

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบึงคำพร้อย หมู่ 11 อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี

Personal Factors related with Quality of Life among the Elderly with Chronic Non - Communicable Diseases in the Health Promoting Hospital. Bueng KhamPhroi Tambon, Moo 11, Lumlukka District, Pathumthanee Province.

ชื่อผู้วิจัย

เสาวณีย์ ระพีพรกุล

อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วัชรพล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ดังนี้ 1) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังที่มาใช้บริการที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงคำพร้อย หมู่ 11 อ.ภอล ลูกลกา จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 120 คน สามารถพูดคุยสื่อสารได้ ไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด และเป็นผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบึงคำพร้อย หมู่ 11 อ.ภอล ลูกลกา จังหวัดปทุมธานี ผู้วิจัยใช้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (World Health Organization Quality of Life - BRIEF : WHOQOL-BREF-THAI) แบ่งเป็นข้อค าทม 2 แบบคือ แบบ ภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) ประกอบด้วยองค์ประกอบ ของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้คือ ด้านร่างกาย (physical domain), ด้านจิตใจ (psychological domain), ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (environment) วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคลเกี่ยวกับ เพศ สถานภาพ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพการอยู่อาศัย และระดับการศึกษาด้วย Chi-Square ส่วนปัจจัยด้านอายุและรายได้ ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ที่ระดับนัยส าคัญ .05

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงคำพร้อย หมู่ 11 อ.ภอล ลูกลกา จังหวัดปทุมธานี ในเดือนกุมภาพันธ์ 2560 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 74.2 โดยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย, ด้านจิตใจ ,ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม และด้าน สิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 87.5, 74.2 , 60.8 และ 52.5 ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลเฉพาะด้านรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยส าคัญที่ 0.008 และด้านความเพียงพอของรายได้ที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยส าคัญที่ 0.003 ส่วนปัจจัยด้าน เพศ สถานภาพการสมรส สถานภาพการอยู่อาศัย และระดับการศึกษามีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ในระดับน้อย และ อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยส าคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, โรคติดต่อไม่เรื้อรัง, คุณภาพชีวิต

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study the level of quality of life and personal factors related with quality of life among the elderly with chronic non - communicable diseases in the Health Promoting Hospital at Tambon Bueng KhamPhroi, Moo 11, Lumlukka District, Pathumthanee Province in February 2017. The sample group consisted of 1 2 0 elderly who volunteered to participate in this study. All of them were 60 years old or more and had at least one of non chronic communicable diseases, who had ability with good communications and had no cognitive impairment. The research instruments included the personal data record and questionnaires of the World Health Organization Quality of Life Brief – Thai (WHOQOL-BREF-THAI). The descriptive statistics were used in the data analysis . The Chi-Square and Spearman' s rho analysis were used to analyze the relation between the personal factors and the quality of life among the elderly.

The results of the study were revealed that over all quality of life of the among was at the moderate level (79.2%). The scores of the quality of life of physical domain, social relationship and environmental also were at the moderate level with 71.7% , 60.8 % and 52.5% , respectively. But the psychological domain was at the high level with 54.2% . In addition the study found that only income and sufficiency had related with quality of life among the elderly. The other personal factors including gender, age, marital status , living status and educational level had a little effected with the quality of life among the elderly.

The study findings could be utilized as the data for this hospital or responsible institutes to develop the plan for improving the quality of life of the elderly. Furthermore, the findings could be used in database to the government for developing the public policy for the elderly in the future.

