

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง

Factors Related to Quality of Life among Elderly People with Chronic Non-Communicable Diseases in Trang Province

ศุภชาติ เขมวุดิพงษ์

Supchart Khemwuttipong

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

Trang Public Health Office

(Received: December 19, 2022, Revised: April 17, 2023, Accepted: April 26, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง และ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามตารางของเครซีเมอร์แกน จำนวน 410 ตัวอย่าง และทำการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง และ 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบไคสแควร์ Fisher's Exact Test และ Spearman rank correlation

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูงร้อยละ 68.29 มีความเชื่อและทัศนคติระดับสูง ร้อยละ 76.83 มีความคิดเห็นด้านทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปานกลาง ร้อยละ 58.29 มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวระดับปานกลาง ร้อยละ 54.88 แต่มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองระดับต่ำ ร้อยละ 54.63 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 82.93 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 82.73 คะแนน (± 11.09) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ด้านทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ด้านการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว และด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เป็นไปในทางบวกอยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.242, 0.278$ และ 0.236)

ข้อเสนอแนะ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรนำข้อมูลที่ได้ออกแบบกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังสามารถดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: supchartk@gmail.com)

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to explore the quality of life of elderly with chronic non-communicable diseases in Trang Province, and to determine factors related to their quality of life. The study population was 410 people aged 60 years and over with a history of diabetes and hypertension. Subjects were selected by simple random sampling. The research tools were the interview forms, consisting of: 1) personal information, 2) predisposing, enabling, reinforcing factors, and self-care behaviors, and 3) the World Health Organization's quality of Life questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square, Fisher's Exact Test and spearman's rank correlation.

The results showed that most of the elderly (68.29%) had a high level of knowledge on diabetes and hypertension. 76.83% had a high level of beliefs and attitudes about diabetes and high blood pressure. Attitude about resources and access to public health services was at a moderate level of (58.29%), as well as social and family support (54.88%). Self-care behaviors was low (54.63%). The majority of the elderly (82.93%) had a moderate level of quality of life. They had an overall mean quality of life value of 82.73 (± 11.093). Correlation analyses indicated that resources and access to public health services, social and family support, and self-care behaviors were positively but lowly related to the quality of life.

These results can be used as a basis for designing self-care activities program for the elderly, as well as family and community care.

Keywords: Quality of life, Elderly, Chronic Non-Communicable Diseases

บทนำ

ความชราเป็นกระบวนการทางธรรมชาติของชีวิตซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปของกระบวนการเผาผลาญ (Metabolic activity) ของอวัยวะต่างๆ และความเสื่อมถอยในการงอกใหม่ของเซลล์ (Stefanacci, 2022) อายุขัยเฉลี่ยของผู้คนทั่วโลกได้เพิ่มขึ้น โดยมาจากปัจจัยหลายประการ เช่น เพศ พันธุกรรม วิถีชีวิต การเข้าถึงบริการสุขภาพ อาหาร การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เป็นต้น (Vega, Hilario, Perez-Caro, Nunez-Torres, Pinto, & Gonzalez-Neira, 2022) องค์การสหประชาชาติรายงานว่า มีผู้สูงอายุมากกว่า 703 ล้านคนทั่วโลก และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าภายในปี พ.ศ. 2593 (United Nations, 2019) สำหรับในประเทศไทย จำนวนผู้สูงอายุยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยได้กลายเป็นประเทศสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงขึ้นถึงร้อยละ 20 และในปี พ.ศ. 2576 จะเปลี่ยนเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงขึ้นถึงร้อยละ 28 ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยจากโรคหลายโรคอันเนื่องมาจากความเสื่อมของระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายและจิตใจ สภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนไป ผู้สูงอายุอาจมีความโดดเดี่ยว ขาดคน ต้องการความช่วยเหลือทั้งทางด้านสุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย การทำงาน การมีรายได้ นันทนาการ กระบวนการยุติธรรม และบริการทางสังคมทั่วไป (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2021) ความช่วยเหลือ

ต่าง ๆ เหล่านี้ หากไม่ได้รับการตอบสนองอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ (Talarska, Tobis, Kotkowiak, Strugała, Stanisławska, & Wieczorowska-Tobis, 2018)

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลแต่ละบุคคลเกี่ยวกับความสมบูรณ์ในการดำรงชีวิต ในบริบทของวัฒนธรรมและค่านิยมในสังคมที่อาศัยอยู่และสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านสุขภาพกาย (Physical domain) 2) ด้านสุขภาพจิต (Psychological domain) 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) และ 4) ด้านสภาพแวดล้อม (Environment) (World Health Organization, 1995) สภาพเศรษฐกิจ วัฒนธรรม การศึกษา การดูแลสุขภาพอนามัย และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (Talarska, Tobis, Kotkowiak, Strugała, Stanisławska, & Wieczorowska-Tobis, 2018) โรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคกระดูกพรุน และหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ ปัญหาเหล่านี้ ส่งผลให้เกิดความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ และอาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงและภาระโรค (Disease burden) เพิ่มขึ้น (Suetrong & Choowattanapakorn, 2016) งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยต่าง ๆ หลายปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ซึ่งมีความเหมือนและแตกต่างกันขึ้นกับบริบทของพื้นที่ สภาพเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (Noknoi & Boripunt, 2017; Kabmanee, Ouicharoen, & Sakulkoo, 2021; Bootwisas, & Intarasat, 2021) นอกจากนี้ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคแต่ละโรคก็มีความแตกต่างกัน (Hinkhaw, Leaungsomnapa, Pattamasutthikun, Srithahai, Khanviset, & Pootthai, 2017; Jumneansuk, Detboon, Mingmai, Phophak, Phoha, & Phanitcharoen, 2017; Srichaijaroonpong, Inthasoi, Petchwisai, & Paisan, 2016; Yeesunkaew, Na-Nongkhai, Chayakula, & Sujirarat, 2016)

