

การรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดีของผู้รับบริการสูงอายุ

ขมนภัล มณีรัตน์ กศ.บ. (พยาบาลศึกษา), คม. (การจัดการคุณภาพ), ปส.ด. (นวัตกรรมการจัดการ)*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดีของผู้รับบริการสูงอายุ เปรียบเทียบการรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดี ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษาและสถานภาพการสมรส รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดีของผู้รับบริการสูงอายุ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา

กลุ่มตัวอย่าง: ผู้รับบริการสูงอายุ ที่มาใช้บริการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกของวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ระหว่างเดือนสิงหาคม - เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2552 จำนวน 281 ราย

วิธีดำเนินการวิจัย: เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการนำแบบสอบถามซึ่งมี 3 ส่วน คือข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ด้านภาวะสุขภาพ ภูมิหลังทางสังคม สถานภาพเศรษฐกิจ ความสบายใจในที่พักอาศัย งานอดิเรก การเคลื่อนไหว นันทนาการ กิจกรรมทางเพศ และแบบสอบถามความเป็นอยู่ที่ดี ไปสัมภาษณ์ผู้รับบริการสูงอายุขณะรอตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 15-20 นาทีต่อราย

ตัววัดที่สำคัญ: การรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดีของผู้รับบริการสูงอายุ ซึ่งมีคะแนนระหว่าง 18-90

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.3 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 44.8 มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 39.5 ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า การรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดีของผู้รับบริการสูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดีซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 69.3. คะแนนการรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดีของผู้รับบริการสูงอายุเพศหญิงสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรสสูงกว่าผู้ที่อยู่กับคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าเพศและสถานภาพการสมรสมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้รับบริการสูงอายุเพศหญิงที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส เพศหญิงที่อยู่กับคู่สมรส และเพศชายที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรสมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดีไม่แตกต่างกัน แต่เพศชายที่อยู่กับคู่สมรสมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดีต่ำสุดโดยต่ำกว่าทั้งสามกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดีของผู้รับบริการสูงอายุมี 5 ด้านได้แก่ความสบายใจในที่พักอาศัย กิจกรรมทางเพศ ภูมิหลังทางสังคม นันทนาการ และภาวะสุขภาพ

สรุป: การรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดีของผู้รับบริการสูงอายุโดยภาพรวม อยู่ในระดับดี เพศชายที่อยู่กับคู่สมรสมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดีต่ำที่สุด ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดีได้แก่ ความสบายใจในที่พักอาศัย กิจกรรมทางเพศ ภูมิหลังทางสังคม นันทนาการ และภาวะสุขภาพ

Abstract

Perceptions of Well-Being among the Elderly Health Customers

**Shaomnat Maneerat BEd (Education of Nursing), MEd (Quality Management),
PhD (Innovative Management)**

Department of Nursing, BMA Medical College and Vajira Hospital

Objectives: To study perception of well being among the elderly health customers and to compare their perception according to factors of: gender, age, educational background, and marital status. Variables that affected the perception of well being were also studied.

Study design: Descriptive research.

Subjects: A total of 281 elderly who attended the out-patient clinic of the BMA Medical College and Vajira Hospital between August and November 2009.

Method: Data was collected using questionnaire which comprised of 3 main parts including biographical data, perception of health condition, social background, financial status, accommodation, hobbies, mobility, leisure, sexual activity, and perception of well-being. The interview, which took approximately 15-20 minutes per subject, was conducted prior to their meeting with the physicians.

Main outcome measures: Perception scores of well being of the elderly, which ranged from 18- 90.

Results: Among the subjects, 63.3% were female, 44.8% were between 70-79 years old, and 39.5% had no or only elementary level of education. The overall perception of well being among all the patients was good with an average score of 69.3. The average score was significantly higher in elderly female than elderly male. An individual who did not live with their spouse had a significantly higher mean score compared to those who lived with their spouse. There was an interaction between gender and marital status. Elderly of either sex who did not live with their spouse or female who lived with their spouse had no difference of their overall perception of well being score. However, elderly male who lived with their spouses had the significantly lowest perception score among all. Five variables that affected the perception of well being in the elderly were: accommodation, sexual activity, social background, leisure, and health condition.

Conclusion: The overall perception of well being among the elderly health customers was good. Elderly male who lived with their spouses had the lowest perception score of well being. Variables that affected the perception of well being were accommodation, sexual activity, social background, leisure, and health condition.