Keywords : Elderly Quality of life Chronic non - communicable diseases

บทนำ

สถานการณ์สังคมไทยในปัจจุบัน ประชากรผู้สูงอายุซึ่งหมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปมีจำนวนมาก อีกทั้งแนวโน้มในอนาคตประเทศไทยจะเพิ่มมากขึ้น โดยจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 4 ครั้งที่ผ่านมาพบว่าประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็น ร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 ร้อยละ 10.7 ร้อยละ 12.2 ในปี 2545 2550 2554 ตามลำดับ ผลการสำรวจปี 2557 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด (ชายร้อยละ 13.8 และหญิงร้อยละ 16.1) จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 10,014,699 คน เป็นชาย 4,514,812 และ หญิง 5,499,887 คน หรือคิดเป็นชายร้อยละ 45.1 และหญิงร้อยละ 54.9 ของผู้สูงอายุทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย.พ.ศ.2557:1) จะเห็นได้ว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ สถานการณ์ดังกล่าวนี้ทำให้ปีพ.ศ.2552 เป็นปีที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ(Aging Society) อย่างสมบูรณ์ซึ่งหมายถึงประเทศไทยมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ10ของประชากรทั้งหมด วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกายเสื่อมถอยลงท ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่ง(ร้อยละ54.9) มีโรคเรื้อรัง/ประจำตัวเป็นผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย (ผู้สูงอายุชายร้อยละ21.3หญิงร้อยละ33.6) แนวโน้มการเกิดโรคเรื้อรัง/ประจำตัวของผู้สูงอายุเมื่ออายุมากขึ้นจะเกิดโรค

มากขึ้น สำหรับแนวโน้มการเกิดโรคเรื้อรัง/ประจํา ทั่ว3 ระดับแกระหว่างพ.ศ.2546-2552ได้แก่ โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคของต่อมไร้ท่อและโรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก และข้อ โดยโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคของ ต่อมไร้ท่อมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (วิพรรณ ประจวบเหมาะและ ศิริวรรณ ศิริบุญ 2552 :45) มีรายงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุทั่วโลกพบว่าร้อยละ70 ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค สอดคล้องกับการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่าผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปีขึ้นไป ประมาณร้อยละ 80 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และประมาณร้อยละ50 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 2 โรคนอกจากนี้ ยังพบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของปัญหาสุขภาพจิตใน ผู้สูงอายุ เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียดและความวิตกกังวล สำหรับประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเรื้อรังมากกว่าครึ่ง คิดเป็นร้อยละ 54.9 และจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2546-2552 พบว่าโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเป็นมาก 3 ลำดับแรกคือ โรคหัวใจและ หลอดเลือด โรคของต่อมไร้ท่อ โรคระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ โดยโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคของต่อมไร้ท่อมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และความชุกของโรคเรื้อรังจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น โดยร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นมีโรคเรื้อรังหลายโรค ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพหรือภาวะโรคเรื้อรังทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (จีราพร ทองดี ดาราวรรณ รองเมือง และ ฉันทนา นาคฉัตรีย์ : 90) โอเรม (Orem 1985 : 179) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความผาสุก ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ความพึงพอใจ ความเป็นสุขภายในจิตใจ (รัตนาวดี จุละยานนท์.2545: 90-91) Thomas More กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่อปัจจัยพื้นฐานในการด ชงชีวิต เช่น ที่อยู่อาศัย สุขภาพที่แข็งแรง ปราศจากโรคซึ่งเป็นการมองความต้องการของบุคคลเพียงด้านวัตถุ (objective or physical aspects) โดยไม่คำนึงถึงจิตวิญญาณและสังคม เนื่องจากเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีความต้องการปัจจัยพื้นฐานการดำรงชีวิตตามทฤษฎีของ Maslow ในเรื่องความต้องการปัจจัยพื้นฐาน (basic needs) (ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา.2559 : 174-175) องค์การอนามัยโลก ได้พัฒนากรอบคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ใช้ชื่อว่า “global concept of quality of life” โดยได้ให้ค าจกัดความของคุณภาพชีวิตว่า “คุณภาพชีวิต คือการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตของตน ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมายของระบบในสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่และสัมพันธ์กับเป้าหมายความคาดหวัง มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวความคิดที่กว้างเต็มไปด้วยความซับซ้อน ครอบคลุมในประเด็นสุขภาพร่างกายของแต่ละคน สภาพจิตใจ ระดับของความอิสระ สัมพันธภาพทางสังคม ความเชื่อ และความสัมพันธ์ที่มีต่อสภาพแวดล้อม”(The WHO Group. 1995; 41: 1403-9.) ในประเทศไทยได้้น เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตจากองค์การอนามัยโลกมาปรับปรุงและพัฒนาเพื่อให้เหมาะสมกับประชากรไทยโดยแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกาย ของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย สุขสบาย 2).ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง ภาพลักษณ์ของตนเอง ความภาคภูมิใจและความมั่นใจในตนเอง ความคิด ความจ าคความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองและผู้อื่น การที่ได้รับความช่วยเหลือและการได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นในสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม(environment) คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต ได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆการรับรู้ว่ตนได้มีกิจกรรมนันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ,2540) กระทรวง