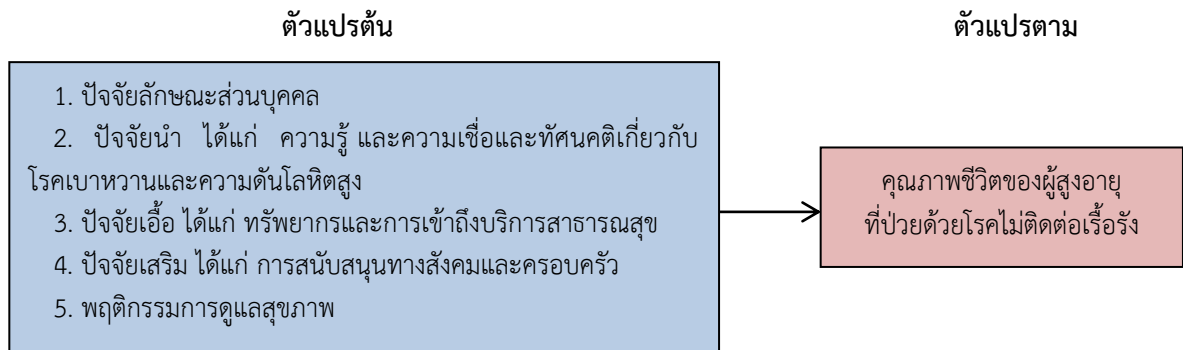
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ แต่มีสาเหตุสำคัญจากพฤติกรรม การดำรงชีวิตที่ไม่เหมาะสม เป็นกลุ่มโรคที่มีการดำเนินโรคอย่างช้า ๆ ค่อย ๆ สะสมอาการทีละนิดโดยผู้ป่วยไม่รู้ตัว ซึ่งหากไม่ได้รับการคัดกรองสุขภาพเป็นประจำทุกปีจะส่งผลให้เกิดโรคโดยไม่ทราบและไม่เข้าสู่ระบบการรักษาที่ถูกต้องจนมีความรุนแรงของโรคมามากขึ้นและกลายเป็นโรคเรื้อรังในที่สุด โรคเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก เช่น เกิดภาวะติดเตียง ภาวะพิการ และภาวะไตวายเรื้อรัง (Bureau of Health Promotion, 2019) ในปี พ.ศ. 2563 จังหวัดตรัง พบผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 47,658 คน คิดเป็นร้อยละ 50.25 ของผู้สูงอายุทั้งหมด โดยพบป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.16 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 16.89 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 0.38 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 0.09 ตามลำดับ (Trang Public Health Office, 2020) ในปี พ.ศ. 2565 จังหวัดตรัง มีอัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร เท่ากับ 1,875.93 ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ (1,090.49) ขณะที่อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรของจังหวัดตรัง เท่ากับ 685.23 ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ (527.82) เช่นกัน (Trang Public Health Office, 2023) ฉะนั้น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจากการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมหรือกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ รวมไปถึงการดูแลโดยครอบครัวและชุมชนอย่างครบวงจรของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในจังหวัดตรัง ศึกษาตัวแปรปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional survey) เก็บข้อมูลช่วงระหว่างวันที่ 10 มิถุนายน – 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดตรัง ไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และเข้าสู่ระบบการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 11,639 คน

กลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างจากตารางของ Krejcie & Morgan (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวนตัวอย่าง 372 คน จากนั้นได้เพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างอีก 10 % ได้ขนาดตัวอย่างที่ต้องเพิ่มจำนวน 38 คน รวมขนาดตัวอย่างที่ต้องทำการเก็บทั้งหมดไม่น้อยกว่า 410 คน

การสุ่มตัวอย่าง สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิจากเครือข่ายบริการระดับโรงพยาบาล จำนวน 4 แห่ง โดยทำการสุ่มตำบล 2 ตำบล/แห่ง ได้ทั้งหมด 8 ตำบล จากนั้นสุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วนแบบไม่ใส่คืน จากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการคลินิก โดยวิธีสุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วนแบบไม่ใส่คืน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ 2) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเกิน 6 เดือน และได้รับการรักษาตามที่แพทย์กำหนด ในระบบการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐ 3) เป็นผู้ป่วยที่มีข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลติดตามครบถ้วน และ 4) มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยได้ปกติ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตอย่างรุนแรงและการติดเชื้อ 2) เป็นผู้ป่วยทางจิตหรือมีภาวะทางจิต และ 3) เป็นผู้ป่วยที่มีเนื้ออกร้ายหรือเป็นผู้ที่เสียชีวิตระหว่างการศึกษ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยออกแบบจากการทบทวนวรรณกรรมและแบบสัมภาษณ์ WHOQOL-BREF-THAI ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การพักอาศัย จำนวนบุตร การมีผู้ดูแล ระดับการศึกษา อาชีพ/งานหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการสื่อสารความรู้และสื่ออิเล็กทรอนิกส์

