึงการจัดการเมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศ เช่น การช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการสอบถามกับผู้สูงอายุไทย ประกอบกับตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแตกต่างจากกลุ่มวัยอื่นเนื่องจากสภาพร่างกายจิตใจและกิจกรรมในการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงตามวัย งานวิจัยบางส่วนเริ่มใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-OLD) ซึ่งประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจากการรับรู้ของผู้สูงอายุโดยวัดระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวมและแยกเป็นรายด้านรวม 6 ด้าน ดังนี้ 1) ความสามารถในการรับรู้ 2) ความเป็นตัวของตัวเอง 3) กิจกรรมในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต 4) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 5) การตายและความตาย และ 6) การมีปฏิสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด (World Health Organization, 2006). แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย ที่พัฒนาโดยสุภาภรณ์ สุดหนองบัว มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและมีความเที่ยงในระดับดี (สุภาภรณ์, 2565) ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วยแบบวัดขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทยพบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจัดอยู่ทั้งในระดับปานกลางและระดับดี (เด่นและสุภาภรณ์, 2559; วชิรญาณ, 2560; สิริมา, 2560) นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมารายงานปัจจัยหลายด้านที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และฐานะการเงิน สภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน รวมถึงแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น (วิไลพรและคณะ, 2554; ปลื้มใจ, 2558; เด่นและสุภาภรณ์, 2559; สิริมา, 2560) ในขณะที่หลายการศึกษารายงานความจำเป็นและความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุที่สำคัญ เช่น การช่วยเหลือด้านการเงินและการดูแลเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นต้น (ญานณีและคณะ, 2561; ศานติกร, 2564; สุนทร, 2564)

โดยสรุปงานวิจัยคุณภาพชีวิตมีผู้ศึกษาไว้มากและมีความหลากหลายในเรื่องของพื้นที่ที่ศึกษาและพบความแตกต่างของกลุ่มผู้สูงอายุในด้านคุณลักษณะทางประชากร ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ประกอบกับการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทยเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จากสถานการณ์ข้างต้นผู้วิจัยสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนรอบมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ซึ่งเป็นชุมชนของผู้สูงอายุในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสานในเขตกิ่งเมืองกิ่งชนบทที่ยังคงวิถีชีวิตเกษตรกรรม โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเป้าหมายและศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อทั้งผู้สูงอายุและชุมชนตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ผลการศึกษาเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ตามพันธกิจของมหาวิทยาลัย ได้แก่ การจัดการเรียนการสอนและการพัฒนาโครงการบริการวิชาการต่าง ๆ ที่เน้นการดูแลรักษาสุขภาพและการพึ่งตนเองโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ตลอดจนสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในกิจกรรมในชุมชนให้มากขึ้น รวมถึงเป็นการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีและชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากการสัมภาษณ์โดยตรง (face-to-face interview) ประชากรคือผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนรอบมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ซึ่งประกอบด้วย 4 ตำบล ดังนี้ เมืองศรีโค ชาติ คำขวาง และ โพธิ์ใหญ่



