

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา

Activities of Daily Living and Quality of Life Among Older Adults in Nakhon Ratchasima Province¹

สุนิสา คำขึ้น² หฤทัย กงมหา² ปรังทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์² วิจิตร แผ่นทอง³

Sunisa Khakhuen² Haruethai Kongmaha² Prangthip Thasanoh Elter² Wichitr Phantong³

¹Research granted by Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

³Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Praboromarajchanok Institute

³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

³Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author; Sunisa Khakhuen; Email: sunisa@knc.ac.th

Received: December 9, 2019 Revised: February 4, 2020 Accepted: June 19, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) และศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าวกับปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ จำนวน 400 คน ได้จากการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และ 3) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ซึ่งแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาและจุดประสงค์ เท่ากับ .67-1.00 และแบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .932 และ .955 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และสถิติทดสอบไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับอายุ ($r = -.260, p < .05$) และการมีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลาน ($r_{pb} = -.124, p < .05$) ส่วนคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับอายุ ($r_{pb} = -.123, p < .05$) การมีผู้ดูแล ($r_{pb} = -.110, p < .05$) และโรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วย ($r_{pb} = -.246, p < .05$) และมีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส ($\chi^2 = 8.145$) ระดับการศึกษา ($\chi^2 = 26.209$) ความเพียงพอของรายได้ ($\chi^2 (2, N=400) = 41.286$) อาชีพ ($\chi^2 (5, N=400) = 26.463$) และการประกันสุขภาพ ($\chi^2 = 17.956$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากผลการวิจัยดังกล่าวควรส่งเสริมความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการลดภาระการเลี้ยงดูบุตรหลาน ดูแลรักษาอาการเจ็บป่วย และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอาชีพเสริมเพื่อเพิ่มรายได้ ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมทางกายเพื่อส่งเสริมความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน

คำสำคัญ: ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง; คุณภาพชีวิต; ผู้สูงอายุ



Activities of Daily Living and Quality of Life Among Older Adults in Nakhon Ratchasima Province¹

Sunisa Khakhuen² Haruethai Kongmaha² Prangthip Thasanoh Elter² Wichitr Phantong³

¹Research granted by Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

²Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Praboromarajchanok Institute

³Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author; Sunisa Khakhuen; Email: sunisa@knc.ac.th

Received: December 9, 2019 Revised: February 4, 2020 Accepted: June 19, 2020

Abstract

This descriptive research aimed to investigate activities of daily living (ADL) and quality of life (QOL) of older adults (aged 60 years or more) and explore relationships between the two variables and personal background. The participants consisted of 400 older adults and selected by using multi-stage cluster sampling. Data were collected using 1) a demographic form, 2) the Thai version of ADL and, 3) WHOQOL-BREF-THAI. The content validity of the demographic form gave indexes of item-objective congruences of between .67 and 1. ADL and WHOQOL-BREF-THAI were tested for their reliabilities and found Cronbach's alpha coefficient gave values of .932 and .955, respectively. Descriptive and correlational statistics, including Pearson's correlation coefficient, point-biserial correlation coefficient, and Chi-squared test, were used to analyze data. The results showed that most of the participants were socially bound with good QOL. Their ADL was negatively related to age ($r = -.260, p < .05$) and responsibility to look after children or grandchildren ($r_{pb} = -.124, p < .05$). Their QOL was negatively associated with age ($r = -.123, p < .05$), having care givers ($r_{pb} = -.110, p < .05$), and having chronic illness ($r_{pb} = -.246, p < .05$). In addition, it was statistically significant ($p < .05$) in relation to marital status ($\chi^2 = 8.145$), educational level ($\chi^2 = 26.209$), sufficient income ($\chi^2(2, N=400) = 41.286$), occupation ($\chi^2(5, N=400) = 26.463$), and health insurance ($\chi^2 = 17.956$). The results suggest that ADL and QOL of older adults should be promoted by reducing their responsibility for looking after younger family members, treating sickness, and encouraging them to look for extra jobs to increase their income. Future research should be focused on developing programs of physical activities to promote ADL of older adults in communities.

