

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตความรับผิดชอบ ขององค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย*

เด่น นวลไธสง¹

สุภาภรณ์ สดหนองบัว²

บทคัดย่อ

การศึกษาวิชาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Studies) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตความรับผิดชอบ ขององค์การบริหารส่วนตำบล วังไม้ขอน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติ คือมีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 205 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.90 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบราค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient)

ผลการวิจัยพบว่า จากการวัด Barthel Index of ADL (activities of daily living) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยู่ใน กลุ่มติดสังคม และระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) อยู่ใน ระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 68.26 ส่วนระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-OLD-THAI) อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 74.78 การศึกษา, โรคประจำตัว, การเป็นสมาชิกชมรม, ตำแหน่งทางสังคม, การตรวจสุขภาพประจำปี มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.50 และ พบว่า เพศ, อาชีพ, รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม/ศาสนา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน, คุณภาพชีวิต

* วิทยานิพนธ์ หลักหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2556

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, E-mail: naphopitayakom@hotmail.com

² อาจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร



Quality of Life among Elderly People in the Responsibility of Wangmaikon Sub-district Administrative Organization, Sawankhalokdistrict, Sukhothai Province*

Dan Naulthaisong¹

Supaporn Sudnongbua²

Abstract

Cross-sectional Descriptive Studies was employed in this study. The aims of this research were to determine the extent to which older persons in the responsibility of Wangmaikon sub-district administrative organization, Sawankhalokdistrict, Sukhothai province rated their quality of life and to investigate factors relating quality of life in old age. Two hundred and five samples were elderly people. A questionnaire was a tool for data collection. Its content Validity Index (CVI) was 0.90 and Cornbrash's Alpha coefficient was 0.94. Spearman rank correlation coefficient were used for data analysis.

The results were found that regarding Barthel Index of ADL (activities of daily living), most elderly people were social-bound. According to WHOQOL-BREF-THAI, 68.26% of participants stated that they were in the middle level of QOL (Quality of life) and 74.78% of participants stated that they were in the good level of WHOQOL-OLD-THAI (Quality of life in old age). Statistically significant differences were found on the Education, illness, being club member, position in society, and annual health check (P value = 0.05). Moreover, statistically significant differences were found on the sex, occupation, monthly income, and social and religion (P value = 0.01).

Keywords: Elderly, Activities of daily living, Quality of life

* Research Article from thesis for the Master of Public Health Faculty of Health Sciences Naresuan University, 2013

¹ Student in Master of Public Health Faculty of Health Sciences Naresuan University, E-mail: naphopitayakom@hotmail.com

² Lecturer, Faculty of Health Sciences Naresuan University

ความสำคัญและปัญหาการวิจัย

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้นำไปสู่ประเด็นความท้าทายต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นในด้านทุนมนุษย์ที่ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ยังคงมีการศึกษาค่อนข้างน้อยเพียงประมาณ 1 ใน 10 เท่านั้นที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป การที่ผู้สูงอายุมีการศึกษาน้อยน่าจะเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูล บริการด้านสุขภาพและสังคม รวมถึงโอกาสในการทำงานเชิงเศรษฐกิจ ในด้านการมีบุตรนั้นผู้สูงอายุรุ่นปัจจุบันมีน้อยกว่าในอดีต และมีแนวโน้มที่จะอาศัยอยู่กับบุตรน้อยลง อยู่กับคู่สมรสและอยู่ตามลำพังเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลผู้สูงอายุตำบลวังไม้ขอนและตำบลวังพิณพาทย์ย้อนหลัง 5 ปี พ.ศ. 2551-2556 คิดเป็นร้อยละมีดังนี้ คือ 10.53, 10.84, 10.92, 11.66, 14.04, 15.60 คน ตามลำดับโดยมีจำนวนประชากรคิดเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละ 15.60 ของประชากรทั้งหมดซึ่งถือว่าสูงมากกว่าค่าเฉลี่ยประชากรสูงอายุของระดับประเทศ และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ ปัจจุบันตำบลวังไม้ขอนและตำบลวังพิณพาทย์