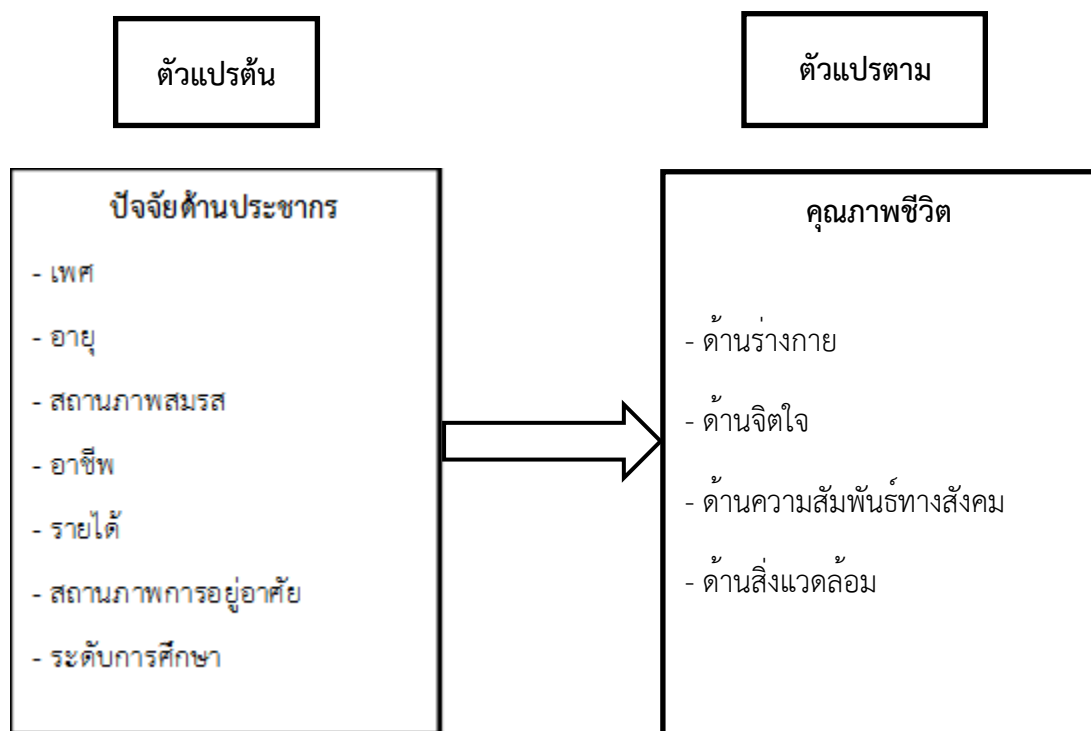
การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เห็นว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นเรื่องสำคัญต่อความมั่นคงและการพัฒนาของประเทศ จึงมีนโยบายผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เขามารับผิดชอบงานด้านการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพและคุ้มครองผู้สูงอายุในชุมชนของตนอย่างเป็นระบบ เนื่องจากมีบทบาทหน้าที่ตามกฎหมาย มีงบประมาณ และสามารถเป็นแกนหลักในการดึงพลังสมาชิกในชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ร่วมผนึกกำลังกันทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ (นายสุ ธนธิตี และกนิษฐา จ าวงษ์สวัสดิ์.2558; 57)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงค พรอยหมู่ 11 เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิเดียวรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพประชาชนที่อาศัยอยู่ในหมู่ 4,6,11,17,18,19 ในอำเภอลาดกุงกาจังหวัดปทุมธานีและพบว่าปัญหา สุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้แก่โรคจากการประกอบอาชีพ โรคไม่ติดต่อ อุบัติเหตุทางบก และโรคพันธุ ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบมีจำนวนมากถึง 2,125 คนพบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพกายที่เกิดจากโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุของไทย (WHOQOL- BREF - THAI) ในการประเมินผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหมู่ 11 ตำบลบึงคพรอยมีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไรและมีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เพื่อวางแผนการดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงค พรอยหมู่ 11 อำเภอลาดกุงกา จังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงค พройหมู่ 11 อำเภอลาดกุงกา จังหวัดปทุมธานี

