



คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง
Quality of Life among Older People with Chronic Diseases in Wiset Chai Chan,
Ang Thong Province
กฤตเดช มิ่งไม้*
Krittidech Mingmai

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค จำนวน 186 ราย สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา, การทดสอบไคสแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.9) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พบว่า รายได้สัมพันธ์ภาพในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.172, 0.499$ และ 0.502 ตามลำดับ, $p<0.05$) ผลจากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปวางแผนในการพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และส่งเสริมสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีรายได้ที่เพียงพอ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต / ผู้สูงอายุ / โรคเรื้อรัง

*อาจารย์ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

ABSTRACT

The study was a cross-sectional study aimed to investigate the quality of life and the associated factors of the quality of life among older people with chronic diseases in Wi Set Chai Chan district, Ang Thong province. The samples consisted 186 elderly people with at least one chronic disease recruited by multi-stage random sampling. The data were collected by a structural interview. Data were analyzed by using descriptive statistics, Chi-square test, and Pearson correlation coefficient. The results revealed that 76.9% of the elderly people with chronic diseases had a moderate level of quality of life. Factors associated with the quality of life in elderly people with chronic diseases, it was found that income, family relationship and social support were positively significantly associated to quality of life among elderly people. ($r=0.172$, 0.499 and 0.502 respectively, $p<0.05$). The study finding could be utilized as the baseline data to develop the plan for quality of life and should be promote family relationships and enhance the elderly's income. These recommendations would lead to an improved quality of life among elderly people with chronic diseases.

Keywords : Quality of Life / Older People / Chronic Diseases

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ นั่นคือ ประชากรส่วนใหญ่จะเป็นประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งประเทศไทยของได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จนมาถึงปัจจุบัน จากการรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี พ.ศ. 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 9.4, 10.7 และ 12.2 ในปี พ.ศ. 2545, 2550 และ 2554 ตามลำดับ สำหรับปี พ.ศ. 2557 มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) ในอีก 7 ปีข้างหน้า คาดว่าประชากรผู้สูงอายุจะมีจำนวนมากขึ้นถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557) สาเหตุที่ทำให้ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้นเป็นผลมาจากปัจจัย 2 ประการหลัก ได้แก่ 1) คนไทยนิยมมีบุตรน้อยลง ทำให้อัตราทารกแรกคลอดลดลงเรื่อยๆ 2) การพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุขในช่วงระยะเวลาสามสิบปีที่ผ่านมาทำให้คนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น โดยในปัจจุบันคนไทยมีอายุขัยเฉลี่ย 72 ปี ในเพศชาย และ 78 ปีในเพศหญิง (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559)

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเรื้อรังและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพมากยิ่งขึ้น กระทรวงสาธารณสุข (2556) ได้ให้ความหมาย โรคเรื้อรังไว้ คือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่ติดต่อหรือภาวะที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายตามอายุ ส่วนใหญ่จะไม่มีสาเหตุที่แน่นอน มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง มีระยะเวลาพักตัวของโรครวมถึงระยะเวลาของการดำเนินโรคที่ยาวนาน ไม่ติดต่อโดยทางสัมผัส สามารถทำให้เกิดความพิการหรือการทำงานที่ผิดปกติของร่างกายและรักษาไม่หาย โดยพบว่า อัตราการเสียชีวิตและอัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง เบาหวาน โรคไต หลอดเลือดสมอง โดยแต่ละปีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกโรคอย่างต่อเนื่อง (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2557) ซึ่งโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่ทวีความรุนแรงมากในศตวรรษที่ 21 ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้นก็จะมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น โดยการที่