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

2.1) ปัจจัยนำเข้า ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่

(1) แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ข้อ เลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ ตอบผิดได้ 0 คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน กำหนดเกณฑ์คะแนนโดยประยุกต์จากแนวคิดของ Bloom (1971) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60.00 หรือ 0 - 12 คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60.00 - 79.99 หรือ 13 - 15 คะแนน) และระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป หรือ 16 - 20 คะแนน)

(2) แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อหรือทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 12 ข้อ มีทั้งคำถามเชิงบวก เชิงลบ คำตอบจะเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ได้แก่ เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (0 คะแนน) โดยข้อคำถามเชิงลบผู้วิจัยจะกลับคะแนน นำคะแนนที่ได้แบ่งตามเกณฑ์ของ Best (1981) 3 ระดับ ดังนี้ ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 0.00 - 0.67 หรือ 0 - 8 คะแนน) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 0.68 - 1.35 หรือ 9 - 16 คะแนน) และระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 1.36 - 2.00 หรือ 17 - 24 คะแนน)

2.2) ปัจจัยเอื้อ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข จำนวน 15 ข้อ คำตอบจะเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) และเห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยข้อคำถามเชิงลบผู้วิจัยจะกลับคะแนน นำคะแนนที่ได้แบ่งตามเกณฑ์ของ Best (1981) 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หรือ 15 - 34 คะแนน) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หรือ 35 - 55 คะแนน) และระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หรือ 56 - 75 คะแนน)

2.3) ปัจจัยเสริม เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว จำนวน 16 ข้อ คำตอบจะเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) และเห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยข้อคำถามเชิงลบผู้วิจัยจะกลับคะแนน นำคะแนนที่ได้แบ่งตามเกณฑ์ของ Best (1981) 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หรือ 16 - 37 คะแนน) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หรือ 38 - 58 คะแนน) และระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หรือ 59 - 80 คะแนน)

2.4) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ คำตอบจะเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติเลยทั้งสัปดาห์ (0 คะแนน) ปฏิบัติ 1 - 2 วัน/สัปดาห์ (1 คะแนน) ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์ (2 คะแนน) ปฏิบัติ 4 - 5 วัน/สัปดาห์ (3 คะแนน) และ ปฏิบัติ 6 - 7 วัน/สัปดาห์ (4 คะแนน) โดยข้อคำถามเชิงลบผู้วิจัยจะกลับคะแนน นำคะแนนที่ได้แบ่งตามเกณฑ์ของ Best (1977) 3 ระดับ ดังนี้ ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 0.00 - 1.33 หรือ 0 - 20 คะแนน) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.34 - 2.67 หรือ 21 - 40 คะแนน) และระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 2.68 - 4.00 หรือ 41 - 60 คะแนน)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยนำข้อคำถามขององค์การอนามัยโลก (WHOQWL BRIF THAI) (Department of Mental Health, 2016) นำมาจัดเรียงข้อคำถามใหม่ ดังนี้

- 1) คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (ข้อที่ 1 - 7) แบ่งตามหลักเกณฑ์ของ WHO จำนวน 3 ระดับ คือ ระดับไม่ดี (คะแนนระหว่าง 7 - 16) ระดับกลาง (คะแนนระหว่าง 17 - 26) และระดับดี (คะแนนระหว่าง 27 - 35 คะแนน)
- 2) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (ข้อที่ 8 - 13) ตามหลักเกณฑ์ของ WHO จำนวน 3 ระดับ คือ ระดับไม่ดี (คะแนนระหว่าง 6 - 14) ระดับกลาง (คะแนนระหว่าง 15 - 22) และระดับดี (คะแนนระหว่าง 23 - 30 คะแนน)
- 3) คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (ข้อที่ 14 - 16) ตามหลักเกณฑ์ของ WHO จำนวน 3 ระดับ คือ ระดับไม่ดี (คะแนนระหว่าง 3 - 7) ระดับกลาง (คะแนนระหว่าง 8 - 11) และระดับดี (คะแนนระหว่าง 12 - 15)
- 4) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (ข้อที่ 17 - 24) ตามหลักเกณฑ์ของ WHO จำนวน 3 ระดับ คือ ระดับไม่ดี (คะแนนระหว่าง 8 - 18) ระดับกลาง (คะแนนระหว่าง 19 - 29) และระดับดี (คะแนนระหว่าง 30 - 40)
- 5) คุณภาพชีวิตโดยรวม (ข้อที่ 25 - 26) การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตรวม นำคะแนนที่ได้แบ่งตามหลักเกณฑ์ของ WHO มีคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 26 - 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ ระดับไม่ดี (คะแนนระหว่าง 26 - 60) ระดับกลาง (คะแนนระหว่าง 61 - 95) และระดับดี (คะแนนระหว่าง 96 - 130)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) จำนวน 3 ท่าน ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จากนั้นนำไปหาความ IOC อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงในพื้นที่ติดกับพื้นที่ศึกษา จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความยากง่าย (Difficulty หรือ P) ได้ค่าระหว่าง 0.43 - 0.98 และค่าอำนาจจำแนก (Discrimination หรือ r) ได้ค่าระหว่าง 0.353 - 0.570 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธี KR-20 เท่ากับ 0.930 แบบสอบถามด้านความเชื่อและทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิต นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้ ด้านความเชื่อและทัศนคติ เท่ากับ 0.744 ปัจจัยเอื้อ เท่ากับ 0.923 ปัจจัยเสริม เท่ากับ 0.946 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เท่ากับ 0.761 แบบประเมินคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.652 และความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.841