Keywords: activity of daily living; quality of life; the elderly

ความเป็นมาและความสำคัญ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่สำคัญของโลกและกำลังได้รับความสนใจเนื่องจากแนวโน้มที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มประชากรอื่น ๆ และมีอายุขัยที่เพิ่มมากขึ้นเนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุข¹ โดยกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติคาดการณ์ว่าประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัว จาก 901 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2015 เป็น 1.4 พันล้านคน ในปี ค.ศ. 2030 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นร้อยละ 21.1 ในปี ค.ศ. 2050² สอดคล้องกับภาพรวมของประเทศในกลุ่มอาเซียนซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องช่วงปี พ.ศ. 2523–2593 ยกเว้นสิงคโปร์และไทยซึ่งคาดการณ์ว่าจะลดลงในปี พ.ศ. 2593³ ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 10 และประชากรกลุ่มนี้กำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมากคือ สูงกว่าร้อยละ 4 ต่อปีในขณะที่ประชากรโดยรวมเพิ่มขึ้นด้วยอัตราเพียงร้อยละ .5 เท่านั้น ในปี พ.ศ. 2561 พบว่าประชากรไทยมีจำนวน 66 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรสูงอายุ 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 17.77 ของประชากรทั้งหมด⁴ ทำให้ประเทศไทยติดอันดับ 1 ใน 3 ของประเทศในอาเซียนที่เป็นสังคมสูงวัยที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุจะนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพและความต้องการที่จะได้รับการดูแลเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ สาเหตุหลักเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายตามธรรมชาติอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้อวัยวะต่าง ๆ เสื่อมสภาพลง การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและทางสังคม จากสถานการณ์ด้านสุขภาพการดูแลและบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life year: DALYs) โดยพบว่าสาเหตุ 5 อันดับแรกในผู้ชาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคมะเร็งตับ ส่วนในผู้หญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ สมองเสื่อม และโรคซึมเศร้า⁵ โรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้นนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพซึ่งบั่นทอนสุขภาพ ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว⁶ และนำไปสู่การเสียชีวิตของผู้สูงอายุตามมา

ภาวะสุขภาพเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ เพราะภาวะสุขภาพเป็นภาวะความสมบูรณ์ของร่างกายที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจและอารมณ์ สามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุสามารถประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นความสามารถขั้นพื้นฐานที่ทำให้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้และนับเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในการประเมินผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข การมีสุขภาพที่ดีนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องกับการศึกษา ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะสุขภาพ ($r=0.77, p<0.01$)⁷ และการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั่วประเทศไทย พบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยได้⁸

จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่มากที่สุดและมีประชากรมากเป็นอันดับหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมากเป็นอันดับสองของประเทศไทยรองจากกรุงเทพมหานคร การกระจายของประชากรที่มีความแตกต่างกันมากจากการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา พบว่าผู้สูงอายุส่วนมาก (ร้อยละ 95.4) สามารถทำกิจวัตรต่าง ๆ ได้เอง⁹ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอหนึ่งในเขตชนบท จังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่งมีความพอใจกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (ร้อยละ 50.4) และด้านจิตใจ (ร้อยละ 52.7) ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 6 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วม



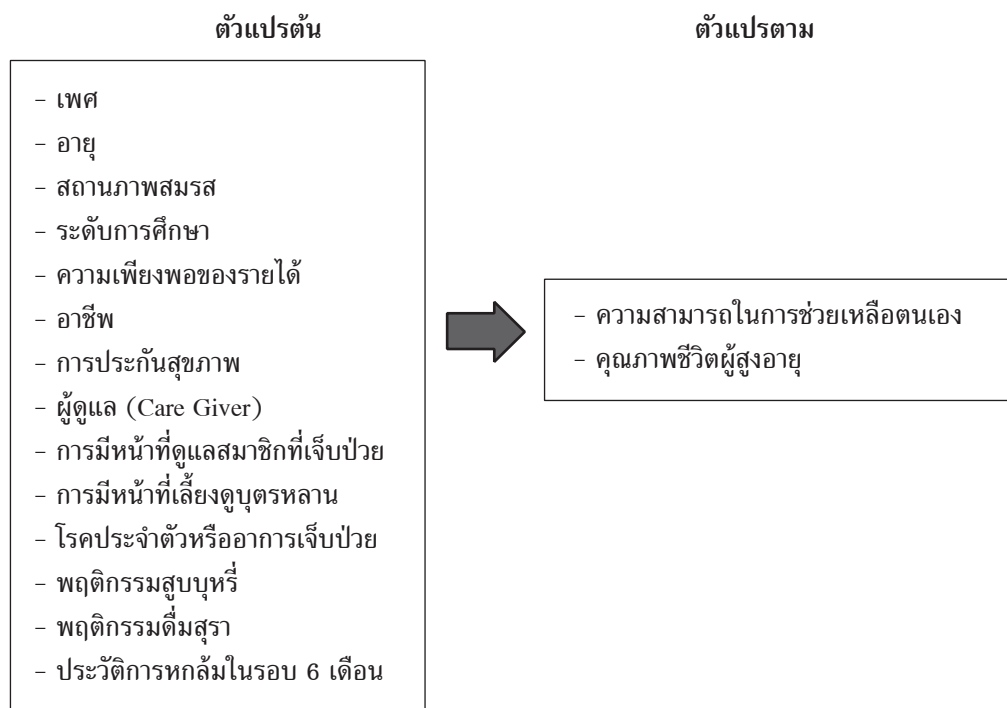
กิจกรรมของชมรม การศึกษา อาชีพ และอายุ โดยสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตด้านร่างกายได้ร้อยละ 30.5 ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 4 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจได้ร้อยละ 21.5¹⁰

การศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมาที่ผ่านมาเพียงการศึกษาเฉพาะบางพื้นที่ ยังไม่มีรายงานการศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุทั้งจังหวัด ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่และมีการกระจายประชากรที่แตกต่างกัน ส่วนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้นแม้ว่าจะมีจำนวนมากขึ้น แต่เป็นการศึกษาในบริบทที่แตกต่างกัน ประกอบกับสังคมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจึงอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญในการศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุทั้งด้านความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิต จึงได้ทำการวิจัยนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับตัวแปรดังกล่าว โดยคาดว่าผลการศึกษจะเป็นประโยชน์ต่อการหาแนวทางสร้างความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุได้ดีขึ้น และนำมาเป็นข้อมูลวางแผนดูแลรวมทั้งส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา
2. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเป็นเชิงพรรณนา (descriptive research) เก็บข้อมูลในระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัยคือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) คือ 1) กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามหลักฐานที่ทางราชการออกให้ 2) สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ 3) ตอบแบบสอบถามได้ 4) มีสติสัมปชัญญะดี 5) ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัยและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria) ได้แก่ มีอาการเจ็บป่วยในระหว่างการตอบแบบสอบถาม การคำนวณขนาดตัวอย่าง ทำโดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan¹¹ โดยทราบจำนวนประชากรเท่ากับ 435,347 คน ความแปรปรวนของประชากร เท่ากับ .50 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ .05 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่าง แบบแบ่งกลุ่มหลายขั้นตอน (multi-stage cluster sampling) จังหวัดนครราชสีมาแบ่งการปกครองออกเป็น 32 อำเภอ โดยจัดกลุ่มเป็น 5 ระดับชั้นตามการปกครองส่วนภูมิภาค คือ ระดับชั้นพิเศษ (อำเภอเมืองนครราชสีมา) และระดับ ชั้นที่ 1-4 ผู้วิจัยสุ่มเลือกอำเภอจากระดับชั้นละ 2 อำเภอ อย่างเป็นอิสระต่อกันด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ยกเว้นระดับชั้นพิเศษกำหนดให้ได้รับการเลือกโดยอัตโนมัติ ได้ทั้งหมด 9 อำเภอ จากนั้นสุ่มเลือก 1 ตำบล จากทุกอำเภอ อย่างเป็นอิสระต่อกันด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย ได้จำนวนตำบลตัวอย่าง 9 ตำบล จากนั้นสุ่มผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตาม หมู่บ้านอย่างอิสระต่อกัน ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ (system sampling) ได้จำนวนผู้สูงอายุตัวอย่าง 44-45 คนต่อตำบล รวมผู้สูงอายุตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วยข้อความดังนี้ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน อาชีพ การประกันสุขภาพ ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย หน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย หน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลาน โรคประจำตัว ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติดื่มสุรา ประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน น้ำหนัก และส่วนสูง

2. ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล¹² จำนวน 10 ข้อ มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน แปลผลคะแนนเป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้หรือกลุ่มติดเตียง (คะแนน ADL=0-4 คะแนน) ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างหรือกลุ่มติดบ้าน (คะแนน ADL=5-11 คะแนน) และผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม (คะแนน ADL>12 คะแนน)

3. ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากเครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ ซึ่งพัฒนาโดยสัวัดน์ มหิตนรินทร์กุลและคณะ¹³ ใช้ประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 26 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 3 ข้อ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ ส่วนคำถามอีก 2 ข้อ เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม ซึ่งไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด แปลผลจากคะแนนคือคุณภาพชีวิตไม่ดี (คะแนน=26-60 คะแนน) คุณภาพชีวิตปานกลาง (คะแนน=61-95 คะแนน) และคุณภาพชีวิตที่ดี (คะแนน=96-130 คะแนน)



การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

เครื่องมือส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุในชุมชน และนักสังคมสงเคราะห์ที่รับผิดชอบงานด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาและจุดประสงค์ (index of item-objective congruence) เท่ากับ .67 – 1.00