Keywords: perception of well being, elderly health customers

บทนำ

ในภาวะของโลกปัจจุบันที่ก้าวหน้าอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การปกครอง วัฒนธรรม วิทยาศาสตร์ สิ่งแวดล้อม รวมทั้งความก้าวหน้าและวิวัฒนาการทางการแพทย์ และการสาธารณสุข ที่ส่งเสริมการดูแลรักษาให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น ประชากรโลกส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องสุขอนามัยมากขึ้น กอปรกับมีเทคโนโลยีใหม่ ๆ ซึ่งเอื้ออำนวยอำนวยความสะดวก ทำให้อัตราการตายไม่เพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันอัตราการเกิดกลับลดลง¹⁻³ เนื่องจากมีการวางแผนครอบครัวที่ดี และการคุมกำเนิดมีประสิทธิภาพ จึงทำให้จำนวนประชากรสูงอายุ (ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว⁴ จากการสำรวจขององค์การสหประชาชาติคาดว่าในปี พ.ศ. 2593 ประชากรผู้สูงอายุโลกจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.2 ในขณะที่ประชากรผู้สูงอายุของภาคพื้นทวีปเอเชียจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 17.5 ประเทศไทยเพิ่มขึ้นในสัดส่วนที่สูงกว่าคือเพิ่มขึ้นร้อยละ 23.3 ดังนั้นในอนาคตอีกประมาณ 200 ปี ทวีปเอเชียจะมีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานของธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชีย เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552⁴ ที่ว่าอีกประมาณ 2-3 ทศวรรษทวีปเอเชียจะเป็นภูมิภาคของผู้สูงอายุ ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีแนวโน้มเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุคือมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศเช่นเดียวกับหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องความเป็นอยู่ที่ดี พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความเป็นอยู่ที่ดีในแต่ละกลุ่มโรค เช่น ความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โรคหอบหืด โรคหัวใจ หรือโรคพาร์กินสัน แต่การศึกษาครั้งนี้ต้องการศึกษาเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดี ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกซึ่งมีความหลากหลายของภาวะสุขภาพ

ในขณะที่สังคมมีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขนำเสนอว่า สุขภาวะผู้สูงอายุไทยจะเกิดขึ้นได้ด้วยการนำความรู้มาใช้ในการออกแบบระบบการดูแลสุขภาพ⁵ ดังนั้นการศึกษาเรื่องการรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดีของผู้รับบริการสูงอายุ เป็นการศึกษาเพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปให้คำแนะนำผู้สูงอายุญาติและหรือผู้ดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในปัจจุบันวัยอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ประชากรตัวอย่างและวิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้รับบริการสูงอายุที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก เฉพาะทางแต่ละภาควิชาและกลุ่มงานในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2552

ขนาดตัวอย่าง

คำนวณจากสูตร Taro Yamane sample size

$$n = \frac{N}{(1 + Ne^2)}$$

N = จำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก ในปี พ.ศ. 2551 จำนวนทั้งสิ้น 9,840 ราย

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

e = ความคลาดเคลื่อนกำหนดให้ค่าไม่เกินร้อยละ 7

$$n = \frac{9840}{1 + 9840 (0.07)^2} = 199.9$$

เพื่อป้องกันการความไม่ครบถ้วนของข้อมูล จึงจะเก็บข้อมูลเพิ่มร้อยละ 40 ดังนั้นจึงต้องการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 280 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า

1. อายุ 60 ปีขึ้นไป
2. ไม่มีอาการกำเริบของโรค
3. สามารถติดต่อสื่อสารได้และไม่มีปัญหาทางด้านารรับรู้
4. ยินยอมร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

ผู้ป่วยในที่ส่งปรึกษาแผนกผู้ป่วยนอก

นิยามตัวแปร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเป็นอยู่ที่ดี ตามกรอบความคิดในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย ปัจจัย 8 ด้าน ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ภูมิหลังทางสังคม สถานภาพทางเศรษฐกิจ ความสบายใจในที่พักอาศัย งานอดิเรก การเคลื่อนไหว นันทนาการ และกิจกรรมทางเพศ

ภาวะสุขภาพ หมายถึงภาวะความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในรอบ 1-2 สัปดาห์ก่อนการสัมภาษณ์ มี 1 คำถามโดยถามระดับความรู้สึกต่อสุขภาพของตนเอง (1 = ไม่ดีเลย 2 = ไม่ค่อยดี 3 = ปานกลาง 4 = ดี และ 5 = ดีมาก)

ภูมิหลังทางสังคม หมายถึง ความพอใจในอาชีพและได้รับการยอมรับจากสังคม มี 2 คำถาม (1 = น้อยที่สุด 2 = น้อย 3 = ปานกลาง 4 = มาก และ 5 = มากที่สุด)

สถานภาพทางเศรษฐกิจ หมายถึง รายได้หรือการได้รับการช่วยเหลือและหรือการสนับสนุนทางการเงินต่อเดือน มี 1 คำถาม (แบ่งเป็น 3 ระดับได้แก่ 1 = มีรายได้ < 10,000 บาท 2 = มีรายได้ 10,000-20,000 บาท 3 = มีรายได้ > 20,000 บาท)