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัย ได้ประชุมชี้แจงและอบรมขั้นตอนการทำงาน วิธีเก็บข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัย
2. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างจากรายชื่อผู้รับบริการและส่งรายชื่อให้เจ้าหน้าที่ทำการนัดหมายในการสัมภาษณ์
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ทำการชี้แจงแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนการสัมภาษณ์ จนได้จำนวนครบตามจำนวนตัวอย่างที่ได้กำหนด ในช่วงระหว่าง 10 มิถุนายน - 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2565
4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยนำแบบสัมภาษณ์ มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วน ถูกต้อง ก่อนออกจากภาคสนาม ผู้วิจัยทำการบันทึก และประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลคุณลักษณะตัวแปรใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับระดับคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม (Categorical variables) โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi square) และ Fisher's Exact Test

สำหรับตัวแปร อายุ จำนวนบุตร รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความรู้ ความเชื่อและทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ด้วยสถิติ Spearman rank correlation coefficient เนื่องจากการทดสอบการกระจายของข้อมูลคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติ Kolmogorov-smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ ($p < 0.05$) โดยใช้หลักเกณฑ์ของ Bartz (1999) ดังนี้ ความสัมพันธ์สูงมาก ($r = 0.80 - 1.00$) ความสัมพันธ์สูง ($r = 0.60 - 0.79$) ความสัมพันธ์ปานกลาง ($r = 0.40 - 0.59$) ความสัมพันธ์ต่ำ ($r = 0.20 - 0.39$) และความสัมพันธ์ต่ำมาก ($r = 0.01 - 0.19$)

จริยธรรมวิจัย

บทความวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง หมายเลขการรับรอง 21/2565 รับรองวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2565

ผลการวิจัย

- ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.98) มีอายุเฉลี่ย 65.11 ปี ($S.D. = 3.73$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 84.64) พักร่วมกับสามี/ภรรยา (ร้อยละ 78.54) ส่วนใหญ่มีบุตรตั้งแต่ 1 คน ขึ้นไป (ร้อยละ 95.36) มีผู้ดูแล (ร้อยละ 94.63) ส่วนมากจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 50.73) มีอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 60.00) รายได้เฉลี่ย 7,502.68 บาท ($S.D. = 8,222.79$) แห่เลี้ยงรายได้ส่วนใหญ่มาจากงานหลักที่ทำในปัจจุบัน (ร้อยละ 76.34) มีรายได้พอใช้ (ร้อยละ 40.09) ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 89.27) และประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55.00) ใช้ไลน์แอปพลิเคชันและเฟสบุ๊กในการสื่อสาร
- ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ และระดับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ($n=410$)

ปัจจัย	ระดับ		
	ต่ำ (จำนวน/ร้อยละ)	ปานกลาง (จำนวน/ร้อยละ)	สูง (จำนวน/ร้อยละ)
ปัจจัยนำ			
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	10 (2.44)	120 (29.27)	280 (68.29)
ความเชื่อและทัศนคติโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	0 (0.00)	95 (23.17)	315 (76.83)
ปัจจัยเอื้อ			
ทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข	17 (4.15)	239 (58.29)	154 (37.54)
ปัจจัยเสริม			
การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว	147 (35.85)	225 (54.88)	38 (9.27)
พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง	224 (54.63)	186 (45.37)	0 (0.00)

จากตาราง 1 พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงระดับสูง ร้อยละ 68.29 มีความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงระดับสูง ร้อยละ 76.83 มีความคิดเห็นเกี่ยวกับทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.29 มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการสนับสนุน

ทางสังคมและครอบครัวในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.88 และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับต่ำ ร้อยละ 54.63 รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่ตอบถูก ตอบผิด 3 อันดับแรก (n= 410)

ลำดับ	ข้อความถาม	จำนวน	ร้อยละ
ข้อที่ตอบถูก			
1	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมาก ๆ ถ้าไม่ได้รับการรักษาอาจเกิดเส้นเลือดในสมองแตกได้	410	100.00
2	อาการน้ำตาลในเลือดต่ำ คือ หิวจัด เหงื่อออกผิดปกติ ใจสั่น ปวดศีรษะ	409	99.76
3	หากผู้ป่วยเบาหวานมีแผล มักจะเป็นแผลหายยาก	401	97.80
ข้อที่ตอบผิด			
1	อาการอันตรายที่สำคัญของโรคความดันโลหิตสูงคือตาพร่ามัว มองภาพไม่ชัด	395	96.34
2	โรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	354	86.34
3	การรักษาโรคเบาหวานคือการรับประทานยาโรคเบาหวานอย่างเดียว	244	59.51

จากตาราง 2 พบว่า ข้อที่ตอบถูกทุกคน คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมาก ๆ ถ้าไม่ได้รับการรักษาอาจเกิดเส้นเลือดในสมองแตกได้ ส่วนข้อที่ตอบผิดมากที่สุด คือ อาการอันตรายที่สำคัญของโรคความดันโลหิตสูงคือตาพร่ามัว มองภาพไม่ชัด (ร้อยละ 96.34) รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเชื่อและทัศนคติ ที่มีค่าสูงสุด 3 อันดับแรก (n= 410)