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะนำไปสู่การมีภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยในหลายระบบ ทั้งร่างกายที่อาจพบว่า ทุพพลภาพ อ่อนแรงและการเปลี่ยนแปลงทางด้านภาพลักษณ์ของผู้ป่วยเอง หรือทางด้านจิตใจ อาจเกิดภาวะ เครียด ซึมเศร้า การขาดความมั่นใจในตนเองหรือความรู้สึกในตนเองลดลง ซึ่งอาจนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ ลดลงได้ จึงจำเป็นต้องเตรียมการรับมือกับจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งการศึกษาคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มที่ปัญหาโรคเรื้อรังจะสามารถใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนเตรียมความพร้อมในการให้ ความช่วยเหลือเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลง ไป เพื่อเป็นการลดการสูญเสียทรัพยากรด้านต่างๆ ในการพัฒนาประเทศโดยเฉพาะทรัพยากรด้านบุคคล องค์การอนามัยโลก ให้ความสำคัญคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตคือ การรับรู้ของบุคคลภายใต้บริบทของ วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิต ความคาดหวังมาตรฐาน และสิ่งที่บุคคลเกี่ยวข้องอยู่อันเป็นผลซับซ้อน มาจากสุขภาพร่างกาย จิตใจ ระดับความเป็นอิสระ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และความเชื่อส่วนบุคคล สำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต Whoqol-Bref-Thai ซึ่งพัฒนาโดย สุวัฒน์ และคนอื่นๆ (2545) ซึ่งเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต Whoqol-Bref-Thai ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย และอัตวิสัย มีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย (Physical Domain) 2) ด้านจิตใจ (Psychological Domain) 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Domain) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีนักวิจัย หลายท่านได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกไปใช้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การศึกษา ของเสกสรร และวงศา (2554) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัด กาฬสินธุ์ และรัชนี และคนอื่นๆ (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใน อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

สำหรับข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ผ่านมา พบว่าปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นใน ผู้สูงอายุคือ เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพไม่ดี ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง การเกิด ภาวะแทรกซ้อน และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี หากผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังสามารถดูแลตนเองได้ และได้รับการ ดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ สมจิตร (2553) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชมรมผู้สูงอายุ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่า การ ดูแลตนเองมีประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพ ทำให้สามารถควบคุมโรคได้ และช่วยส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการศึกษาของสง่า (2555) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ในอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.3) โดยมีคุณภาพชีวิตด้าน สัมพันธภาพทางสังคมสูงกว่าด้านอื่นๆ (ร้อยละ 74.5) ส่วนด้านอื่นๆ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต และ ด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.0, 53.7 และ 64.4 ตามลำดับ ถ้าผู้สูงอายุมีโรค ประจำตัวมีโอกาสทำให้ระดับคุณภาพชีวิตลดลง กล่าวคือหากผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดัน โลหิตสูง หัวใจและอื่นๆ โอกาสที่ผู้สูงอายุจะมีระดับคุณภาพชีวิตลดลงร้อยละ 8.1 และส่งผลต่อการดำเนินชีวิตที่ เปลี่ยนแปลงไป

อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทองมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภาวะสุขภาพการเจ็บป่วย ของผู้สูงอายุมีปัญหการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และจากการสำรวจข้อมูลใน อำเภอวิเศษชัยชาญ โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิเศษชัยชาญในปี พ.ศ. 2559 พบว่า จำนวนประชากร

ผู้สูงอายุมีจำนวนมาก (ร้อยละ 15.2) และนอกจากนี้แล้วส่วนใหญ่ผู้สูงอายุยังมีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมด้วย (ร้อยละ 51.1) จะเห็นว่าปัญหาโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่ทวีความรุนแรงมากในศตวรรษที่ 21 โดยผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อาจส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต ด้านบุคคล ครอบครัวและสังคม ซึ่งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอาจมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่ได้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เนื่องด้วยอายุที่เพิ่มขึ้นและการมีสุขภาพสุขภาพจากโรคเรื้อรังก็ยิ่งทำให้ร่างกายเสื่อมถอยลง ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพได้ง่าย และอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในอำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง และศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยผู้ศึกษาคาดว่าการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนทางการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมและเป็นรูปธรรมมากขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังทั้งหมดในอำเภอวิเศษชัยชาญ จำนวน 6,769 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายเพศหญิง และป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค มีความสนใจเข้าร่วมการศึกษา และสามารถพูดคุยสื่อสารได้ปกติ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2559 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของ Daniel (1995) ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 186 ราย ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน คือ แบ่งกลุ่มอำเภอวิเศษชัยชาญเป็น 15 ตำบล และสุ่มเลือกมา 3 ตำบลจาก 15 ตำบล โดยใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ได้แก่ ตำบลไผ่ ตำบลสีร้อย ตำบลม่วงเตี้ย ตำบลละ 62 คน และสำหรับเครื่องมือที่ใช้ในวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน ที่พักอาศัย โรคประจำตัว ระยะเวลาการป่วย สิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living Index : ADL) ที่พัฒนาโดย สุทธิชัย (2537) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินกิจกรรมขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การรับประทานอาหาร สุขวิทยาส่วนบุคคล การอาบน้ำ การแต่งตัว การขึ้นลงบันได การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การใช้ห้องสุขา การเดิน และการเคลื่อนย้าย โดยมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-20 คะแนน สามารถแปลผลคะแนนได้ดังนี้ 0-8 คะแนน มีความสามารถในการกิจวัตรประจำวันต่ำ 9-11 คะแนน มีความสามารถในการกิจวัตรประจำวันปานกลาง 12-20 คะแนน มีความสามารถในการกิจวัตรประจำวันสูง