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบัว อำเภอหนองบัวลำภู อเภอภูพาน จังหวัดบึงกาฬ ในปี 2560 คำนวณขนาดตัวอย่างจากข้อมูลประชากร คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้สูตร(ศูนย์วิทยุการวิจัยแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 \alpha/2 PQ}{d^2}$$

Population (N) =	200
Proportion (p) =	0.56
Error (d) =	.1
Alpha (α) =	0.05
Sample size (n) =	114

จากการคำนวณจากสูตร ท ให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 114 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลจากกลุ่มประชากร โดยเก็บเพิ่มไว้ร้อยละ 5 เพื่อป้องกันความผิดพลาดอาจเกิดขึ้นจากกรณีต่างๆ เช่น กรณี ผู้ยินยอมตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนจึงเก็บข้อมูลเป็นจำนวน 120 คน ดังนั้นในการวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่อาศัยอยู่ในตำบลบึงบัว อำเภอหนองบัวลำภู ออำเภอภูพาน จังหวัดบึงกาฬ
2. เป็นผู้ที่สามารถพูดคุยสื่อสารได้ดี ไม่มีความบกพร่องทางการได้ยินและการมองเห็น
3. ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยผู้วิจัยได้ดัดแปลงและพัฒนาตามกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในการประเมินผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส ที่อยู่ อาชีพ/การทำงานในปัจจุบัน รายได้ สถานภาพการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยชุดย่อ (World Health Organization Quality of Life-BRIEF : WHOQOL-BREF-THAI)

โดยให้ผู้สูงอายุตอบคำถามในกระดาษคำตอบด้วยตนเองแบบวัดนี้โดยคำถามจะมี 26 ข้อ มีคะแนนรวมระหว่าง 26 - 130 คะแนน

การแปลผล

โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้
คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ
คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและศึกษาเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในการประเมินผู้สูงอายุที่ผ่านมาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัย นำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สุขภาพกาย สุขภาพสังคมไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านแล้วนำไปคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item object congruence) มีค่าเท่ากับ .76 แล้วนำเสนอแนะทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไขและตรวจสอบข้อบกพร่องกับผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้งเพื่อให้มีความสมบูรณ์และชัดเจนก่อนนำไปทดลองใช้ โดยน ไปทดสอบหาความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่อยู่ในชุมชนแห่งหนึ่งจำนวน 30 ราย แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .67

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบวัดแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยชุดย่อ (World Health Organization Quality of Life-BRIEF : WHOQOL-BREF-THAI) ไปทดสอบหาความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่อยู่ในชุมชนแห่งหนึ่ง จำนวน 30 รายแล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .70

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มประชากร

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มประชากรโดยการนำโครงการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรม มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงานการเก็บข้อมูลในการวิจัยและลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทาหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ วัชรพล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ถึงสาธารณสุข อ าเภอ ลูคา เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงค พรอยหมู่ 11 เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนการวิจัยการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป,แบบ สอบถามสุขภาพกาย,แบบสอบถามสุขภาพสังคม,และแบบวัดคุณภาพชีวิต(WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วยข้อ ค ำถาม 26 ข้อ แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งอธิบายและตอบค ำถามอย่างละเอียด

4. กรณีกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเรื่องสายตา ไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังแล้วให้ตอบค ำถาม ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที

5. หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่พร้อมหรือรู้สึกล้า บกทใจในการตอบแบบสอบถามสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยซักถามเพิ่มเติม

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความความสมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบสอบถามทุกชุดจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาประมวล จัดระเบียบข้อมูล ลงรหัส และนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการหา จำนวน ร้อยละ

2. ใช้สถิติวิเคราะห์ (Analysis statistic) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคลเกี่ยวกับ เพศ สถานภาพ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพการอยู่อาศัย และระดับการศึกษาด้วย Chi-Square ส่วนปัจจัยด้านอายุและรายได้ ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สถานภาพการอยู่อาศัย และระดับการศึกษา