ลำดับ	ข้อความถาม	M	S.D.	แปลผล
1	การลดอาหาร หวาน มัน เค็ม เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลรักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	1.99	0.12	สูง
2	ผู้ดูแลและคนในครอบครัวมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ท่านตั้งใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง	1.90	0.30	สูง
3	โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมได้	1.89	0.32	สูง

จากตาราง 3 พบว่า ความเชื่อและทัศนคติโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การลดอาหาร หวาน มัน เค็ม เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลรักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (M= 1.99, S.D.= 0.12) รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวที่มีค่าสูงสุด 3 อันดับแรก (n= 410)

ลำดับ	ข้อความถาม	M	S.D.	แปลผล
ทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข				
1	ได้รับการอำนวยความสะดวกในด้านการรักษาพยาบาลจากสิทธิสวัสดิการผู้สูงอายุ	3.86	0.89	สูง
2	ได้รับการบริการตรวจสุขภาพที่ดีในคลินิกโรคเรื้อรัง (คลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง)	3.79	0.96	สูง

ตาราง 4 (ต่อ)

ลำดับ	ข้อความถาม	M	S.D.	แปลผล
3	มีความพึงพอใจจากการเข้ารับบริการจากคลินิกโรคเรื้อรังมากนักน้อยเพียงใด (คลินิกเบาหวานและคลินิกความดันโลหิตสูง) การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว	3.77	0.88	สูง
1	ได้รับกำลังใจจากญาติ/พี่น้อง เมื่อเจอปัญหาในชีวิตที่มีสาเหตุมาจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเสมอ	3.57	1.08	ปานกลาง
2	ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินหรือสิ่งของจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อใช้จ่ายเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเสมอ	3.52	1.23	ปานกลาง
3	ได้รับข้อมูลข่าวสารเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	3.49	1.29	ปานกลาง

จากตาราง 4 พบว่าทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุด คือ ได้รับการอำนวยความสะดวกในการรักษาพยาบาลจากสิทธิสวัสดิการผู้สูงอายุ ($M = 3.86$, $S.D. = 0.89$) การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุด คือ ได้รับกำลังใจจากญาติ/พี่น้อง เมื่อเจอปัญหาในชีวิตที่มีสาเหตุมาจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเสมอ ($M = 3.57$, $S.D. = 1.08$) รายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ที่มีค่าสูงสุด 3 อันดับแรก ($n = 410$)

ลำดับ	ข้อความถาม	M	S.D.	แปลผล
1	รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ	2.93	1.02	สูง
2	ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6 – 8 แก้วทุกวัน	2.35	1.19	ปานกลาง
3	รับประทานผัก/ผลไม้สดเสมอวันละอย่างน้อย ครึ่งกิโลกรัม	1.85	1.05	ปานกลาง

จากตาราง 5 พบว่าพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุด คือ รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ($M = 2.93$, $S.D. = 1.02$) รายละเอียดดังตาราง 5

3. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง ดังตาราง 6

ตาราง 6 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต ($n = 410$)

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตไม่ดี (26 - 60 คะแนน)	0	0.00
คุณภาพชีวิตระดับกลาง (61 - 95 คะแนน)	340	82.93
คุณภาพชีวิตดี (96 - 130 คะแนน)	70	17.07

Min= 61, Max= 103, $M = 82.73$, $S.D. = 11.09$

จากตาราง 6 พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลาง (ร้อยละ 82.93) รองลงมา คือ ระดับดี (ร้อยละ 17.07) รายละเอียดดังตาราง 6

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตแยกรายด้านและรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก (n=410)

ลำดับ	ข้อคำถาม	M	S.D.	แปลผล
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย				
1	สามารถไปไหนมาไหนด้วยตัวเองได้ดี	2.23	1.29	ปานกลาง
2	รู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	2.19	1.04	ปานกลาง
3	จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลมากเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ในแต่ละวัน	2.10	1.34	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ				
1	รู้สึกพึงพอใจกับชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง)	2.51	0.86	ปานกลาง
2	รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย	2.46	0.93	ปานกลาง
3	ยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้	2.43	0.85	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตด้านสังคม				
1	พอใจกับการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา	2.36	0.64	ปานกลาง
2	พอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ	2.40	0.66	ปานกลาง
3	พอใจในชีวิตทางเพศ (ชีวิตทางเพศ หมายถึง การมีเพศสัมพันธ์ การแสดงถึงความรัก ความเอื้ออาทรต่อกัน การกอดกัน)	1.30	1.08	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม				
1	พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้	2.93	0.82	สูง
2	พอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น	2.55	0.53	ปานกลาง
3	มีสภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ	2.45	0.74	ปานกลาง

จากตาราง 7 พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุด คือ สามารถไปไหนมาไหนด้วยตัวเองได้ดี (M= 2.23, S.D.= 1.29) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุด คือ รู้สึกพึงพอใจกับชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) (M= 2.51, S.D.= 0.86) คุณภาพชีวิตด้านสังคม ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุด คือ พพอใจกับการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา (M= 2.36, S.D.= 0.64) และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุด คือ พพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ (M= 2.93, S.D.= 0.82) รายละเอียดดังตาราง 7

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง ดังตาราง 8

ตาราง 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (n= 410)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิต		χ^2	df	p-value
	ระดับกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับดี จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ					
ชาย	138 (86.25)	22 (13.75)	2.047	1	0.153
หญิง	202 (80.80)	48 (19.20)			
สถานภาพ					
เดี่ยว(โสด/หม้าย/หย่า/แยก)	56 (88.89)	7 (11.11)	1.869	1	0.172