ตามข้อมูลขององค์การบริหารส่วนตำบล จำนวนประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่เป้าหมาย ณ กันยายน 2562 รวม 3,467 คน การสุ่มตัวอย่างโดยจับสลากตำบลละ 4 หมู่บ้าน รวม 16 หมู่บ้าน กำหนดขนาดตัวอย่าง คือร้อยละ 10 ของประชากร และสุ่มตามสัดส่วนของประชากรของแต่ละตำบล ได้ตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 352 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร เช่น เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ เป็นต้น
2. ข้อมูลสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุจากผู้สัมภาษณ์ การประเมิน-ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุด้วยตนเอง โรคประจำตัว และ สิทธิการรักษาพยาบาล เป็นต้น
3. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ของคู่มือการคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพัฒนาจาก Barthel ADL index ร่วมกับแบบประเมินกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Chula ADL Index) โดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (กรมการแพทย์, 2557) ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ และมีตัวเลือกคำตอบเป็น 3 ระดับ ตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดังนี้ ทำได้ด้วยตนเอง ทำด้วยตนเองได้บ้างต้องมีคนช่วยจึงทำได้สำเร็จ และ ทำด้วยตนเองไม่ได้เลย ซึ่งกำหนดค่าคะแนนเป็น 1, 2, และ 3 คะแนน ตามลำดับ และจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเป็น 3 กลุ่มดังนี้ ช่วยเหลือตนเองได้ดี ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย โดยคิดจากช่วงคะแนนรวมเป็น 16 ถึง 20, 21 ถึง 35, และ 36 ถึง 48 คะแนน ตามลำดับ
4. แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-OLD) ฉบับภาษาไทย ที่พัฒนาโดยสุภาภรณ์ สุตหนองบัว ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ดังนี้ 1) ความสามารถในการรับรู้ 2) ความเป็นตัวของตัวเอง 3) กิจกรรมในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต 4) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 5) การตายและความตาย และ 6) การมีปฏิสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด โดยแต่ละด้านมีคำถาม 4 ข้อ รวม 24 ข้อ ตัวเลือกเป็นมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งมีคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลต้องปรับคะแนนไปทางเดียวกันโดยให้ได้ค่าคะแนนสูงแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดี (เด่นและสุภาภรณ์ 2559; World Health Organization, 2006) การกำหนดระดับคุณภาพชีวิตจำแนกตามคะแนน ดังนี้ คุณภาพชีวิตรายด้าน แยกเป็น 3 ระดับ คือ ไม่ดี ปานกลาง และ ดี (ช่วงคะแนน 4 ถึง 9 , 10 ถึง 15 , และ 16 ถึง 20 ตามลำดับ) ส่วนคุณภาพชีวิต โดยรวมจากคะแนนรวมทั้ง 6 ด้าน แยกเป็น 3 ระดับเช่นเดียวกัน คือ ไม่ดี ปานกลาง และ ดี (ช่วงคะแนน 24 ถึง 56, 57 ถึง 89, และ 90 ถึง 120 ตามลำดับ) (เด่นและสุภาภรณ์ 2559; สุภาภรณ์, 2565)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งฉบับให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามเฉพาะส่วนที่ 4 คือแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบร็ค เท่ากับ 0.77

การวิเคราะห์ข้อมูล รายงานข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมทั้งเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมตามคุณลักษณะทางประชากรและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และใช้วิธี Least significant difference (LSD) ในการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ตามเอกสารรับรอง หมายเลข UBU-REC 51/2562 เมื่อ กันยายน พ.ศ. 2562

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 352 คน เข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ ประมาณสองในสามเป็นหญิง (ร้อยละ 63.9) กลุ่มตัวอย่างกระจายอยู่ในช่วงวัยทั้งผู้สูงอายุวัยตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย (ร้อยละ 41.5, 35.2, และ 23.3 ตามลำดับ) ประมาณครึ่งหนึ่งอยู่ในกลุ่มสมรส (ร้อยละ 50.3) หม้ายหรือหย่าร้าง (ร้อยละ 46.3) และมีจำนวนน้อยที่เป็นโสด (ร้อยละ 3.4) และเกือบทั้งหมดจบประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 96.9) ประมาณสองในสามไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 63.9) และ



หนึ่งในสี่ทำเกษตรกรรม (ร้อยละ 24.7) ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดได้รับรายได้จากสวัสดิการภาครัฐ (ร้อยละ 95.7) บางส่วนมีรายได้จากคนในครอบครัว (ร้อยละ 58.0) และกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุร้อยละ 17.0 ยังทำงานมีรายได้เลี้ยงชีพตนเอง และประมาณครึ่งหนึ่งให้ข้อมูลว่ารายได้ไม่เพียงพอจากรายจ่าย (ร้อยละ 54.0) ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดพักอาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 90.9) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1.