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination : TMSE) เป็นแบบคัดกรอง (Screening Test) เพื่อนำไปใช้คัดกรองผู้ที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง (Cognitive Impairment) ของผู้สูงอายุในชุมชนพัฒนาโดย Train the brain Forum Committee (1993) ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อคำถามและคำสั่งให้ปฏิบัติ โดยแบ่งการทดสอบด้านต่างๆ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับรู้เวลาสถานที่ 2) ด้านความจำ 3) ด้านความตั้งใจ 4) ด้านการคำนวณ 5) ด้านความเข้าใจภาษาและการแสดงออกทางภาษา 6) ด้านความระลึกรู้ได้ หากผู้สูงอายุมีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน หมายถึง มีการรู้คิดบกพร่อง (Cognitive Impairment)

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว เครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยจากแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของพวงผกา (2538) ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของไฟรด์แมน (Friedman) และมอร์โรว์และวิลสัน (Morrow & Wilson) เครื่องมือนี้ใช้วัดความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามทางบวกมีจำนวน 12 ข้อ และข้อคำถามทางลบมีจำนวน 3 ข้อโดยคำตอบแต่ละข้อ คำถามมีให้เลือก 3 คำตอบคือ “ใช่” “ไม่แน่ใจ” และ “ไม่ใช่” การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 15-26 คะแนน หมายถึงสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี 27-35 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวปานกลาง และ 36-45 คะแนน สัมพันธภาพในครอบครัวดี

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยประยุกต์มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผสมผสานแนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของ Cobb (1976) และ House (1981) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นแบบวัดชนิดมาตรา 4 ระดับ คือ เป็นประจำ เป็นบางครั้ง นานๆ ครั้ง ไม่เคยเลย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 10-23 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย 24-31 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และ 32-40 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (Whoqol-Bref-Thai) โดย สุนตตรา และคนอื่นๆ (2544) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ มีองค์ประกอบ 4 ด้านคือ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ใช้ประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด เกณฑ์ในการแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 26-60 คะแนน หมายถึง ระดับคุณภาพชีวิตต่ำ คะแนน 61-95 คะแนน หมายถึง ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง และ คะแนน 96-130 คะแนน หมายถึง ระดับคุณภาพชีวิตดี