ตาราง 8 (ต่อ)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิต		χ^2	df	p-value
	ระดับกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับดี จำนวน (ร้อยละ)			
คู่(สมรส)	284 (81.84)	63 (18.16)			
การพักอาศัย					
อยู่คนเดียว	13 (72.22)	5 (27.78)	Fisher's		0.208
อยู่กับสามี/ภรรยา/บุตร/หลาน/ญาติ	327 (83.42)	65 (16.58)	Exact Test		
ผู้ดูแล					
มีผู้ดูแล	321 (82.30)	69 (17.70)	Fisher's		0.628
ไม่มีผู้ดูแล	19 (90.47)	2 (9.53)	Exact Test		
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี	319 (84.17)	60 (15.83)	5.462	1	0.019
ปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรี	21 (67.74)	10 (32.26)			
อาชีพ/งานหลักที่ทำในปัจจุบัน					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ทำงานบ้าน	34 (80.95)	8 (19.05)	4.604	2	0.100
มีอาชีพ	286 (84.36)	53 (15.64)			
เกษียณข้าราชการบำนาญ	20 (68.96)	9 (31.04)			
แหล่งรายได้					
งานประจำ/งานหลักที่ท่านทำในปัจจุบัน	261 (83.38)	52 (16.62)	1.402	2	0.496
คนในครอบครัว	33 (76.74)	10 (23.26)			
สวัสดิการของรัฐ	46 (85.18)	8 (14.82)			
การมีรายได้เพียงพอ					
ไม่พอใช้จ่าย	115 (85.82)	19 (14.18)	1.178	1	0.278
พอใช้จ่าย	225 (81.52)	51 (18.48)			
การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ					
ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	304 (83.06)	62 (16.94)	0.043	1	0.836
เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	36 (81.82)	8 (18.18)			
การสื่อสาร ความรู้ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์					
ไม่มี	156 (84.78)	28 (15.22)	4.369	2	0.113
ไลน์ (Line)	170 (82.92)	35 (17.08)			
เฟซบุค (Facebook)	14 (66.67)	7 (33.33)			

จากตาราง 8 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะการพักอาศัย การมีผู้ดูแล อาชีพ/งานหลักที่ทำในปัจจุบัน แหล่งรายได้ การมีรายได้ที่เพียงพอ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รายละเอียดดังตาราง 8

เมื่อนำความรู้ ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ทรัพยากร และการเข้าถึงบริการสาธารณสุข การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตได้ผลวิจัยดังตาราง 9

ตาราง 9 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยสถิติ Spearman rank correlation coefficient

ปัจจัย	ความสัมพันธ์	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	-0.028	0.576
ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	0.046	0.353
ทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข	0.242	< 0.001
การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว	0.278	< 0.001
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	0.236	< 0.001

จากตาราง 9 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว ทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ ($r_s = 0.278, 0.242$ และ 0.236) ตามลำดับ สำหรับความรู้ ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต รายละเอียดดังตาราง 9

อภิปรายผล

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรังส่วนใหญ่ มีคุณภาพชีวิตระดับกลาง เมื่อพิจารณาทางด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมจะอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ มีเพียงด้านสิ่งแวดล้อมประเด็นความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้จะมีคุณภาพชีวิตระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุจังหวัดตรัง ส่วนใหญ่เป็นคนในภูมิลำเนาจังหวัดตรัง และดำรงชีวิตในพื้นที่ชุมชนที่มีสภาพแวดล้อมดี ๆ อายุเฉลี่ย 65.11 ปี ยังช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ จึงรู้สึกพอใจในการดำรงชีพในปัจจุบัน โดยคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Suwannasing & Assana (2018) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพชรเจริญ ตำบลเมือง อำเภอมะนัง ซึ่งเมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตเป็นด้าน พบว่าผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตในระดับดีมากที่สุดคือด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 46.2) ตามด้วยด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสุขภาพกายตามลำดับ (ร้อยละ 21.7 และ ร้อยละ 19.8 ตามลำดับ)

ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า ปัจจัยอายุ และปัจจัยระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน มีความสัมพันธ์ในทางลบระดับต่ำและระดับปานกลางตามลำดับกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.197, p\text{-value} = 0.043$ และ $r = -0.371, p\text{-value} < 0.001$) และการศึกษาของ Tabutwong (2016) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต พบว่า ทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับต่ำ อธิบายได้ว่า ทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง ทั้งนี้ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายเป็นเหตุให้เกิดการเจ็บป่วย