(n= 120)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ	ชาย	25	20.8
	หญิง	95	79.8
อายุ (ปี)	60-69 ปี	74	61.7
	70-79 ปี	38	31.6
	80 ปี ขึ้นไป	8	6.7
ศาสนา	พุทธ	117	97.5
	อิสลาม	2	1.7
	คริสต์	1	0.8
สถานภาพสมรส	โสด	9	7.5
	คู่	59	49.2
	หม้าย	42	35.0
	หย่า / แยก	10	8.3
รายได้	< 1,000 บาท	51	42.5
	1,000 – 5,000 บาท	49	40.8
	5,001 – 9,999 บาท	6	5.0
	>10,000 บาทขึ้นไป	14	11.7
ความเพียงพอของรายได้	เพียงพอ	66	55.0
	ไม่เพียงพอ	54	45.0

สถานภาพการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา	อยู่คนเดียว	10	8.3
	อยู่กับคู่สมรส	43	35.8
	อยู่กับบุตรหลาน	65	54.2
	ไม่ได้ศึกษา	10	8.3
	ประถมศึกษา	85	70.8
	มัธยมศึกษา	16	13.3
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	8	6.7
	อื่นๆ	1	0.8

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สถานภาพการอยู่อาศัย และระดับการศึกษา ดังนี้

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 79.2 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 20.8 อายุที่พบส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 61.7 รองลงมาอายุ 70 - 79 ปี ร้อยละ 31.7 และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 6.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.5 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 1.7 และศาสนาคริสต์ร้อยละ 0.8 โดยมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 49.2 รองลงมาเป็นสถานภาพหม้าย ร้อยละ 35.0 โสด ร้อยละ 7.5 ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน/ทำงานบ้าน ร้อยละ 85.0 รองลงมาคือทำธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 5.8 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 45.0 รองลงมา มีรายได้ 1,001-5,000 บาท ร้อยละ 35.8 และเพียงพอ ร้อยละ 55.0 ส่วนใหญ่อยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 54.2 รองลงมาอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 5.8 และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.8 รองลงมาคือมัธยมศึกษา ร้อยละ 13.3

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 จ าแนก ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง

คะแนนรวม	จ าแนก	ร้อยละ	คุณภาพชีวิต
26 - 60	0	0	คุณภาพชีวิตไม่ดี
61 - 95	89	74.2	คุณภาพชีวิตปานกลาง
96 - 130	31	25.8	คุณภาพชีวิตดี

จากตารางที่ 2 คุณภาพชีวิตโดยรวมในผู้สูงอายุ ดังนี้

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 74.2 และอีกร้อยละ 25.8 มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ แยกรายด้านเป็น ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม และ ด้านสิ่งแวดล้อม กับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิต ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

(n= 120)

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตไม่ดี		คุณภาพชีวิตปานกลาง		คุณภาพชีวิตที่ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.ด้านสุขภาพกาย	-	-	105	87.5	15	12.5
2.ด้านจิตใจ	3	2.5	89	74.2	28	23.3
3.ด้านสัมพันธ์ทางสังคม	18	15.0	73	60.8	21	17.5
4.ด้านสิ่งแวดล้อม	3	2.5	63	52.5	54	45
คุณภาพชีวิตโดยรวม	-	-	89	74.2	31	25.8

จากตารางที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแยกตามองค์ประกอบ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม และ ด้านสิ่งแวดล้อม กับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ ดังนี้

ภาวะทางสุขภาพกายส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตปานกลางร้อยละ 87.5 และมีคุณภาพชีวิตดีร้อยละ 12.5 ส่วนด้านจิตใจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตปานกลางร้อยละ 74.2 รองลงมาคุณภาพชีวิตดีร้อยละ 23.3 ส่วนด้านสัมพันธ์ทางสังคมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตปานกลางร้อยละ 60.8 รองลงมาคุณภาพชีวิตที่ดีร้อยละ 17.5 และด้านสิ่งแวดล้อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตปานกลางร้อยละ 52.5 รองลงมาคุณภาพชีวิตที่ดีร้อยละ 45.0

ส่วนที่ 3 ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา สุขภาพกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4 ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n=120)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต						Chi-Square	df	P-value
	ไม่ดี		ปานกลาง		ดี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
- เพศ ชาย	1	4.0	20	80.0	4	16.0	.013	2	0.99
หญิง	4	4.2	75	78.9	16	16.8			
- สถานภาพ โสด	0	0	8	88.9	1	11.1	8.138	6	0.23
คู่	1	1.7	48	81.3	10	16.9			
หม้าย	2	4.8	33	78.6	7	16.6			
หย่า/แยก	2	20.0	6	60.0	2	20.0			
-ความเพียงพอของรายได้									
เพียงพอ	-	-	50	75.8	16	24.2	11.377	2	0.003*