สาเหตุที่ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่ ตำบลวังวังไม้ขอน เนื่องจากยังไม่พบการ วิจัยในพื้นที่นี้ จึงทำการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้ในครั้งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุในพื้นที่นี้ ในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตความรับผิดชอบ ขององค์การบริหาร ส่วนตำบลวังไม้ขอน อำเภอสุวรรณคโลก จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของ ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, รายได้เฉลี่ยต่อเดือน, โรคประจำตัว,การดื่มสุรา, การสูบบุหรี่,การออกกำลังกาย,การเป็นสมาชิกชมรม, การเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน, การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม/กิจกรรมทางศาสนา, ตำแหน่งทางสังคม, การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ, การตรวจสุขภาพประจำปี, การได้คำแนะนำด้านสุขภาพ, การชื้อยามารับประทานเองเมื่อเจ็บป่วย, มีบุตรหลานดูแล,ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index) ในเขตความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอน อำเภอสุวรรณคโลก จังหวัดสุโขทัย

สมมุติฐานของการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, รายได้เฉลี่ยต่อเดือน, โรคประจำตัว, การดื่มสุรา, การสูบบุหรี่,การออกกำลังกาย, การเป็นสมาชิกชมรม, การเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน, การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม/กิจกรรมทางศาสนา, ตำแหน่งทางสังคม, การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ, การตรวจสุขภาพประจำปี, การได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพ, การชื้อยามารับประทานเองเมื่อเจ็บป่วย,

การมีบุตรหลานดูแล,ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตความรับผิดชอบ ขององค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอน อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบ Cross-sectional survey เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตความรับผิดชอบ ขององค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอนอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

ประชากร

ประชากรที่ทำการศึกษาค้นคว้าได้แก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตความรับผิดชอบ ขององค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอน อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย จำนวน 205 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการกำหนดขนาดของกลุ่มประชากรกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครซี่ และมอร์แกนที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 186 คน แต่เพื่อกันข้อมูล Missing และ กลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการวิจัย จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 10 % จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 205 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นตามสัดส่วนซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยได้เป็นอย่างดี
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
5. มีระดับภาวะสมองปกติโดยจากการคัดกรอง (Screen) ผู้สูงอายุตามแบบประเมินภาวะสมองเสื่อมฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. ต้องการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยระหว่างดำเนินการ
2. มีภาวะเจ็บป่วยกะทันหัน

ตัวแปรที่ศึกษา

ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, รายได้เฉลี่ยต่อเดือน, โรคประจำตัว, การดื่มสุรา, การสูบบุหรี่, การออกกำลังกาย, การเป็นสมาชิกชมรม, การเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน, การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม/กิจกรรมทางศาสนา, ตำแหน่งทางสังคม, การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ, การตรวจสุขภาพประจำปี, การได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพ, การชื่อยามารับประทานเองเมื่อเจ็บป่วย, การมีบุตรหลานดูแล, ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 การเข้าสังคม ส่วนที่ 3 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index) ส่วนที่ 4 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ส่วนที่ 5 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-OLD-THAI) ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.90 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และมีการนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.94

ตารางที่ 1 ระดับคุณภาพชีวิตทั่วไป (WHOQOL-BREF-THAI)

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	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	26-30	61-91	96-130

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD-THAI)

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตระดับไม่ดี	คุณภาพชีวิตระดับกลาง	คุณภาพชีวิตระดับดี
1. ความสามารถทางด้าน การรับรู้	4 - 9	10 - 15	16 - 20
2. ความเป็นตัวของตัวเอง	4 - 9	10 - 15	16 - 20
3. ความสำเร็จและความ คาดหวังในอดีต ปัจจุบัน และ อนาคต	4 - 9	10 - 15	16 - 20
4. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	4 - 9	10 - 15	16 - 20
5. การเผชิญหน้ากับความตาย			
6. การมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก			
คุณภาพชีวิตโดยรวม	24 -56	57 - 89	90 - 100