ส่วนข้อมูลสุขภาพ ตามเกณฑ์ดัชนีมวลกาย (BMI) มีผู้ให้ข้อมูล 341 คน พบว่าประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.4) มีรูปร่างปกติหรือสมส่วน ในขณะที่หนึ่งในสามค่อนข้างผอม (ร้อยละ 35.5) ส่วนผลการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันพบว่าสามในสี่ช่วยเหลือตนเองได้ดี (ร้อยละ 73.3) การประเมินภาวะสุขภาพโดยผู้สัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มติดสังคมและติดบ้าน ร้อยละ 49.2 และ 47.7 ตามลำดับ และมีผู้สูงอายุป่วยติดเตียงร้อยละ 3.1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลางและระดับดี (ร้อยละ 59.6 และ 25.9 ตามลำดับ) โดยสองในสามมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 65.3) แต่ส่วนน้อยมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ คือ สูบบุหรี่และบริโภคแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 9.4 และ 5.4 ตามลำดับ) ส่วนการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยพบว่ากลุ่มตัวอย่างไปรับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันสูงถึง ร้อยละ 97.7 และซื้อยากินเอง คิดเป็นร้อยละ 57.7 และมีกลุ่มที่ไปรักษากับหมอฟันบ้านในชุมชนหรือใช้สมุนไพรรักษาตนเอง (ร้อยละ 21.3 และ 15.0 ตามลำดับ) และผู้สูงอายุได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูงถึงร้อยละ 90.0 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2.

ในการประเมินด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทยพบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาพรวมทุกด้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนอยู่ในช่วง 57 ถึง 89 คะแนน) และเมื่อพิจารณาตามรายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเกือบทุกด้าน (คะแนนอยู่ในช่วง 10 ถึง 15 คะแนน) เว้นแต่คุณภาพชีวิตในด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดจัดอยู่ในระดับดีเพียงด้านเดียว (คะแนนอยู่ในช่วง 16 ถึง 20 คะแนน) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

คุณลักษณะ	จำนวน (n=352)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	225	63.9
ชาย	127	36.1
วัยผู้สูงอายุ		
วัยตอนต้น (60-69 ปี)	146	41.5
วัยตอนกลาง (70-79 ปี)	124	35.2
วัยตอนปลาย (80 ปี ขึ้นไป)	82	23.3
สถานภาพการสมรส		
สมรส	177	50.3
หม้าย หรือ หย่าร้าง	163	46.3
โสด	12	3.4
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	341	96.9
มัธยมศึกษาขึ้นไป	11	3.1
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	225	63.9
เกษตรกร	87	24.7
รับจ้างทั่วไป	19	5.4
ค้าขาย	17	4.8



คุณลักษณะ	จำนวน (n=352)	ร้อยละ
ข้าราชการบำนาญ	2	0.6
อื่น ๆ	2	0.6
แหล่งรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
สวัสดิการจากรัฐ	337	95.7
ครอบครัว	204	58.0
การประกอบอาชีพ	60	17.0
อื่นๆ	19	5.4
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	190	54.0
เพียงพอกับรายจ่าย	131	37.2
เหลือเก็บออม	31	8.8
การพักอาศัย		
อยู่กับครอบครัว	320	90.9
อยู่ตามลำพัง	32	9.1

ตารางที่ 2 ข้อมูลสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ข้อมูล	จำนวน (n=352)	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย (BMI, n=341)		
ค่อนข้างผอม (BMI < 20)	121	35.5
ปกติ (20 ≤ BMI ≤ 25)	165	48.4
ท้วมหรืออ้วน (BMI > 25)	55	16.1
ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน*		
ช่วยเหลือตนเองได้ดี	258	73.3
ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง	84	23.9
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย	10	2.8
การประเมินภาวะสุขภาพจากผู้สัมภาษณ์		
ดี	173	49.2
ดีที่บ้าน	168	47.7
ดีเพียง	11	3.1
การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง		
ดี	91	25.9
ปานกลาง	210	59.6
ไม่ดี	51	14.5
การมีโรคประจำตัว	230	65.3
การสูบบุหรี่	33	9.4
การบริโภคแอลกอฮอล์	19	5.4