ไม่เพียงพอ	5	9.2	45	83.3	4	7.4			
-สถานภาพการอยู่อาศัย									
อยู่คนเดียว	2	20.0	6	60.0	2	20.0	7.393	4	0.12
อยู่กับคู่สมรส	1	2.3	36	83.7	6	14.0			
อยู่กับบุตรหลาน	2	3.0	51	78.5	12	18.5			
-ระดับการศึกษา									
ไม่ได้ศึกษา	1	10.0	5	50.0	4	40.0	10.991	6	0.09
ประถมศึกษา	3	3.5	73	85.9	9	10.6			
มัธยมศึกษา	1	6.2	10	62.5	5	31.3			
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า -		-	6	75.0	2	25.0			

*P < .05

จากตาราง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแยกตาม เพศ สถานภาพการสมรส ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพการอยู่อาศัย และ ระดับการศึกษา ดังนี้

เพศ สถานภาพการสมรส สถานภาพการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยส าคัญทางสถิติ (P-value = 0.99, 0.23, 0.12 และ 0.09 9 ตามล าดับ) ส่วนความเพียงพอของรายได้มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยส าคัญทางสถิติ (P-value = 0.00)

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ และรายได้ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n=120)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต	
	r	Sig
อายุ	0.005	0.96
รายได้	0.240**	0.01

จากตารางพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยส าคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยส าคัญที่ 0.008

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าด้านปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้ และ ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสาคัญทางสถิติที่ .05 สอดคล้องกับ ธาริน สุขอนันต์ และคณะ (2554) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวนจังหวัดชลบุรีพบว่ารายได้มากและเพียงพอในการด ังชีวิตประจ ังนี้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยส าคัญทางสถิติ (p < 0.05) และ กาญจนา ปัญญาธร (2555) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี พบว่า ผู้สูงอายุมีรายได้ประจ าทูเดือนและมีเงินใช้จ่ายเพียงพอต่อการด ังชีวิตระดับปานกลาง ทั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่าเนื่องจากการมีรายได้และรายได้ที่เพียงพอเป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญในชีวิตที่จะทำให้สามารถน ามเป็นค่าใช้จ่ายต่างๆในการด ังชีพ และสามารถตอบสนองความต้องการตามที่ตนเองปรารถนา เช่นการท านุญสืบตระกูลตามวิถีชาวพุทธ หรือให้ลูกหลานในโอกาสพิเศษต่างๆตามลักษณะวัฒนธรรมไทย ซึ่งหากผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพหรือมีรายได้น้อยไม่เพียงพอต่อ

ค่าใช้จ่าย ซึ่งเป็นภาระต่อลูกหลานหรือผู้อื่น ทำให้มีความรู้สึกต่อสถานะทางเศรษฐกิจไม่ดีไม่สามารถตอบสนองความต้องการต่างๆได้อย่างเต็มที่ จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยิ่ง

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดแนวทางส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุดังต่อไปนี้

1. จัดโครงการในการให้ความรู้ต่างๆในชุมชนเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยความร่วมมือของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล เน้นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง โดยการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับแต่ละโรค เช่น การให้ความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแนวทางในการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ เพื่อลดหรือชะลอการดำเนินโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เรื่อง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรงและช่วยเหลือตนเองได้และมีอายุยืนยาวต่อไป

2. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าไปมีบทบาทในกิจกรรมต่างๆในชุมชนและสังคมให้มากขึ้น โดยเน้นบทบาทในด้านการถ่ายทอดภูมิปัญญาและประสบการณ์ที่มีอยู่ไปสู่คนรุ่นหลังเพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้สูงอายุ เป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจ

บรรณานุกรม

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557. กรุงเทพฯ : บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2557:1.

วิพรรณ ประจวบเหมาะและ ศิริวรรณ ศิริบุญ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552 :45.

จีราพร ทองดี ดาราวรรณ ร่องเมือง และ ฉันทนา นาคฉัตรีย์.ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏรธานี วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2556 : 89,90.

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554 ; 71,99.