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้างโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์จำนวน 3 ท่าน ช่วยพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องความครอบคลุมเนื้อหา ให้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษาตลอดจนความเหมาะสมและความชัดเจนของภาษา ที่ใช้เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมก่อนนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีของ Alpha Coefficient ของ Cronbach ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน แบบสัมภาษณ์ทดสอบสภาพสมองของไทย แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว แบบสัมภาษณ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.94, 0.86, 0.91, 0.92 และ 0.88 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาและใช้สถิติ Chi-square test และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ มีจำนวน 186 ราย จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.2 อายุอยู่ระหว่าง 60-93 ปี โดยมีอายุค่าเฉลี่ยเท่ากับ 70.0 ปี (S.D.= 7.65) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) คิดเป็นร้อยละ 47.2 นอกจากนี้ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ (ร้อยละ 49.5) ระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา (ร้อยละ 85.5) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 68.8) มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 91.8) โดยมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 2,892 บาท (S.D.= 1,791.82) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 82.3) รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง, โรคเบาหวาน, โรคหัวใจ, โรคไต และ (ร้อยละ 44.7, 42.0, 8.6 และ 7.5 ตามลำดับ) โดยโรคประจำตัวอยู่ระหว่าง 1-6 โรค เฉลี่ย 2.2 โรค (S.D.=1.00) ซึ่งส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีจำนวนโรคประจำตัวอยู่ระหว่าง 1-2 โรค (ร้อยละ 66.0) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เฉลี่ย 7.46 ปี (S.D.=5.58) ซึ่งส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 69.9) ในส่วนของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีคะแนนอยู่ระหว่าง 6-20 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 19.11 คะแนน (S.D.=1.92) ซึ่งส่วนใหญ่ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 98.1) และการรู้คิดบกพร่อง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 4-30 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 22.41 คะแนน (S.D.= 4.65) ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง ไม่มีการรู้คิดบกพร่อง (ร้อยละ 50.5) และสำหรับข้อมูลด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร คู่สมรส หรือญาติ (ร้อยละ 75.8) มีสิทธิการรักษาบัตรทอง//สิทธิ 30 บาท (ร้อยละ 96.8) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะด้านสุขภาพ และลักษณะด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (n=186)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			โรคประจำตัว		
หญิง	138	74.2	ความดันโลหิตสูง	153	82.3
ชาย	48	25.8	โรคไขมันในเลือดสูง	83	44.7
อายุ (ปี)			โรคเบาหวาน	78	42.0
อายุ 60-69 ปี	88	47.2	โรคหัวใจ	16	8.6
อายุ 70-79 ปี	61	32.7	โรคไต	14	7.5
อายุ 80 ปีขึ้นไป	37	20.1	จำนวนโรครวม		
สถานภาพสมรส			1-2 โรค	105	56.5
หม้าย/หย่า/แยก	92	49.5	3-4 โรค	60	32.2
สมรส	75	40.3	≥ 5 โรค	21	11.3
โสด	19	10.2	จำนวนปีที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง		
ระดับการศึกษา			1-2 ปี	20	10.7
ไม่ได้รับการศึกษา	23	12.4	3-4 ปี	36	19.4
ประถมศึกษา	159	85.5	≥ 5 ปี	130	69.9
มัธยมศึกษา	4	2.1			

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ			ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	128	68.8	ต่ำ (0-4 คะแนน)	0	0.0
เกษตรกรกรม	38	20.4	ปานกลาง (5-11คะแนน)	3	1.9
ลูกจ้าง/พนักงานทั่วไป	10	5.4	ดี (≥ 12 คะแนนขึ้นไป)	156	98.1
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	10	5.4	การรู้คิดบกพร่อง		
รายได้			การรู้คิดปกติ (TMSE $\geq$ 23)	94	50.5
น้อยกว่า 5,000	171	91.8	การรู้คิดบกพร่อง (TMSE<23)	92	49.5
5,000-15,000	14	7.7	สิทธิการรักษา		
มากกว่า 15,000	1	0.5	บัตรทอง/สิทธิ 30 บาท	180	96.8
ลักษณะที่พักอาศัย			ประกันสังคม	4	2.2
อยู่กับบุตร คู่สมรสญาติ	141	75.8	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	1.0
อยู่คนเดียว	45	24.2	ความเพียงพอของรายได้		
			ไม่เพียงพอ	114	61.3
			เพียงพอ	72	38.7

จากการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ในอำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดอ่างทอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับของคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.9) โดยคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ระหว่าง 63-105 คะแนน ซึ่งมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย 88.66 คะแนน (S.D.=8.17) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเป็นรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และ ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 92.4, 83.3, 76.9 และ 54.8 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านและระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในอำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดอ่างทอง (n=186)

องค์ประกอบของ คุณภาพชีวิต	ระดับของคุณภาพชีวิต		
	ต่ำ (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	สูง (ร้อยละ)
ด้านสุขภาพกาย	2 (1.1)	172 (92.4)	12 (6.5)
ด้านจิตใจ	3 (1.6)	155 (83.3)	28 (15.1)
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	4 (2.2)	143 (76.9)	39 (20.9)
ด้านสิ่งแวดล้อม	0 (0.0)	102 (54.8)	84 (45.2)
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0 (0.0)	143 (76.9)	43 (23.1)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า รายได้สัมพันธ์ภาพในครอบครัว และ แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.172, 0.499$ และ 0.502 ตามลำดับ, $p<0.05$) ดังตารางที่ 3