ข้อมูล	จำนวน (n=352)	ร้อยละ
การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไปพบแพทย์แผนปัจจุบัน	344	97.7
ซื้อยากินเอง	203	57.7
หาหมอพื้นบ้าน	75	21.3
ใช้สมุนไพรเอง	53	15.0
ไม่รักษา	7	2.0
สิทธิการรักษาพยาบาล		
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	317	90.0

หมายเหตุ: * การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันตามคู่มือคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 3 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจำแนกตามรายด้านและภาพรวมทุกด้าน

องค์ประกอบ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับคุณภาพชีวิต*
1. ความสามารถในการรับรู้	11.8	2.3	ปานกลาง
2. ความเป็นตัวของตัวเอง	12.9	2.6	ปานกลาง
3. กิจกรรมในอดีต ปัจจุบัน และ อนาคต	13.8	2.6	ปานกลาง
4. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	13.5	2.7	ปานกลาง
5. การตายและความตาย	13.6	4.0	ปานกลาง
6. การมีปฏิสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด	15.5	2.8	ดี
คุณภาพชีวิตรวมทุกด้าน	81.0	10.0	ปานกลาง

หมายเหตุ: * อ้างอิงเกณฑ์ระดับคุณภาพชีวิตตามแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย ของ สุภาภรณ์ สุดหนองบัว (2565)

ดูรายละเอียดเกณฑ์ในส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

คะแนนคุณภาพชีวิตรายด้าน ช่วงคะแนน 4 ถึง 20 และ คะแนนสูงหมายถึงคุณภาพชีวิตรายด้านนั้นดี

คะแนนคุณภาพชีวิตรวมทุกด้าน ช่วงคะแนน 24 ถึง 120 และคะแนนสูงหมายถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมทุกด้านดี

ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตจำแนกตามคุณลักษณะทางประชากรและสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว กำหนดระดับนัยสำคัญ ($p = 0.05$) สรุปผลได้ดังนี้ ไม่พบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตระหว่างเพศชายกับเพศหญิงและระดับการศึกษา ในขณะที่คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลงตามวัยที่มากขึ้น โดยผู้สูงอายุวัยตอนปลายมีคะแนนคุณภาพชีวิตน้อยที่สุดและแตกต่างจากผู้สูงอายุวัยตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคุณลักษณะด้านสถานภาพการสมรส พบว่ากลุ่มที่สมรสแล้วมีคะแนนสูงที่สุด และกลุ่มที่โสดมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทำนองเดียวกันกลุ่มหม้ายหรือหย่าร้างมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มสมรสแล้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในประเด็นอาชีพพบว่ากลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกรมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการเปรียบเทียบกลุ่มตามความเพียงพอของรายได้ที่แบ่งออกเป็น 3 ระดับพบว่า กลุ่มที่รายได้ไม่เพียงพอมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดและแตกต่างจากกลุ่มอื่น ๆ ทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนประเด็นเรื่องการพักอาศัยพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่พักอาศัยกับครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในประเด็นภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการเปรียบเทียบชี้ให้เห็นว่าภาวะสุขภาพผู้สูงอายุส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมาก กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีในกิจวัตรประจำวันมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีหรือมีปัญหาสุขภาพมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า เช่น กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงและติดบ้าน



มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่ติดสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้สูงอายุที่ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดีมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงที่สุดและสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มประเมินสุขภาพตนเองในระดับปานกลางมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มสุขภาพไม่ดี เป็นต้น รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4.