รัตนาวดี จุละยานนท์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน : กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครชัยศรี วิทยาลัยพยาบาลศรีนครินทร์ ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร ปีการศึกษา 2545.

ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา.กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ภาควิชาการกิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่.

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ : เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด, โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ; 2540.

ธนาอุส ธนธิตี และกนิษฐา จาบุญสวัสดิ์.การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเตย อ.ท่าสามพราน จังหวัดนครปฐม วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ ปีที่ 35 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2558; 57.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ : มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคม และสุขภาพ. : บริษัท โรงพิมพ์เดือนตุลา 2556; iv.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การทบทวนวรรณกรรม สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.นนทบุรี: บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด; 2557.

- บวร งามศิริอุดม, สายพิณ คุณสมิทธิ. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ : มิติใหม่ของโรงพยาบาล. วารสารส่งเสริมสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม 2542.
- วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว : พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตาหารุ อำเภอเมืองชลบุรี : วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การทบทวนวรรณกรรม สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. นนทบุรี : บริษัทอาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด; 2557.
- ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา. กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต: ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่ที่ 49 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม 2559 : 172-178.
- ทงศ์ศักดิ์ วันชัย. การดำเนินชีวิตของเกษตรกรตามแนวทางของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก.
- จิรัชยา เกล้าดี , สุภชัย นาคสุวรรณ และ จักรวาล สุขไมตรี ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช : วารสารราชพฤกษ์ ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน) 2560; 27-32.
- พิมพ์สิทธิ์ บัวแก้ว และ รติพร ถึงฝั่ง. การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย : วารสารสมาคมนักวิจัย ปีที่ 21 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม) 2559 ; 94-105.
- ปลื้มใจ ไพจิตร. คุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี : วารสารวิชาการด้านบริหารธุรกิจการจัดการ เศรษฐศาสตร์และนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 2558.
- วิไลพร ข ชงษ์ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทาง วิทยาศาสตร์สุขภาพ, (กรกฎาคม – ธันวาคม) 2555 ; 32-40.
- กาญจนา ปัญญาธร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี. วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 22 ฉบับที่ 2 ; 24-36.
- จิราภรณ์ ใจสบาย พรสุข หุ่นรินทร์ ทรงพล ต่อนี้ . พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 2555.
- ธาริน สุขอนันต์, สุภาวัลย์ จาริยะศิลป์, ทศนันท์ ทูมมานนต์ และปิยรัตน์ จิตรภักดี. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวนจังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ ปีที่ 41 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม) 2554 ; 240-247.
- สุภาพร ศุภหัตถ์ ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านหนองเป็ดน้ำ ต. าบลด็กรวด อ. ภาเมือง จังหวัดนครราชสีมา 2554 .
- ประสงค์ ชาญช่าง. การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร : วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยปทุมธานี ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2554; 66-78
- ชุตติเดช เจียนดอน, นวรัตน์สุวรรณผ่อง, ฉวีวรรณ บุญสุยา และ นพพร ไหวธีระกุล. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ ปีที่ 41 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม) 2554 ; 229-238
- บุญญพัฒน์ ไชยเมล์* บุญเรือง ขาวนวนล* พลภัทร ทรงศิริ. คุณภาพชีวิตและความสามารถในการท ักิจกรรมประจำ ชันของผู้สูงอายุ ตำบลแหลมไต้นด อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ 2555 ; 55-65

จิราภรณ์ ใจสบาย พรสุข หุ่นนิรันดร์ ทรงพล ต่อนี้. พฤติกรรมการดแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร : วารสารคณะพลศึกษา ปีที่ 14 เล่มที่ 1 ;
214-225

ศูนย์วิทยการวิจัยแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หลักการทาวิจัยให้ส าร็จ
บริษัทเท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จ ากัด 2550 ; 126

J.P.J. Oliver.P.J. Huxley.S. Priebe.W. Kaiser. Measuring the quality of life of severely
mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile, Social
Psychiatry Psychiatric Epidemiology (1997) 32:76-83.

Maslow, A. H. (1970). Motivation and Personality. New York: Harper and Row.:35-46

The WHO Group. The World Health Organization quality of life assessment
(WHOQOL) : Position paper from the World Health Organization. Social
Science and Medicine 1995; 41: 1403-9.