ความสบายใจในที่พำนัก หมายถึง ความเป็นส่วนตัวหรือความสะดวก สบายใจและความปลอดภัยเมื่ออยู่ในบ้าน มี 2 คำถาม (1=น้อยที่สุด 2 = น้อย 3 = ปานกลาง 4 = มาก และ 5 = มากที่สุด)

งานอดิเรก หมายถึง งานที่ทำในเวลาว่างเพื่อความสนุกสนาน เพลิดเพลิน เพื่อเพิ่มพูนทักษะ ความรู้และประสบการณ์ในด้านต่าง ๆ ได้ผลงาน หรืออาจได้ผลตอบแทนทางการเงิน หรือสิ่งแลกเปลี่ยนอื่น ๆ จากการทำงาน มี 2 คำถาม ประเมินความสุขและความพึงพอใจในงาน (1 = น้อยที่สุด 2 = น้อย 3 = ปานกลาง 4 = มาก และ 5 = มากที่สุด)

การเคลื่อนไหว หมายถึง ความสามารถในการเดิน การช่วยเหลือตนเอง และ/หรือความสะดวกในการเคลื่อนไหว มี 2 คำถาม (1 = น้อยที่สุด 2 = น้อย 3 = ปานกลาง 4 = มาก และ 5 = มากที่สุด)

นันทนาการ หมายถึงกิจกรรมในเวลาว่างจากภารกิจประจำอื่น ๆ ที่ทำด้วยความสมัครใจ เต็มใจ ไม่ได้บังคับโดยทางตรงหรือทางอ้อม โดยไม่หวังผลตอบแทน นอกจากความสนุกสนาน ความพึงพอใจ และความสุขที่ได้รับโดยตรงเท่านั้น มี 2 คำถาม ประเมินความสุขและความพึงพอใจในงานอดิเรก (1 = น้อยที่สุด 2 = น้อย 3 = ปานกลาง 4 = มาก และ 5 = มากที่สุด)

กิจกรรมทางเพศ หมายถึงการมีความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา หรือการมีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการแสดงออกที่บ่งบอกถึงความรัก ความห่วงใย เอื้ออาทร เช่นการสัมผัสร่างกาย การโอบกอด มี 2 คำถาม ประเมินความสุขและความพึงพอใจ (1 = น้อยที่สุด 2 = น้อย 3 = ปานกลาง 4 = มาก และ 5 = มากที่สุด)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเป็นอยู่ที่ดี ทั้ง 8 ด้าน นี้ มีทั้งหมด 14 คำถาม ซึ่งในแต่ละด้านจะมีข้อคำถามไม่เท่ากัน การรายงานคะแนนจะใช้เป็นค่าเฉลี่ย โดยให้แต่ละด้านมีคะแนนสูงสุดคือ 5 การแปรผลคะแนนจะแบ่งเป็น 5 ระดับ^๑ โดยคะแนนเฉลี่ย

4.51-5.00 หมายถึงมีปัจจัยด้านนั้น ดีมาก คะแนน 3.51-4.50, 2.51-3.50, 1.51-2.50 และ 1.00-1.50 หมายถึงมีปัจจัยด้านนั้นดี ปานกลางไม่ค่อยดี และ ไม่ดี ตามลำดับ ยกเว้นหัวข้อสถานภาพทางเศรษฐกิจจะมีคะแนนสูงสุดคือ 3 โดยคะแนนเฉลี่ย 2.50-3.00 หมายถึงมีสถานภาพทางเศรษฐกิจดี คะแนน 1.51-2.50, และ 1.00-1.50 หมายถึงมีสถานภาพทางเศรษฐกิจปานกลางและไม่ดี ตามลำดับ

ความเป็นอยู่ที่ดี หมายถึงความรู้สึกที่ดี มีความสุข ของผู้รับบริการสูงอายุแต่ละบุคคลเป็นภาพรวมของอารมณ์ด้านบวกไม่เจาะจงในบางเรื่อง สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามช่วงเวลาและวิถีชีวิตในที่นี้ประกอบด้วยตัวแปร 5 ด้านได้แก่ การเป็นที่รัก การเห็นคุณค่าในตนเอง สุขภาพจิต ความตระหนักในสุขภาพ และความสมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ

การให้คะแนนจะใช้ผลคะแนนรวมของตัวแปรตามทั้ง 5 ด้าน โดยมีข้อคำถามที่สร้างขึ้นจำนวน 18 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนระหว่าง 1-5 ดังนั้นคะแนนต่ำสุดของแต่ละคนจะได้เท่ากับ 18 คะแนน และคะแนนสูงสุดจะเท่ากับ 90 คะแนน

การแปลผลจะแบ่งระดับค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดีเป็น 5 ระดับ^๑ ได้แก่ คะแนน 73-90 หรือ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ความเป็นอยู่ดีมาก คะแนน 55-72 หรือ คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ความเป็นอยู่ดี คะแนน 37-54 หรือ คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ความเป็นอยู่ปานกลาง คะแนน 19-36 หรือ คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ความเป็นอยู่ไม่ค่อยดี คะแนน 1-18 หรือ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ความเป็นอยู่ไม่ดี