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง พบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.9) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และ ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 92.4, 83.3, 76.9 และ 54.8 ตามลำดับ) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 82.3) รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง, โรคเบาหวาน, โรคหัวใจ, โรคไต และ (ร้อยละ 44.7, 42.0, 8.6 และ 7.5 ตามลำดับ) และการมีอายุที่เพิ่มขึ้นร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้น้อยลง รวมทั้งโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดต้องใช้เวลานานและต่อเนื่องและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ส่งผลให้ผู้สูงอายุอาจมีคุณภาพชีวิตลดลงได้ จากการศึกษาในส่วนใหญ่มียาอยู่ในช่วง 60-69 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่เริ่มเจ็บป่วยจึงยังมีสุขภาพค่อนข้างดี มีสิทธิ 30 บาท/สิทธิบัตรทองในการรักษาโรคร้อยละ 96.8 นอกจากนี้ ร้อยละ 95.0 มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับดีมาก จึงมีคนในครอบครัวคอยดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่ และทำให้รู้สึกปลอดภัยและมีความมั่นคงในชีวิต จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของมูทิตา (2558) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังประมาณครึ่งหนึ่งมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 52.2) และเนตรชนก (2552) ศึกษาคุณภาพชีวิตที่มีโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.1 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 68.4 การจ่ายค่ารักษาใช้บัตรทอง ร้อยละ 64.5 จึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจในการดำรงชีวิตและมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร และคนอื่นๆ (2554) ศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนใต้ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุตอนต้นซึ่งยังมีสุขภาพดี ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้เกิดความพึงพอใจในความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ดูแลตนเองและประกอบอาชีพได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังใน
อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง (n= 186)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิต	
	Pearson' s Correlation (r)/X ²	p-value
เพศ	2.122	0.276 ^a
อายุ (ปี)	0.107	0.177
สถานภาพสมรส	3.411	0.469 ^a
รายได้	0.172	0.030*
จำนวนโรคประจำตัว (โรค)	0.033	0.679
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง (ปี)	0.063	0.433
การรู้คิดบกพร่อง (Cognitive Impairment)	0.441	0.077
ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน	-0.025	0.758
สัมพันธภาพในครอบครัว	0.499	<0.001*
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.502	<0.001*
ลักษณะการพักอาศัย	2.002	0.911 ^a

* p-value< 0.05 และ a เท่ากับ Chi-square test

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังกับปัจจัยต่างๆ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.172$, $p=0.030$) โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย สามารถอธิบายได้ว่า รายได้มีผลต่อคุณภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเนื่องจาก รายได้เป็นสิ่งเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งบริการ และแหล่งประโยชน์ต่างๆ และสามารถจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิต ไม่ว่าจะเป็นอาหารที่มีประโยชน์ การรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่อตนเอง ดังนั้นรายได้จึงเป็นปัจจัยที่ช่วยลดปัญหาสุขภาพและช่วยยกระดับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ และตอบสนองตามความต้องการได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศิรินทพย์ (2554) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเจ้า 100 ปี เมืองยาง อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีรายได้สูงมีคุณภาพชีวิตแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย และการศึกษาของมูทิตา (2558) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังยังมีรายได้ที่สูงเพียงพอกับความจำเป็นในการใช้จ่ายต่างๆ ก็จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มีรายได้น้อยและไม่เพียงพอ สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.499$, $p=<0.001$) สามารถอธิบายได้ว่า สัมพันธภาพครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่แสดงถึงความรัก ความห่วงใย ความเคารพยกย่อง และให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ก่อให้เกิดการเกื้อกูลและการช่วยเหลือซึ่งกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยผลการศึกษารัชนี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับมาก ร้อยละ 95.0 ซึ่งการมีสัมพันธภาพครอบครัวที่ดี จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัว สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของมูทิตา (2558) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และการศึกษาของอารดา (2554) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ถ้าผู้สูงอายุมีบุตรหลานให้การดูแลเลี้ยงดู มีโอกาสทำให้ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสูงขึ้น เมื่อพิจารณาผลกระทบที่มีต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า หากผู้สูงอายุมีบุตรหลานให้การดูแลเลี้ยงดู โอกาสที่ผู้สูงอายุจะมีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.2 กล่าวคือ การมีบุตรหลานคอยดูแล คอยรับฟังปัญหาต่างๆ มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจและมีความสุข จึงทำให้ระดับคุณภาพชีวิตดีขึ้นตามด้วย