ตารางที่ 4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมจำแนกตามคุณลักษณะทางประชากรและภาวะสุขภาพ

ข้อมูลกลุ่มประชากร	คะแนนคุณภาพชีวิตรวม (ช่วง 24 ถึง 120 คะแนน)	
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เพศ		
หญิง	80.8	9.9
ชาย	81.6	10.1
วัยผู้สูงอายุ*		
วัยตอนต้น (60-69 ปี)	82.8	9.7
วัยตอนกลาง (70-79 ปี)	80.6	9.9
วัยตอนปลาย (80 ปี ขึ้นไป)	78.6	10.2
สถานภาพสมรส*		
สมรส	82.4	9.3
หม้าย หรือ หย่าร้าง	80.1	10.2
โสด	73.0	12.8
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	80.9	9.9
มัธยมศึกษาขึ้นไป	84.9	10.9
อาชีพ*		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	80.2	10.0
เกษตรกรกรรม	81.2	8.9
อาชีพอื่น ๆ	85.1	11.5
ความพอเพียงของรายได้*		
ไม่เพียงพอ	78.1	8.8
เพียงพอกับรายจ่าย	84.1	10.8
เหลือเก็บออม	86.3	6.9
การพักอาศัย*		
อยู่กับครอบครัว	81.5	10.0
อยู่เพียงลำพัง	76.6	8.6
ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน*		
ช่วยเหลือตนเองได้ดี	82.1	9.8
ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง	78.9	9.8
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย	71.3	8.8



ข้อมูลกลุ่มประชากร	คะแนนคุณภาพชีวิตรวม (ช่วง 24 ถึง 120 คะแนน)	
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การประเมินภาวะสุขภาพจากผู้สัมภาษณ์*		
ติดสังคม	84.2	9.2
ติดบ้าน	78.3	9.8
ติดเตียง	73.4	8.9
การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง*		
ดี	87.0	10.4
ปานกลาง	79.6	8.8
ไม่ดี	76.5	9.5

หมายเหตุ: * คะแนนคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ($p < 0.05$)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ผลการประเมินคุณภาพชีวิตภาพรวมของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ใช้แบบประเมินเดียวกัน (วชิรญาณ, 2560; สิริมา, 2560) และเมื่อพิจารณาแยกเป็นรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดอยู่ในระดับดีเพียงด้านเดียว ซึ่งอาจเป็นผลที่กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดอาศัยอยู่กับครอบครัวและยังทำกิจวัตรประจำวันได้ดี ผลการศึกษาสนับสนุนความสำคัญของปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมของไทยที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับครอบครัวและบุตรหลาน จึงมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในสังคมกึ่งชนบทที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คนในสังคมรู้จักกัน มีการช่วยเหลือพึ่งพากันในชีวิตประจำวัน ในขณะที่คุณภาพชีวิตรายด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับปานกลาง แต่คะแนนของแต่ละด้านมากน้อยต่างกัน เช่น คะแนนในเรื่องความสามารถทางการรับรู้หรือประสาทสัมผัสซึ่งเป็นสิ่งบอกรหัสสุขภาพทางกาย มีคะแนนน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่น ๆ ทุกด้าน เพราะการสูญเสียการรับรู้ในการมองเห็น การได้ยิน การลิ้มรส การดมกลิ่น รวมถึงการสัมผัส ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุอย่างมาก เช่น ผู้สูงอายุบางส่วนอาจได้พูดคุยหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลง เพราะฟังไม่ค่อยได้ยิน มองหน้าคู่สนทนาและสภาพแวดล้อมได้ไม่ชัดเจน หลงลืมหรือจำไม่ค่อยได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางส่วนเบื่ออาหารเพราะการลิ้มรสเปลี่ยนแปลง บดเคี้ยวได้ลำบาก อาหารไม่ย่อยท้องอืดเฟ้อ และไม่สามารถปรุงอาหารหรือจัดหาอาหารด้วยตนเอง ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว การทรงตัวหรือการมองเห็น หรือต้องรับประทานยาที่ทำให้วังงซึมอาจหกล้มจนนำไปสู่ความเจ็บป่วยที่รุนแรงมากขึ้น ส่วนประเด็นคุณภาพชีวิตด้านความเป็นตัวของตัวเอง เช่น การมีอิสระในการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ การจัดการอนาคตของตนเอง ตลอดจนการที่ครอบครัวยอมรับและให้อิสระในการตัดสินใจมีคะแนนอยู่ในระดับน้อยกว่าคุณภาพชีวิตด้านอื่นเช่นเดียวกัน เพราะโดยธรรมชาติของบุคคลที่มีวุฒิภาวะและความพร้อมต้องการความเป็นตัวของตัวเองและอิสระในการตัดสินใจทุกอย่างเอง แต่ในกรณีผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง อาจเป็นผลจากการที่ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านการเงินและส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว จึงมีอิสระในการทำสิ่งต่างๆ ได้น้อยลง และด้วยวัฒนธรรมของคนไทยที่ไม่ค่อยกล้าแสดงออกและอาจต้องการคำปรึกษาจากครอบครัว ทำให้รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตอิสระในการตัดสินใจ

การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในภาพรวมจำแนกตามคุณลักษณะทางประชากรและภาวะสุขภาพพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น วัย ภาวะสุขภาพ และ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีผลต่อคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านจิตใจ เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มสมรส หม้ายหรือหย่าร้าง มีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มโสด และผู้สูงอายุกลุ่มที่พักอาศัยกับครอบครัวมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่อยู่ลำพัง ส่วนปัจจัยด้านการเงิน พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้



เพียงพอ มีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่รายได้ไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (วิไลพรและคณะ, 2554; ปลื้มใจ, 2558; เต๋น และสุภาภรณ์, 2559; สิริมา, 2560) อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาพบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาของคุณภาพชีวิตอาจเป็นผลจากกลุ่มตัวอย่างนี้ มีคุณลักษณะด้านการศึกษาล้ำคลึงกัน โดยเกือบทั้งหมดจบชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่า

โดยสรุปผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีข้อจำกัดด้านการเงิน เป็นกลุ่มที่มีระดับคุณภาพชีวิตไม่ดีและเป็นเป้าหมายที่ควรได้รับการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิต นอกจากนี้การเตรียมผู้สูงอายุให้พร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพทั้งกาย จิตใจ และสังคม เป็นเรื่องสำคัญ แนวทางการสร้างเสริมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตนั้นขึ้นกับหลายฝ่าย ทั้งตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานหลักที่ดูแลสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ตลอดจนหน่วยงานสนับสนุน เช่น มหาวิทยาลัย เป็นต้น โดยตัวผู้สูงอายุต้องได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองทั้งทางด้านสุขภาพกายและใจ เพื่อสร้างความเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงตามวัย ทั้งความเสื่อมถอยทางสุขภาพ และการสูญเสียต่าง ๆ ทั้งคู่ชีวิต การงานและความมั่นคงทางการเงิน เป็นต้น รวมไปถึงการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงวัย กิจกรรมทางกายที่ผู้สูงอายุควรทำเพื่อดูแลตนเอง และการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ ทั้งด้านการพักผ่อนหย่อนใจ และการประกอบอาชีพตามแต่ศักยภาพและความสนใจของผู้สูงอายุ ในส่วนประเด็นของครอบครัวนั้น การสร้างความเข้าใจในภาพรวมของการดูแลผู้สูงอายุทั้งทาง กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณมีความสำคัญมาก เพราะแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ทั้งการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน การพูดคุยด้วยเป็นประจำ และการดูแลในช่วงเจ็บป่วย ส่งผลดีต่อความรู้สึกและจิตใจของผู้สูงอายุ ในขณะที่หน่วยงานภาครัฐ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่รับผิดชอบการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ตามมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุควรมีการดำเนินการให้ทั่วถึงและสอดคล้องตามความต้องการของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันตามแต่ละพื้นที่ หน่วยงานสนับสนุนอื่น ๆ เช่น การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ มีส่วนช่วยอย่างมากในการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของผู้สูงอายุไทย แต่ด้วยข้อจำกัดที่การจัดการให้ความรู้ผ่านระบบโรงเรียนผู้สูงอายุอาจไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึง การจัดทำโครงการบริการวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุให้รับมือกับการเปลี่ยนแปลงของวัย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จึงมีประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนวิจัยเพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์ด้านการวิจัยและการพัฒนาคณะเภสัชศาสตร์ ด้านผู้สูงอายุแบบบูรณาการ เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุและการพัฒนาโครงการบริการวิชาการของคณะวิชาต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนรอบมหาวิทยาลัย และขอขอบพระคุณผู้ช่วยวิจัย อาสาสมัครสาธารณสุขในการเก็บข้อมูล และผู้สูงอายุในชุมชนที่ให้ข้อมูลและความร่วมมือในการศึกษาเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์. (2557). *คู่มือการคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุ*.