วิธีดำเนินการวิจัย

หลังจากได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานครแล้ว ได้สัมภาษณ์ผู้รับบริการที่มีอายุ ≥ 60 ปี ขณะรอตรวจที่ห้องตรวจเฉพาะทางต่าง ๆ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ^๑ การสัมภาษณ์ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบการวิจัยจากแนวคิดของ Kiefer^๑ ซึ่งมี 3 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ด้านภาวะสุขภาพ ภูมิหลังทางสังคม สถานภาพทางเศรษฐกิจ ความสบายใจในที่พำนัก งานอดิเรก การเคลื่อนไหว นันทนาการ และกิจกรรมทางเพศ ซึ่งมีข้อคำถามรวม 14 ข้อ และ ตอนที่ 3 แบบสอบถามความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งมีข้อคำถามรวม 18 ข้อโดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 15-20 นาทีต่อราย

การวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ ได้หาค่าความสอดคล้อง

ระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือค่า IOC (index of item-objective congruence) ได้ 0.92 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีของ ครอนบาคได้ 0.93

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SAS ใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อรายงานข้อมูลในรูปของจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดีทำโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA test) และใช้ post Hoc analysis โดยกระบวนการของ Tukey⁹ เพื่อช่วยในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (LS mean)¹⁰ ซึ่งได้วิเคราะห์ทั้งตัวแปรหลัก (main effect) และปฏิสัมพันธ์ (interaction effect) รวมทั้งใช้การวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยแบบขั้นตอน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ส่งผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้รับบริการสูงอายุ ซึ่งประเมินจากค่า R^2

ผลการวิจัย

จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการสูงอายุจำนวน 281 ราย ร้อยละ 63.3 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 44.8 มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 39.5 ไม่ได้เรียนหนังสือหรือมีการศึกษาระดับประถมศึกษา และ ร้อยละ 51.2 ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส (โสด หม้าย หย่า แยก) ร้อยละ 64.4 มีรายได้ต่อเดือน < 10,000 บาท ร้อยละ 56.9 ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แสดงดังตารางที่ 1

สำหรับการศึกษาภาวะสุขภาพ ภูมิหลังทางสังคม สถานภาพทางเศรษฐกิจ ความสบายใจในที่พักอาศัย งานอดิเรก การเคลื่อนไหว นันทนาการ กิจกรรมทางเพศ และความเป็นอยู่ที่ดีของผู้รับบริการสูงอายุ พบว่าการรับรู้ของผู้สูงอายุในปัจจุบันทางด้านสถานภาพทางสังคม ความสบายใจในที่พักอาศัย งานอดิเรก การเคลื่อนไหว นันทนาการอยู่ในระดับดี ส่วนด้านภาวะสุขภาพ สถานภาพทางเศรษฐกิจและกิจกรรมทางเพศอยู่ระดับปานกลาง และการรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดีโดยรวมของผู้รับบริการสูงอายุ อยู่ในระดับดี (ตารางที่ 2)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดีของผู้รับบริการสูงอายุ พบว่าเพศหญิงสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส สูงกว่าผู้ที่อยู่กับคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดีในแต่ละระดับการศึกษาและในแต่ละช่วงอายุมีค่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

จากการวิเคราะห์และการศึกษาปฏิสัมพันธ์ พบว่าเพศและสถานภาพการสมรส มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงวิเคราะห์แยกเป็น 4 กลุ่ม คือ เพศชายที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส เพศชายที่อยู่กับคู่สมรส เพศหญิงที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส และเพศหญิงที่อยู่กับคู่สมรส พบว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดีของผู้รับบริการสูงอายุเพศชายที่อยู่กับคู่สมรสมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศหญิงที่อยู่กับคู่สมรส เพศหญิงที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส และเพศชายที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดีใกล้เคียงกัน

สำหรับการศึกษาเพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดีของผู้รับบริการสูงอายุ ด้วยการใช้การวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยแบบขั้นตอน

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (n=281)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	103	36.7
หญิง	178	63.3
อายุ (ปี)		
60-69	102	36.3
70-79	106	44.8
> 80	53	18.9
ศาสนา		
พุทธ	267	95.0
อิสลาม	6	2.9
คริสต์	8	2.1
สถานภาพการสมรส		
ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส (โสด หม้าย หย่า แยก)	137	48.8
อยู่กับคู่สมรส	144	51.2
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ - ประถมศึกษา	111	39.5
มัธยมศึกษา - อนุปริญญา	103	36.7
ปริญญาตรีขึ้นไป	67	23.8
สถานภาพทางเศรษฐกิจ (รายได้ต่อเดือน: บาท)		
ไม่มีรายได้ - 10,000	181	64.4
10,001 - 20,000	53	18.9
> 20,000	47	16.7
สภาพ/ลักษณะการอยู่อาศัย		
อยู่กับคู่สมรส ครอบครัวและลูกหลาน	247	87.9
อยู่คนเดียว	34	12.1
สาเหตุที่มาพบแพทย์		
ป่วยเรื้อรัง	160	56.9
เจ็บป่วยเล็กน้อย	121	43.1