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index) มี 10 ข้อซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับการพิจารณาและรับรองแล้วเสร็จ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่ จำนวน 2 คน โดยนักวิชาการสาธารณสุข และนักพัฒนาการชุมชน ซึ่งได้รับการอบรม ในการใช้เครื่องมือ และมีความรู้และความเข้าใจ ในการใช้เครื่องมือเป็นอย่างดี
2. ใช้แบบสอบถาม โดยวิธีการสัมภาษณ์ ให้ผู้สูงอายุตอบตามความเป็นจริง ตามคำถามของผู้สัมภาษณ์
3. นำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึง นายอำเภอเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและ ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและความร่วมมือในการทำวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (Sample) 205 คน
4. ทำ Pilot study ในพื้นที่ ที่มีกลุ่มประชากรคล้ายคลึงกัน คือ มีการทดสอบ แบบสัมภาษณ์ ในกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 35 คนในตำบลบางคล้าอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัยซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกับพื้นที่วิจัยจริง

5. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ในพื้นที่วิจัยจริง คือ พื้นที่เขตความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอน อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย ตามวัน เวลาที่ได้นัดหมายต่อไป

6. ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของแบบสอบถามและนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ยื่นขอรับรองการวิจัยในมนุษย์ โดยโครงการเป็นแบบเร่งรัด กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในงานวิจัยจะได้รับการอธิบายอย่างละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์บุคคลที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคนต้องได้รับการลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนทุกรายและบุคคลกลุ่มตัวอย่างสามารถ

นอกจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้โดยจะไม่มีเหตุผลใดๆ ต่อตัวบุคคลกลุ่มตัวอย่าง การรวบรวมข้อมูลและการเสนอข้อมูลจะกระทำอย่างเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนผลการวิจัยจะไม่เสนอเป็นรายชื่อ จะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น และหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะถูกทำลายใน 1 ปี หลังการวิจัยสิ้นสุด

การเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดยแบบสัมภาษณ์ จำนวน 205 คน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์เพียร์สัน โพรดักโมเมนต์ (Pearson's product-moment correlation coefficient) และ สเปียร์แมน (Spearman) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS 17.00

การวิเคราะห์ข้อมูลและผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 55.60 เพศชายร้อยละ 44.40 ซึ่งสอดคล้องกับ Orem, (1980) อ้างถึงใน สุตา ถิ่นมั่น, 2547 เพศเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ช่วงอายุที่พบมากที่สุดอยู่ในช่วง 60-69 รองลงมาคือ 70-79 และน้อยสุด 80 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับ Orem, (1980) อ้างถึงใน สุตา ถิ่นมั่น (2547) อายุเป็นเครื่องบ่งบอกถึงภาวะซึ่งมีอิทธิพล ในการกำหนดความสามารถ ในการดูแลตนเองของบุคคล กล่าวคือ ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลจะค่อยๆ สูงขึ้นตามอายุ และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ศาสนาโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นศาสนาพุทธมากที่สุด ร้อยละ 97.07 สถานภาพส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 67.80 การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 87.80 ด้านอาชีพพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 47.80 รายได้เฉลี่ย ต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ต่อเดือนร้อยละ 78.05 กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากถึง ร้อยละ 63.90 และอันดับ 1 คือความดันร้อยละ 55.12 อันดับ 2 คือ เบาหวานร้อยละ 22.93 อันดับ 3 คือ ไขมัน ร้อยละ 9.27 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรามากถึง ร้อยละ 86.82 การสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างไม่สูบบุหรี่มากถึงร้อยละ 81.46 การออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ออกกำลังกาย 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ร้อยละ 50.24