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.502$, $p<0.001$) สามารถอธิบายได้ว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทมากเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ความช่วยเหลือสนับสนุนด้านการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง ทั้งค่าใช้จ่าย การเดินทาง การได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือการส่งเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงทำให้ลดบทบาทปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานและรัฐบาล ส่งผลให้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีผลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง (จิราพร และคนอื่นๆ, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของนิธญา และชนกพร (2555) ศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์สูงกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นสิ่งที่บุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยมักจะคาดหวังหรือต้องการได้รับการดูแล เนื่องจากสภาวะในขณะที่เจ็บป่วยนั้นอยู่ในระยะพึ่งพา ไม่ว่าจะเป็นด้านแรงงาน ด้านการเงิน หรือแม้แต่ด้านจิตใจ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้ และส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นตามด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ เจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครสาธารณสุข ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง ที่ให้ข้อมูลพื้นฐานของการศึกษาและนำไปเก็บแบบสัมภาษณ์ และผู้สูงอายุในอำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- จิราพร ทองดี, ดาราวรรณ ร่องเมือง และฉันทนา นาคฉัตรีย์. (2558). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนใต้. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 22(3), 88-99.
- นิตยา ฤทธิ์เพชร และชนกพร จิตปัญญา. (2555). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจ: การสังเคราะห์งานวิจัยในประเทศไทย. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 23(2), 4-16.
- เนตรชนก แก้วจันทา. (2552). คุณภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 32(3), 29-38.
- พวงผกา ชื่นแสงเนตร. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจในชีวิต ของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เขตพื้นที่พัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลตะวันตก จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มุทิตา วรรณชาติ. (2558). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, (ฉบับพิเศษ), 18-29.
- โรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, สำนัก. (2557). ANNUAL REPORT 2013 : Bureau of Non-Communicable Disease รายงานประจำปี 2556. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัยในพระบรมราชูปถัมภ์.
- วิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบัน. (2559). ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2559. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล, 25(1), 1-2.
- ศิรินทิพย์ โคนสันเทียะ. (2554). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้า 100 ปี เมืองยาง อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 17(1), 32-44.
- สง่า สงครามภักดี. (2555). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 9(1), 38-46.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, มูลนิธิ. (2558). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2557. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. (2558). รายงานประชากรสูงอายุของไทย พ.ศ.2557. กรุงเทพฯ : เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- สาธารณสุข, กระทรวง. (2556). รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. กรุงเทพฯ : วชิรินทร์ พี.พี.
- สุนุดตรา ตะบูนพงศ์ และคนอื่นๆ. (2544). การประเมินคุณสมบัติแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลกในกลุ่มผู้สูงอายุไทย. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2(2), 6-12.
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. (2537). คุณค่าและการวิเคราะห์ปัจจัยของเจริญทรัพย์ดีเปรสชันสเกลในผู้สูงอายุไทย. จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 7, 383-389.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคนอื่นๆ. (2545). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI). กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- เสกสรร หีบแก้ว และวงศา เลหาศิริวงศ์. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 4(1), 22-36.

- สมจิตร วงศ์บรรเจิดแสง. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชมรมผู้สูงอายุศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**, 18(4), 64-77.
- อารดา ชีระเกียรติกำจร. (2554). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. **Veridian E-Journal, Silpakorn University**, 48, 1-19.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine Journal**, 38(5), 300-314.
- Daniel, W.W. (1995). **Biostatistics : A foundation for analysis in the health sciences**. New York : Wiley & Sons.
- House, J.S. (1981). **Work stress and social support**. U.S.A : Addison-Wesley.
- Train the brain Forum Committee. (1993). Thai Mental State Examination. **Siriraj Medical Journal**, 45, 359-374.