ตารางที่ 2 ภาวะสุขภาพ ภูมิหลังทางสังคม สถานภาพทางเศรษฐกิจ ความสบายใจในที่พักอาศัย งานอดิเรก การเคลื่อนไหว นันทนาการ กิจกรรมทางเพศ และความเป็นอยู่ที่ดีของผู้รับบริการสูงอายุ

ปัจจัยต่าง ๆ และ การรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดี	คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	ค่าเฉลี่ยมาตรฐาน	ค่าเบี่ยงเบน	การแปลผล
ภาวะสุขภาพ	1 - 5	3.43	1.05	ปานกลาง
สถานภาพทางสังคม	1 - 5	3.87	1.01	ดี
สถานภาพทางเศรษฐกิจ	1 - 3	1.52	0.77	ปานกลาง
ความสบายใจในที่พักอาศัย	1 - 5	4.16	0.94	ดี
งานอดิเรก	1 - 5	3.66	1.28	ดี
การเคลื่อนไหว	1 - 5	3.61	1.23	ดี
นันทนาการ	1 - 5	3.80	1.14	ดี
กิจกรรมทางเพศ	1 - 5	2.64	0.87	ปานกลาง
การรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดี	18 - 90	69.26	12.33	ดี

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดีของผู้รับบริการ สูงอายุ จำแนกตาม เพศ อายุ การศึกษาและสถานภาพการสมรส

ตัวแปร	การรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดี		
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	p-value
เพศ			0.006*
ชาย (n=103)	66.69	12.90	
หญิง (n=178)	70.91	11.76	
อายุ (ปี)			0.282*
60-69 (n=102)	70.01	12.16	
70-79 (n=106)	70.98	12.06	
≥ 80 ปี (n=53)	66.17	12.52	
การศึกษา			0.080*
ไม่ได้เรียนหนังสือ-ประถมศึกษา (n=111)	69.05	12.84	
มัธยมศึกษา-อนุปริญญา (n=103)	69.93	12.01	
ปริญญาตรีขึ้นไป (n=67)	70.52	11.80	
สถานภาพการสมรส			0.017*
อยู่กับคู่สมรส (n=144)	68.83	11.56	
ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส (n=137)	70.66	12.95	
เพศและสถานภาพการสมรส			0.016**
เพศชายอยู่กับคู่สมรส (n=38)	62.97	1.42	
เพศชายไม่ได้อยู่กับคู่สมรส (n=65)	70.04	1.69	0.014**
เพศหญิงอยู่กับคู่สมรส (n=106)	70.92	1.49	0.003**
เพศหญิงไม่ได้อยู่กับคู่สมรส (n=72)	70.90	1.95	0.006**

* p-value by ANOVA test

** p-value by Tukey test เปรียบเทียบกับกลุ่มเพศชายที่อยู่กับคู่สมรส

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนเพื่อศึกษาตัวแปรต้นที่ส่งผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้รับบริการสูงอายุ

ตัวแปร	β Coefficient	95% Confidence interval		p-value
ความสบายใจในที่พัก	2.44	1.78	3.09	<0.0001
กิจกรรมทางเพศ	0.76	0.47	1.05	<0.0001
ภูมิหลังทางสังคม	2.04	0.89	3.19	<0.0001
นันทนาการ	1.89	0.78	2.99	0.0002
ภาวะสุขภาพ	1.24	0.22	2.26	0.0169

แบบขั้นตอนโดยนำตัวแปรต้นทั้ง 8 ด้านได้แก่ ภาวะสุขภาพ ภูมิหลังทางสังคม สถานภาพทางเศรษฐกิจ ความสบายใจในที่พักอาศัย งานอดิเรก การเคลื่อนไหว นันทนาการ และกิจกรรมทางเพศ เข้าในโมเดลการวิเคราะห์ถดถอย พบว่า ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์การรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดีของผู้รับบริการสูงอายุได้ดีที่สุดและมีนัยสำคัญทางสถิติประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ความสบายใจในที่พักอาศัย ร่วมกับกิจกรรมทางเพศ ภูมิหลังทางสังคม นันทนาการ และภาวะสุขภาพ โดยค่า $R^2 = 0.6032$ (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