ส่วนที่ 2 การเข้าสังคม

การเข้าสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าการเป็นสมาชิกชมรมหรือกลุ่มต่างๆ ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็น สมาชิกชมรมหรือกลุ่มต่างๆ ร้อยละ 89.76 การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ใน 1 สัปดาห์ ส่วนใหญ่ไม่ได้ เข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 67.80 การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาใน 1 สัปดาห์ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ร้อยละ 49.76 ตำแหน่งทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งทางสังคมมากถึง ร้อยละ 86.34 การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่ได้รับบริการสุขภาพตามสิทธิ ร้อยละ 95.12 การตรวจสุขภาพประจำปีในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปีมากถึงร้อยละ 80.50 การได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำเป็นประจำมากถึง ร้อยละ 80.49 การซื้อยามารับประทานเองเมื่อเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อยจะซื้อยามาทานเองเป็นบางครั้ง ร้อยละ 70.73 การมีคนดูแล (ญาติ) ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคนดูแล มาถึงร้อยละ 92.68

ส่วนที่ 1 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index)

ตารางที่ 3 แสดงการจำแนกความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

ADL	$\bar{X}$	S.D.	ร้อยละ	กลุ่ม ADL
ผลรวม ADL	19.88	0.501	99.40	99.40

จากตารางที่ 3 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ อยู่ในกลุ่มคิดสังคมทั้งหมด คิดเป็น 100 ละ 100

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI)

ตารางที่ 4 แสดงระดับคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI) ได้แก่ ด้านร่างกาย, ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

คุณภาพชีวิตแยกตามคุณภาพชีวิต รายด้าน	$\bar{X}$	S.D.	ร้อยละ	ระดับคุณภาพชีวิต
ด้านสุขภาพกาย	22.61	3.59	64.60	คุณภาพชีวิตกลาง
ด้านจิตใจ	21.98	2.82	73.26	คุณภาพชีวิตกลาง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	8.79	1.88	58.60	คุณภาพชีวิตกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	28.54	3.67	71.35	คุณภาพชีวิตกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	88.74	10.72	68.26	คุณภาพชีวิตกลาง

จากตารางที่ 4 คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับกลางๆ 68.2 และพบว่าคุณภาพชีวิตแยกตามคุณภาพชีวิตรายด้านทุกข้ออยู่ในระดับคุณภาพชีวิตกลาง



ส่วนที่ 3 ข้อมูลคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-OLD-THAI)

ตารางที่ 5 แสดงระดับคุณภาพชีวิต (WHOQOL-OLD-THAI) แยกตามคุณภาพชีวิตรายด้าน

คุณภาพชีวิตแยกตามคุณภาพชีวิตรายด้าน	$\bar{X}$	S.D.	ร้อยละ	ระดับคุณภาพชีวิต
1.ความสามารถทางด้านการรับรู้	14.68	3.02	73.40	ระดับกลาง
2. ความเป็นตัวของตัวเอง	14.31	1.95	71.55	ระดับกลาง
3.ความสำเร็จและความคาดหวังในอดีต ปัจจุบันและอนาคต	14.91	1.75	74.55	ระดับกลาง
4. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	15.24	1.49	76.20	ระดับดี
5. การเผชิญหน้ากับความตาย	15.97	3.76	79.85	ระดับดี
6.การมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก	14.63	2.01	73.15	ระดับกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	89.74	8.86	74.78	ระดับดี

จากตารางที่ 5 คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 74.78 ส่วนใหญ่พบการเผชิญหน้ากับความตาย อยู่ในระดับดี ร้อยละ 79.85 รองลงมาคือการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 75.20 ต่ำสุดพบความเป็นตัวของตัวเอง 71.55

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การเข้าสังคม และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI)

ตัวแปร	Mean	S.D.	คุณภาพชีวิต WHO-BREF	P-Value
เพศ	1.56	.498	-.112	.110
อายุ	1.44	.621	-.025	.719
ศาสนา	1.05	.309	.091	.194
สถานภาพ	2.22	.522	-.048	.496
การศึกษา	2.07	.533	.115	.101
อาชีพ	2.68	1.658	.197**	.005
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	1.28	.638	.283**	.000
โรคประจำตัว	1.64	.481	-.152*	.030
ดื่มสุรา	1.13	.339	-.011	.878
สูบบุหรี่	1.19	.390	-.095	.177
ออกกำลังกาย	1.98	.822	.043	.541
การเป็นสมาชิกชมรม	1.10	.304	.149*	.033
การเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน	1.44	.722	.129	.065