กว่าช่วงวัยอื่น หากผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้จะทำให้ได้รับการรักษาอาการเจ็บป่วยซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์และส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jumneansuk, Detboon, Mingmai, Phophak, Phoha, & Phanitcharoen (2017) รวมทั้งงานวิจัยอื่น ๆ (Wannachart, Nanthamongkolchai, Munsawaengsub, & Taechaboonsersak, 2015) ที่พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยสัมพันธ์อันดี จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ รวมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิต และถ้าผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคมได้ พบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ จะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และส่งผลให้การดำเนินชีวิตมีความสุขและก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mingmai (2018) และ Jumneansuk, Detboon, Mingmai, Phophak, Phoha, & Phanitcharoen (2017) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธ์ภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง พบผู้สูงอายุจังหวัดตรังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ รับประทานอาหาร ผลไม้อย่างสม่ำเสมอ และดื่มน้ำสะอาด เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ดี แต่การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตสมัยใหม่ ของจังหวัดตรังที่มีอิทธิพลต่อการเลือกอาหาร และเป็นที่ยอมรับว่าจังหวัดตรังมีชื่อเสียงด้านอาหารการกิน มีความหลากหลายของอาหารและเครื่องดื่ม มีร้านอาหารมีชื่อหลายร้าน ทำให้ผู้คนนิยมบริโภคคนอกบ้านหรือซื้ออาหารปรุงสำเร็จมารับประทาน ซึ่งอาจทำให้ต้องบริโภคอาหารที่ไม่สามารถควบคุมการปรุงรสได้ มีการปรุงรสหวาน มัน เค็ม และมีผักเป็นส่วนประกอบน้อย ขณะที่การศึกษาของ Kaewyoo, Niamkerd, & Promsukhan (2020) ผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพตนเอง มีโภชนาการที่เหมาะสม มีการพักผ่อนที่เพียงพอ และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะส่งผลดีต่อสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การศึกษาค้นคว้า พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ผู้ดูแล รายได้ อาชีพ/งานหลักที่ทำในปัจจุบัน แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้ การเป็นสมาชิกชมรม และการใช้สื่อโซเชียล ความรู้ และความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tabutwong (2016) ที่พบว่า เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ลักษณะการพักอาศัย (อยู่คนเดียวหรือมีคนอยู่ด้วย) การมีบุตร การมีผู้ดูแล การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง การศึกษาค้นคว้า พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 95.61 พักอาศัยอยู่กับสามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติ ทำให้มีผู้ดูแล จึงมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 89.27 ที่ยังไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุใช้เฟซบุ๊กหรือไลน์ ร้อยละ 55.00 ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง อาจเพราะยังไม่มีการใช้สื่อเหล่านี้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งแตกต่างจากผลการวิจัยในข้าราชการบำนาญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Chaichuay, 2017) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของ Doloh (2016) ที่ศึกษาในตำบลบาสะ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับกลาง (ร้อยละ 61.6) จะมีปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ศาสนา อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การออกกำลังกาย ลักษณะการอยู่กับครอบครัว รายได้ Jumneansuk, Detboon, Mingmai, Phophak, Phoha, & Phanitcharoen (2017) ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ อาชีพ

อายุ รายได้ ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพในครอบครัว

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลางถึงมาก (ร้อยละ 97.56) มีความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงระดับมาก (ร้อยละ 76.83) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ขณะที่พฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางแต่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งแตกต่างกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ (Green & Kreuter, 1991) และส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (Ong-artborirak & Seangpraw, 2019) ความรู้ และทัศนคติมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน (Borba, ArrudaAna, Marques, Leal, & Diniz, 2019) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรู้ที่ถูกต้องจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นและสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น (Armeeroh & Poum, 2018) ความเชื่อและทัศนคติมีผลต่อพฤติกรรม (Ajzen & Fishbein, 1980) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเชื่อและทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดการเรียนรู้ประสบการณ์ เกิดทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เช่น ทัศนคติด้านการรับประทานอาหาร ทัศนคติด้านการรับประทานยาสม่ำเสมอตามคำแนะนำของแพทย์ และทัศนคติด้านการออกกำลังกายจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (Armeeroh & Poum, 2018)

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง ได้แก่ ทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ฉะนั้น ผู้รับผิดชอบการดำเนินงานโรคเรื้อรังหรืองานปฐมนิเทศรณรงค์นำปัจจัยดังกล่าวไปออกแบบกิจกรรมที่สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง สามารถดูแลสุขภาพตนเอง โดยบุคคลในครอบครัว ชุมชน หรือผู้ดูแล ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจัดกิจกรรมที่ให้การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวแก่ผู้สูงอายุร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเอง การดูแลโดยครอบครัวและชุมชนอย่างครบวงจรในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างยั่งยืน

References

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.278. Retrieved July 25, 2022 from <https://www.scienceopen.com/book?vid=c20c4174-d8dc-428d-b352-280b05eacdf7>.
- Armeeroh, A., & Poum, A. (2018). Knowledge and attitude associated with self-care behavior among hypertension patients in Kohsathon sub-district, Takbai district, Narathiwat province. *Wichcha Journal Nakhon Si Thammarat Rajabhat University*, 37(1), 38-49.
- Bartz, A. E. (1999). *Basic statistical concepts*. (4th Edition). New Jersey: Prentice-Hall.