http://203.157.109.15/nont/file_upload/aging/bookGS.pdf

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564, 12 ตุลาคม). *ทะเบียนโรงเรียนผู้สูงอายุ ปี 2564*.

https://www.dop.go.th/thai/service_information/1/14

กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น. (2548). *มาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ*.

http://www.dla.go.th/upload/ebook/column/2018/4/2218_5984.pdf



- ญาติ แสงสาย, สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์, นันทริยา โลหะไพบุลย์กุล และกิตติยาพร จันทร์ชม. (2561). ความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบล ในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม, ฉบับการประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม*, 78-86.
- เด่น นวลโธสง และสุภาภรณ์ สุตหนองบัว. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอน อำเภอสุวรรณคโลก จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์*, 11(พิเศษ), 89-104.
- เนตรนภา กาบมณี, สิริลักษณ์ อยู่เจริญ และปานเพชร สกลคุ. (2564). การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองไผ่ อ. เมือง จ. อุตรดิตถ์. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรคต*, 11(1), 27-39.
- ปลื้มใจ ไพจิตร. (2558). คุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิทยาการจัดการ*, 2(2), 157-179.
- วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานวโรปัญญา และจิตภา ศิริปัญญา. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(2), 32-40.
- วชิรญาณ จิตต์รุ่งเรือง. (2560). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี* [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา].
- ศานติกร พินยงค์. (2564). ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อการจัดสวัสดิการชุมชน: กรณีศึกษาตำบลลำเหย อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี*, 11(1), 35-44.
- สิริมา อิทธิประเสริฐ. (2560). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแก่งกะเจ็ด อำเภอเมือง จังหวัดระยอง*. [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา].
- สุนทร ปัญญาพงษ์, อัญชลี ชัยศรี, ทศไนยวรรณ ดวงมาลา และวิมลศิลป์ ประจักษ์ภูมิ. (2564). แนวทางการจัดสุขสวัสดิการสังคมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ บ้านเสี้ยวน้อย ตำบลบ้านเล่า อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ*, 3(1), 46-56.
- สุภาภรณ์ สุตหนองบัว. (2565). *การดูแลผู้สูงอายุ: สถานการณ์และคุณภาพชีวิต* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะรังกุล. (2545). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL- BREF-THAI)*.
<https://www.dmh.go.th/test/whoqol/>
- อัญรัช สาริกัลยะ. (2564). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร. *วารสารการวิจัยการบริหารการพัฒนา*, 11(1), 102-112.
- World Health Organization. (2006). WHOQOL-OLD manual.
https://www.who.int/mental_health/evidence/WHOQOL_OLD_Manual.pdf