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ตัวแปร	Mean	S.D.	คุณภาพชีวิต WHO-BREF	P-Value
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม/ศาสนา	2.39	.909	.233**	.001
ตำแหน่งทางสังคม	1.14	.344	.024	.738
การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ	1.95	.216	-.091	.194
การตรวจสุขภาพประจำปี	2.80	.479	.165*	.018
การได้รับคำแนะนำสุขภาพ	2.77	.496	.050	.474
การซื้อยามารับประทานเอง	1.76	.484	.020	.778
การมีบุตรหลานดูแล	1.93	.261	-.038	.588
ADL	19.88	.501	.118	.093

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

จากตารางที่ 6 พบว่า โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ WHOQOL-BREF-THAI) การเป็นสมาชิกชมรม และการตรวจสุขภาพประจำปีมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ WHOQOL-BREF-THAI) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($r = -.152$, $.149$ และ $.165$ ตามลำดับ) และอาชีพ, รายได้เฉลี่ยต่อเดือน, การเข้าร่วมกิจกรรมทางชมรม/ศาสนา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ WHOQOL-BREF-THAI) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ($r = .197$, $.283$ และ $.233$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การเข้าสังคม แลความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD-THAI)

ตัวแปร	Mean	S.D.	คุณภาพชีวิต WHO-OLD	P-Value
เพศ	1.56	.498	-.238**	.001
อายุ	1.44	.621	.013	.855
ศาสนา	1.05	.309	.001	.984
สถานภาพ	2.22	.522	-.008	.915
การศึกษา	2.07	.533	.157*	.025
อาชีพ	2.68	1.658	.222**	.001
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	1.28	.638	.075	.285
โรคประจำตัว	1.64	.481	-.193**	.006
ดื่มสุรา	1.13	.339	.049	.488
สูบบุหรี่	1.19	.390	.057	.418
ออกกำลังกาย	1.98	.822	.048	.494

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ตัวแปร	Mean	S.D.	คุณภาพชีวิต WHO-OLD	P-Value
การเป็นสมาชิกชมรม	1.10	.304	.117	.095
การเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน	1.44	.722	.102	.145
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม/ศาสนา	2.39	.909	.177*	.011
ตำแหน่งทางสังคม	1.14	.344	.176*	.012
การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ	1.95	.216	.087	.217
การตรวจสุขภาพประจำปี	2.80	.479	.088	.213
การได้รับคำแนะนำสุขภาพ	2.77	.496	.014	.843
การซื้อยามารับประทานเอง	1.76	.484	-.021	.767
การมีบุตรหลานดูแล	1.93	.261	.035	.624
ADL	19.88	.501	.124	.076

*p < 0.05, **p < 0.01

จากตารางที่ 7 การศึกษา และตำแหน่งทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD-THAI) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($r = .157$ และ $.176$ ตามลำดับ) และเพศ, โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD-THAI) และอาชีพ, การเข้าร่วมกิจกรรมทางชมรม/ศาสนา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD-THAI) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ($r = -.238, -.193, .222$, และ $.184$ ตามลำดับ)