ความเป็นอยู่ที่ดีเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากครอบครัว ชุมชน และองค์กรทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เพราะงานของผู้สูงอายุไม่ใช่เพียงแค่การจัดระบบ หรือการสร้างศูนย์ สร้างชมรม มีเบี้ยยังชีพให้สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุเท่านั้น แต่จะต้องมีหลากหลายองค์ประกอบร่วมกันตามที่บรรจุไว้ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าการรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดีของผู้รับบริการสูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี และพบว่าความเป็นอยู่ที่ดีของผู้รับบริการสูงอายุขึ้นอยู่กับเพศและสถานภาพการสมรส โดยพบว่า การรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดีของเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย ซึ่งต่างจากผลงานวิจัยอื่นทั้งในและต่างประเทศที่พบว่าเพศชายมีความได้เปรียบในเรื่องสุขภาพและมีการรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดีสูงกว่าเพศหญิง¹¹⁻¹⁴

ในด้านสถานภาพการสมรส ผู้รับบริการสูงอายุที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรสมีการรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดีสูงกว่าผู้ที่อยู่กับคู่สมรส ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ¹⁵ แต่ขัดแย้งกับงานวิจัยของหลายท่านที่พบว่า การรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดีและความ

ผาสุกของผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส¹²⁻¹⁴ อย่างไรก็ตาม การสำรวจสุขภาพจิตประชากรสูงอายุในประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรสก็สามารถดำรงชีวิตได้โดยไม่มีปัญหาในการดูแลช่วยเหลือตนเองทั้งทางสุขภาพและรายได้¹⁵ การศึกษานี้ยังพบว่า เพศชายที่อยู่กับคู่สมรสมีการรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดีต่ำที่สุด ทั้งนี้ อาจเนื่องจากชนบทรอบนิคมประเพณีและวัฒนธรรมของสังคมไทยในการใช้ชีวิตคู่แตกต่างจากสังคมตะวันตกซึ่งผู้ที่เป็นภรรยาต้องดูแลปรนนิบัติสามีแต่เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุสมรรถภาพด้านต่าง ๆ เริ่มเสื่อมถอย¹⁶⁻¹⁷ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มึปัญหาทางสุขภาพ ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองและสามีลดลง ต้องอยู่ในสภาวะการพึ่งพา ภาระการดูแลกลับเป็นของผู้สูงอายุเพศชาย ทำให้ไม่มีอิสระในการใช้ชีวิต¹⁶ เกิดความเครียด วิตกกังวล เหนื่อยล้าและเบื่อหน่าย อย่างไรก็ตาม การใช้ชีวิตคู่มิได้หมายความว่า จะไม่มีโอกาสทำอะไรได้อย่างอิสระเพราะทุกคนต้องการมีชีวิตอย่างอิสระ ไม่ว่าจะเป็นอิสระทางความคิด อิสระในการใช้จ่าย การท่องเที่ยว การออกกำลังกาย การพบปะเพื่อนฝูง และการเลือกกิจกรรมนันทนาการที่ตนเองมีความพึงพอใจ และมีความสุข

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุมี 5 ด้าน ได้แก่ความสบายใจในที่พักอาศัย กิจกรรมทางเพศ ภูมิหลังทางสังคม นันทนาการ และภาวะสุขภาพ ซึ่งผลการวิจัยนี้ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการคัดกรองความเป็นอยู่ที่ดีของผู้รับบริการสูงอายุ เพื่อวางแผนการดูแลรักษาแบบองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ช่วยให้นักวิชาการทางการแพทย์ มืองค์ความรู้เพิ่มขึ้น และยังสามารถนำไปเผยแพร่สู่สาธารณะเพื่อให้นักวิชาการโดยทั่วไป ผู้สูงอายุ ลูกหลาน รวมทั้งผู้สนใจและผู้ที่เกี่ยวข้อง มีความรู้ในการประเมินภาวะความเป็นอยู่ที่ดีเพื่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยคำนึงถึง ปัจจัยเหล่านี้ เช่น เรื่องที่พอกอาศัยซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญและสนใจมากที่สุด เพราะทำให้เกิดความรูสึกผูกพันที่ยิ่งใหญ่ ไม่ต้องการย้ายหรือเปลี่ยนที่อยู่ใหม่

หรือถ้าจำเป็นก็ต้องการอยู่ใกล้บ้านเดิม ต้องมีความปลอดภัยและมีความเป็นส่วนตัว จะเห็นได้ว่าความสบายใจในที่พักอาศัยมีอิทธิพลต่อจิตใจของผู้สูงอายุมาก เนื่องจากที่พักอาศัยถือเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งในการดำรงชีวิตของมนุษย์ เป็นสิ่งที่สะท้อนถึงสภาพความเป็นอยู่และความมั่นคงของชีวิต