- Best, J. W. (1981). *Research in education*. (3rd ed). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Bloom, B. S., Hastings, T. J., Madaus, G. F. (1971). *Hand Book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw – Hill Book Company Inc.
- Bootwisas, N. & Intarasat, U. (2021). Factors contributing quality of life for elders: a studying case in Phra Nakhon Si Ayutthaya city, Phra Nakhon Si Ayutthaya province. (Research report). Phra Nakhon Si Ayutthaya: Rajamangala University of Technology Suvarnabhumi. Phra Nakhon Si Ayutthaya Campus. (in Thai)
- Borba, A., Arruda, I., Marques, A., Leal, M., and Diniz, A. (2019). Knowledge and attitude about diabetes self-care of older adults in primary health care. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, (1), 125-136. [https://doi: 10.1590/1413-81232018241.35052016](https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35052016).
- Bureau of Health Promotion, Department of Health. (2019). *Standard essential body of knowledge for workforce health promotion for public health officers. Chronic Non-communicable Diseases*. Nonthaburi. (in Thai)
- Chaichuay, W. (2017). Elderlies' experience in using LINE application: a phenomenological study. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*. 10(1), 905-918.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2016). *WHOQOL-BREF-THAI*. Retrieved July 25, 2022 from <https://www.dmh.go.th/test/whoqol/>. (in Thai)
- Doloh, M. (2016). *Factors related the quality of life among the elderly in the southern border provinces: A case study of Bala sub-district, Kabang District, Yala Province*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the master of science field in public health graduate school, Yala Rajabhat University. (in Thai)
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2021). Situation of the thai older persons 2021. (Report) Bangkok.
- Green, L. W. & Kreuter, M. W. (1991). Health promotion planning: An educational and environment approach. California, 2nd ed. *Mayfield Publishing*, 19(3), 298. Retrieved July 25, 2022 from <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/30012/0000380.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Hinkhaw, C., Leaungsomnapa, Y., Pattamasutthikun, N., Srithahai, J., Khanviset, S., & Pootthai, P. (2017). Quality of life of people with chronic illness in the responsible areas of Tha Chang sub-district administrative organization, Chanthaburi province. *Journal of Health Science Research*, 11(1), 23-32.
- Jumneansuk, A., Detboon, P., Mingmai, K., Phophak, S., Phoha, S., & Phanitcharoen, S. (2017). Quality of life among elderly who are living with chronic diseases, Srichomphu district, Khon Khan province. *Ratchaphruek Journal*, 15(2), 16-26.
- Kabmanee, N., Ouicharoen S., & Sakulkoo, P. (2021). The quality of life of the elderly in Thamboon Nongphai Muang, Udonthani. *Journal of Boromarajonani College of Nursing Surin* 11(1), 27-39.

- Kaewyoo, R., Niamkerd, P., & Promsukhan, S. (2020). The relationship between social support, health care behavior and quality of life among the older people with chronic illness in the community. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 3(2), 166-177.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Mingmai, K. (2018). Quality of life among older people with chronic diseases in Wiset Chai Chan, Ang Thong province. *The Golden Teak : Science and Technology Journal*, 5(1), 13-24.
- Noknoi, C. & Boripunt, W. (2017). The quality of life of elders in Songkhla province. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 9(3), 94-105.
- Ong-artborirak, P. & Seangpraw, K. (2019). Association between self-care behaviors and quality of life among elderly minority groups on the border of Thailand. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 12, 1049-1059. <https://doi:10.2147/JMDH.S227617>. eCollection 2019.
- Srichaijaroonpong, S., Inthasoi, T., Petchwisai, A., & Paisan, R. (2016). Factors relating to the quality of life of the diabetic patients at Ban Chiang Kruea Pho Chai health promoting hospital, Chiang Kruea sub district, Muang district, Sakon Nakorn province. *Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen*. 23(3), 23-33.
- Stefanacci, R. G. (2022). Overview of aging MSD manual. Retrieved July 25, 2022 from <https://www.msmanuals.com/home/older-people's-health-issues/the-aging-body/overview-of-aging>.
- Suetrong, A., & Choowattanapakorn, T. (2016). Factors predicting quality of life in older persons with heart failure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 27(2), 58-70.
- Suwannasing, N., & Assana, S. (2018). Quality of life of elderly with diabetes mellitus under the responsibility of tambol Phet Charoen health promoting hospital, Phet Charoen sub-district, Muang Loei district, Loei province. *Journal of Health Science and Community Public Health*, 1(1), 54-69.
- Tabutwong, N. (2016). Quality of life of person with diabetes and hypertension, Maetha hospital Lampang province. *Journal of Disease Prevention and Control: DPC. 2 Phitsanulok*, 4(1), 45-54.
- Talarska, D., Tobis, S., Kotkowiak, M., Strugała, M., Stanisławska, J., & Wieczorowska-Tobis, K. (2018). Determinants of quality of life and the need for support for the elderly with good physical and mental functioning. *Medical Science Monitor*, 24(1), 604-1613. <https://doi:10.12659/msm.907032>. PMID: 29551764; PMCID: PMC5870108.
- Trang Public Health Office. (2020). *Chronic non-communicable diseases report 2020*. Trang. (in Thai)
- Trang Public Health Office. (2023). *Chronic non-communicable diseases report 2023*. Trang. (in Thai)

- United Nations. (2019). World population ageing 2019. Retrived July 25, 2022 from <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>.
- Vega, T., Hilario, F., Perez-Caro, M., Nunez-Torres, R., Pinto, R. M., & Gonzalez-Neira, A. (2022). Genetic, environmental and life-style factors associated with longevity. *Protocol and Response of the LONGECYL Study. SESPAS*, 36(3), 260-264. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.01.005>.
- Wannachart, M., Nanthamongkolchai, S., Munsawaengsub, C., & Taechaboonsermsak, P. (2015). Quality of life among elderly people with chronic disease in Ubon Ratchathani province. *Journal Public Health. (Special edition)*, 18-19
- World Health Organization. (1995). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. [http://doi:10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](http://doi:10.1016/0277-9536(95)00112-k).
- Yeesunkaew, R., Na-Nongkhai, S., Chayakula, C., & Sujirarat, D. (2016). Quality of life in end stage renal disease patients undergoing hemodialysis according to the different health benefit schemes. *Vajira Nursing Journal*, 18(1), 79–88.