สรุปผลการวิจัย

ในด้านการศึกษา สอดคล้องกับ การศึกษาของ อารดา ชีระเกียรติกำจร (2554, น.14) พบว่า ถ้าผู้สูงอายุ มีการศึกษาที่สูงมีโอกาสทำให้ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น กล่าวได้ว่าการศึกษามีส่วนช่วยในเรื่องความมั่นคงในชีวิต เพราะการศึกษาที่ดีย่อมทำให้มีอาชีพที่ดี มั่นคง ทำให้ ยามชราไม่ลำบาก ในด้านโรคประจำตัว สอดคล้องกับ การศึกษาของ อารดา ชีระเกียรติกำจร (2554, น.14) พบว่าถ้าผู้สูงอายุ มีรายได้ต่อเดือนเพิ่มขึ้น มีโอกาสทำให้ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ในด้านการเป็นสมาชิกชมรม สอดคล้องกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ (สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, 2552) ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ย่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กระทรวงสาธารณสุข, 2555)กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) มี 10 ข้อซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ในด้านเพศ สอดคล้องกับ Orem, (1980) อ้างถึงใน สุตา ถือนั่น, (2547) เพศ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ในด้านอาชีพ

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ซึ่งสอดคล้องผลงานวิจัยของอารดา ชีระเกียรติกำจร (2554, น.14) พบว่า ถ้าผู้สูงอายุมีรายได้ต่อเดือนเพิ่มขึ้น มีโอกาสทำให้ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอารดา ชีระเกียรติกำจร (2554, น.13) พบว่า ถ้าผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา คือ การได้ฟังเทศน์ ฟังธรรม ทำบุญ ตักบาตร รำไม้พอง ร้องหรือเดินเพื่อสุขภาพ และได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆ มีผลทำให้ชีวิตคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของผู้สูงอายุ อยู่ในกลุ่มติดสังคม และระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) อยู่ในระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 68.26 ส่วนระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-OLD-THAI) อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 74.78 การศึกษา, โรคประจำตัว, การเป็นสมาชิกชมรม, ตำแหน่งทางสังคม, การตรวจสุขภาพประจำปีมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และพบว่า เพศ, อาชีพ, รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม/ศาสนา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ระดับปฏิบัติการ

1. ควรมีแนวทางในการวางแผนกลยุทธ์พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับประเพณี วัฒนธรรม อุดมคติ และ สภาพความเป็นอยู่ในพื้นที่
2. ควรมีแนวทางในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และนำไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อสร้างสรรค์และไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต โดยที่เป็นการร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว รวมทั้งพัฒนาระบบการเงินการคลังสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (long term health care)

ระดับวิชาการ

1. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตความรับผิดชอบ ขององค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอนอำเภอสวรรคโลกจังหวัดสุโขทัย
2. ควรมีแนวทางในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมในพื้นที่ใกล้เคียง และเป็นประโยชน์แก่ผู้สนใจศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตอื่นๆ

ระดับนโยบาย

1. ควรมีแนวทางในการวางแผนนโยบาย และการดำเนินงาน เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้มี สุขภาวะ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสังคมที่เกื้อหนุน ให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า และมีความสุขไม่เป็นปัญหาทางสังคม
2. ควรมีแนวทางในการวางแผน กำหนดกลวิธี และหารูปแบบที่เหมาะสมมาปรับปรุงและพัฒนาทางด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตความรับผิดชอบ ขององค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย
3. ควรมีแนวทางในการกำหนดนโยบายส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรทางศาสนา องค์กรเอกชน และองค์กรสาธารณประโยชน์เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยกระบวนการประชาคม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอนอำเภอสุวรรณภูมิจังหวัดสุโขทัย เพื่อการปฏิบัติและคงไว้สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านบวก และเร่งแก้ไขปัญหาคอนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านลบ ทั้งภาพรวมอำเภอ จังหวัด เขต และระดับประเทศต่อไป
2. ควรศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับบทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อเพิ่มบทบาทและหน้าที่ ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อต้อนรับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ เพื่อลดภาระของภาครัฐ บุคลากรสาธารณสุข และบุคลากรทางการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

- กชกร สังขชาติ. (2536). *ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ*. ชลบุรี: ภาควิชาการศึกษานอกระบบ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เกียรติศักดิ์ พึ่งสมบัติ. (2553). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลโรงช้างอำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร*. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- จิราพร ทองดี. (2557). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เจษฎา บุญทา. (2545). *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลแม่หอพระ อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ชุดิเดช เจียนดอน, นวรัตน์ สุวรรณพ้อง, นวรัตน์ บุญสุขา, และ นพพร ไทวธีระกุล. (2554). *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*. 41 (3), 229-239.