ส่วนภูมิหลังทางสังคมแม้เป็นสิ่งที่ไม่สามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้ก็ตาม แต่จากการสัมภาษณ์ พบว่าการมีบทบาทที่ดีทางสังคมในอดีตทำให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจ รู้สึกเป็นสุข อิ่มเอิบใจทุกครั้งเมื่อหวนคิดถึงอดีตที่มีทั้งทุกข์และสุข นอกจากนี้การแสดงความเคารพ ให้เกียรติ ยกย่องและให้โอกาสผู้สูงอายุมีบทบาททางสังคม มีงานทำแม้จะเกษียณอายุแล้ว จะช่วยส่งผลต่อมโนทัศน์ของตนเอง¹⁶ และมีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดี เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมไว้ซึ่งกิจกรรมหรือการทำงานจะสามารถปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน¹⁸ เพราะทำให้มีสังคม มีเพื่อน เพื่อการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การปรับทุกข์ ช่วยให้มีสัมพันธภาพที่ดี

สำหรับการแสดงออกถึงความรักความห่วงใยซึ่งกันและกันระหว่างคู่สมรสโดยเฉพาะเพศชายที่อยู่กับคู่สมรส และการมีเพศสัมพันธ์ซึ่งเป็นเรื่องที่จะละเอียดอ่อน แม้จะเป็นธรรมชาติ แต่เป็นเรื่องที่ต้องใส่ใจและพิถีพิถันเพราะคุณภาพชีวิตสมรสมีความสัมพันธ์อย่างมากต่อความเป็นอยู่ที่ดี¹⁶ โดยทั่วไปส่วนใหญ่เพศชายยังมีความต้องการ ในขณะที่เพศหญิงมักจะใส่ใจเรื่องความสัมพันธ์ที่ดีมากกว่าการมีเพศสัมพันธ์ เพราะการแสดงออกถึงความรักด้วยการโอบกอด เป็นการสัมผัสอวัยวะที่ใหญ่ที่สุดของร่างกายคือผิวหนัง¹⁹ และเป็นสัมผัสเบื้องต้นของมนุษย์ทุกคนตลอดจนการแสดงความรักความห่วงใย ความเอื้ออาทรที่มีต่อกัน แม้ไม่มีเพศสัมพันธ์ก็ส่งผลให้คู่สมรสมีความสุขความพอใจในชีวิต¹⁹

ผู้สูงอายุควรมีกิจกรรมนันทนาการและการออกกำลังกายที่ตรงกับความต้องการ เหมาะสมกับสภาพร่างกายและภาวะสุขภาพของแต่ละคน นันทนาการเป็นกิจกรรมยามว่างที่ประชากรทุกวัยและทุกคนควรให้ความสนใจเพราะนอกจากได้รับความเพลิดเพลินและผ่อนคลายแล้ว ยังช่วยส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี เป็นการป้องกันโรค ประหยัดทั้งเวลาและค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะการออกกำลังกาย แม้เพียงเล็กน้อยแต่ทำเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้อวัยวะมีสมรรถภาพมากขึ้น รู้สึกกระปรี้กระเปร่าขึ้น มองโลกในแง่ดี และทำให้กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นช่วยลดอาการปวดเมื่อยของกล้ามเนื้อได้เป็นอย่างดี²⁰⁻²¹ นอกจากนี้การฝึกลมหายใจหรือฝึกลมปราณ ในสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก จะช่วยบริหาร

กล้ามเนื้อหน้าอกและช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอดช่วยให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนดีขึ้น

เนื่องจากสุขภาพไม่ใช่เรื่องแยกส่วนแต่เป็นทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากการเชื่อมโยงและประสานสัมพันธ์กันทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม²²⁻²³ การมีสุขภาพที่ดีส่งผลต่อสุขภาพจิตและความมั่นคงในชีวิต ทำให้มีทัศนคติที่ดีในการดำเนินชีวิต จากการสัมภาษณ์ พบว่าภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญมากเท่า ๆ กับเรื่องที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุทุกท่านต้องการมีชีวิตรอบกายได้ภาวะสุขภาพที่ดีอย่างสมวัย สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาคนอื่นจนเกินไป เช่นการรับประทานอาหารเช้า การอาบน้ำ แต่งตัว มีอิสระในการทำกิจกรรมที่ชอบและพึงพอใจผู้สูงอายุไม่ต้องการไปพบแพทย์บ่อย ๆ หรือนอนโรงพยาบาลนาน ๆ อยากรู้ก็ตามผู้สูงอายุจะต้องได้รับการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้องเหมาะสม เนื่องจากทุกระบบของร่างกายมีความเสื่อมถอยลงอยู่ตลอดเวลา แม้จะหยุดยั้งไม่ได้แต่สามารถชะลอให้เสื่อมช้าลงได้ด้วยการดูแลเอาใจใส่สุขภาพทั้งสุขภาพทางกาย จิต อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ หรือองค์รวม