- นิสา เต๋หล่อง. (2556). ผล โปรแกรมการจัดการอาการต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- ประภาพร จินันทุยา. (2536). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบททางสังคมผู้สูงอายุดินแดง.
วิทยานิพนธ์วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2542). นิยามที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 เมษายน 2557,
จาก [http://www. http://haamor.com](http://www.haamor.com)
- ภูริชญา เทพศิริ. (2555). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลทองหลาง อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก.
วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเกริก, กรุงเทพฯ.
- มะสาอุดี บาโด. (2552). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ตำบลจะแนะ
อำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองรัฐศาสตรมหาบัณฑิต.
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2552). มโนทัศน์ใหม่่นิยามผู้สูงอายุ และการขยายอายุเกษียณ.
กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- รัตนภรณ์ สารวิถี. (2553). แนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ขององค์การบริหาร
ส่วนตำบลนาหว่อ. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองรัฐศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
ขอนแก่น.
- ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทาง
สังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2556).
สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2554. กรุงเทพฯ: บริษัทพงษ์พาณิชย์เจริญผลจำกัด.
- วันสนันท์ แสคำ. (2553). การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชุมชนเทศบาล
ตำบลหนองดิ่งอำเภอสарภี จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต,
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ศิรินุช ฉายแสง. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใน จังหวัดอำนาจเจริญ.
วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, อุบลราชธานี.
- ศิริพันธุ์ สาตย์. (2551). การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมศักดิ์ ชุนห์ศรี. (2552). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2550. กรุงเทพฯ: บริษัท ทีคิวพี จำกัด.



- สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. (2539). *สังคมวิทยาภาวะสูงอายุ ความเป็นจริงและการคาดการณ์ในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรกุล เชนอบรม. (2541). *วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: นิชั่นแอคเวอรี่ไทช์กรุ๊ป.
- สุภาภรณ์ สุดหนองบัว. (2557). *เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย. ได้แปลและปรับปรุงไว้ (2550).*
- สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และ วราณิพร มานะรังกุล. (2545). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อยฉบับภาษาไทย*. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2556, จาก <http://www.dmh.go.th/test/>
- อารดา ชีระเกียรติกำจร. (2554). *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่. Veridian E-Journal, Silpakorn University. 4.*
- อัจฉรา นวจินดา. (2534). *ตัวแปรกลางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เอกสารประกอบการเสนอรายงานการวิจัย ธันวาคม 2534*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Banilssa. (2011). Evaluation of the health-related quality of life of Emirati people with diabetes. *World Health Organization*. Retrieved September 6, 2014, from <http://www.who.int/iris/handle/10665/118192>
- De Luca d'Alessandro. (2011). Aging population: the health and quality of life of the elderly. *LaClinicaTerapeutica*. 2011(162), 13-8. Retrieved September 6, 2014, from <http://www.who.int/iris/handle/10665/118192>
- Huali Qin. (2007). Predicting Subjective Quality of Life among Chinese Oldest-old. *Georgia State University*. Retrieved September 6, 2014, from http://scholarworks.gsu.edu/gerontology_theses
- Jan Nilsson. (2005). *Understanding health-related quality of life in old age*. Retrieved September 7, 2014, from <http://www.ki-su-arc.se>
- Josep Geetha. (1999). Impact of leprosy on the quality of life. *The international Journal of Public Health*. 77(6), 515-517. Retrieved September 6, 2014, from <http://www.who.int/iris/handle/10665/56617>
- United Nations. (2013). *World Population Prospects The 2012 Revision*. Retrieved September 6, 2014, from <http://www.who.int>
- World Health Organization. (2002). Ageing and Health. *World Health Organization*. Retrieved September 6, 2014, from <http://www.who.int/iris/handle/10665/7842>