ปัจจุบันการอยู่ดีมีสุขแบบองค์รวมเพื่อความเป็นอยู่ที่ดี ได้รับความสนใจในแวดวงวิชาการด้านการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ สังคมศาสตร์และการพัฒนา²⁴ และผลการศึกษาในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าความเป็นอยู่ที่ดีของผู้รับบริการสูงอายุ เป็นความเป็นอยู่ที่ดีของแต่ละบุคคลที่ครอบคลุมทุกมิติของชีวิตที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับความ เป็นอยู่ที่ดีมีสุขในระดับปัจเจกบุคคล หลายคนขยายสู่ครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติ จะเห็นว่าส่งผลกระทบต่อการพัฒนาอย่างกว้างขวาง แต่ด้วยข้อจำกัดในด้านระยะเวลาที่ทำการศึกษาดังนั้นเพื่อความสมบูรณ์ของงานวิจัยยิ่งขึ้นควรมีการศึกษาต่อยอดจากการวิจัยครั้งนี้โดยการศึกษาแบบ Focus group ในประเด็นที่พบว่าผู้ป่วยสูงอายุเพศชายที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรสมีความสุขมากกว่าผู้ที่อยู่กับคู่สมรส และความสบายใจในที่พักอาศัย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้รับบริการสูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดีสูงสุด เพื่อจะได้องค์ความรู้ใหม่มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัยและให้เผยแพร่ผลงานนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผู้สูงอายุไทย 2550 มุมมอง/เสียงสะท้อนจากข้อมูลสถิติ. กรุงเทพฯ: พี.เอ.อี.พี.วี.จี; 2551. หน้า 1-8.
2. เกื้อ วงศ์บุญสิน. สังคม สว. (ผู้สูงวัย). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551. หน้า 1-13.
3. ปิยสกุล สกลสัตยาทร. เครื่องข่ายสุขภาพมารดาและทารกเพื่อครอบครัวเด็กและเยาวชน ในพระอุปถัมภ์. กรุงเทพฯ: 2550. สืบค้นจาก: <http://mchnetwork.thaihealthykids.com>. สืบค้นเมื่อ 8 กุมภาพันธ์ 2552.
4. Menon J, Nakamura AM. Aging in Asia: trends, impacts and responses. Mandaluyong city: Asian Development Bank; 2009. p. 1-12.
5. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ชีวิตที่ออกแบบได้: Design for life. สืบค้นจาก <http://dspace.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/2741>. สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2552.
6. ประคอง วรรณสุด. สถิติเพื่อการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ (ฉบับปรับปรุงแก้ไข) กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือ ดร.ศรีสง่า; 2523. หน้า 28-84.
7. สุวิมล ตีรกันันท์. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551. หน้า 166-9.
8. Kiefer RA. An integrative review of the concept of well-being. *Holist Nurs Pract* 2008; 22; 244-52.
9. Hinkle ED, Wiersma W, Jurs SG. Applied statistics for behavioral science. 3rd ed. Boston USA: Houghton Mifflin Company; 1994. p. 359-61.
10. Hatcher L, Cary NC. Step by step: basic statistics using SAS. North Carolina: SAS Institute; 2007. p. 625-7.
11. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ศรีจิตรา บุณนาค. ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ. ในหนังสือการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542. หน้า 23-45.
12. Mookherjee HN. Marital status, gender, and perception of well-being. *J Soc Psychol* 1997; 137: 87-105.
13. Mookherjee HN. Perception of well-being among older metropolitans and nonmetropolitan in the United States. *J Soc Psychol* 1998; 138: 72-82.
14. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. บทสรุปผลสำหรับผู้บริหาร การสำรวจสุขภาพจิตคนไทยปี 2552. หน้า 1-4.
15. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: พี.เอ.อี.พี.วี.จี; 2551. หน้า 1-25.
16. สุรกุล เจนอบรม. ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: นิชินแอคเคอร์รี่ทิงกรุ๊ป; 2541. หน้า 14-43.
17. Wachtel TJ, Fretwell MD. Practical guide to the care of the geriatric patient. 3rd ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2007. p. 1-24.
18. สุวรรณีย์ พุทธิศรี, นงพงา ลิ้มสุวรรณ. ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2546; 1: 13-21.
19. พันธุ์ศักดิ์ สุกระฤกษ์. Elderly healthy sex. ในหนังสือการประชุมวิชาการประจำปี วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์; 2552. หน้า 162-167.
20. บรรลุ ศิริพานิช. ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2542. หน้า 39-55.
21. บรรลุ ศิริพานิช. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี; 2551. หน้า 18-42.
22. ประเวศ วะสี. สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี; 2551. หน้า 1-5.
23. อภิชัย มงคล. รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาและทดสอบดัชนีวัดสุขภาพจิตไทยฉบับใหม่ 2546. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2551. หน้า 57-65.
24. ดารุณี จงอุดมการณ์. สุขภาพองค์รวม: วิธีวัดสุขภาพจิตที่ดีมีสุขของประชาชน. *วารสารมนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น* 2549; 2: 58-9.