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

เครื่องมือส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ และส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .93 และ .95 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา COA No. 006/2562 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย บอกประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ แจ้งสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย สามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้โดยไม่ต้องแจ้งให้คณะผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ในการเข้าร่วมการวิจัยนี้ไม่มีความเสี่ยงที่เกิดจากการวิจัย อาจมีความเสี่ยงเล็กน้อยที่ไม่มากกว่าความเสี่ยงในชีวิตประจำวัน เช่น อาจทำให้เสียเวลา ไม่สะดวก และการเข้าร่วมการวิจัยนี้ หากรู้สึกอึดอัดเหนื่อย หรือไม่สบายใจกับบางคำถามในระหว่างการตอบแบบสอบถาม มีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ สามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ทุกขณะ สามารถถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ผลต่อการดูแลรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างไรก็ตามผู้วิจัยมีแนวทางในการป้องกันแก้ไขโดยผู้ช่วยวิจัยจะสอบถามความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม และได้จัดสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว เพื่อสามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระ ลดความอึดอัดใจที่เกิดขึ้น รวมถึงสามารถพักระหว่างการตอบแบบสอบถามได้ หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านข้อความได้ ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 40 นาที รวมทั้งเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลกระทำในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยส่งหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์เข้าทำการเก็บข้อมูลการวิจัยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง และติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อให้ข้อมูลรายละเอียดของโครงการวิจัย เช่น วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย การปกปิดความลับ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ
2. ผู้วิจัยรับสมัครผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีคุณสมบัติ คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 และมีประสบการณ์ในการทำงานด้านผู้สูงอายุอย่างน้อย 2 ปี จำนวน 10 คน
3. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้แบบสอบถามกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกับผู้วิจัยและมีทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยก่อนและในระหว่างการเก็บข้อมูล และให้สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา
4. ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยคัดกรองคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้สูงอายุแล้วแนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพ อธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัยตามเอกสารชี้แจง และถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ หากผู้สูงอายุสมัครใจจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมด้านการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการลงนามแสดงความยินยอม



5. หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง และตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics)
2. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับอายุวิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับเพศ การมีผู้ดูแล การมีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย การมีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลาน โรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วย พฤติกรรมสูบบุหรี่ พฤติกรรมดื่มสุรา และประวัติการทกล้มในรอบ 6 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียล (point biserial correlation coefficient)
4. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับสถานภาพสมรสระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ และการประกันสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง และความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคลกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเสนอตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.75) น้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 56.95 กิโลกรัม (SD=10.23) ส่วนสูงเฉลี่ย 156.92 เซนติเมตร (SD=7.36) อายุเฉลี่ย 70.26 ปี (SD=8.33) เมื่อจำแนกตามช่วงอายุพบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.25) เป็นผู้สูงอายุตอนต้น คือ อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 62.25) ได้รับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 86.75) มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 48.00) และประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 50.50) ทุกคนมีหลักประกันสุขภาพโดยส่วนมากเป็นสิทธิบัตรทอง (ร้อยละ 86.50) มีบุตรเป็นผู้ดูแล (ร้อยละ 65.20) ไม่มีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย (ร้อยละ 77.25) หรือเลี้ยงดูบุตรหลาน (ร้อยละ 59.25) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 62.00) ไม่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ (ร้อยละ 90.75) หรือดื่มสุรา (ร้อยละ 90.25) และไม่มีประวัติการทกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 90.00) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N=400)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	141	35.25
หญิง	259	64.75
อายุ		
60-69 ปี	213	53.25
70-79 ปี	131	32.75



ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
80 ปีขึ้นไป	56	14.00
อายุเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 70.26 ปี		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 8.33		
สถานภาพสมรส		
โสด	26	6.50
สมรสคู่	249	62.25
หม้าย	117	29.25
หย่าร้าง/ แยก	8	2.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	4	1.00
ประถมศึกษา	347	86.75
มัธยมศึกษา	18	4.50
อนุปริญญา	7	1.75
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	24	6.00
ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน		
ไม่เพียงพอ	85	21.25
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	192	48.00
เพียงพอเหลือเก็บ	123	30.75
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	148	37.00
ข้าราชการบำนาญ	21	5.52
ค้าขาย	14	3.50
เกษตรกรรม	202	50.50
รับจ้าง	14	3.50
ธุรกิจส่วนตัว	1	.25
การประกันสุขภาพ		
บัตรทอง	346	86.50
สวัสดิการข้าราชการ	52	13.00
ประกันสุขภาพเอกชน	2	.50
การมีผู้ดูแล		
ไม่มี	58	14.50
มี	342	85.50
คู่สมรส	91	26.61
บุตร	223	65.20
หลาน	19	5.56
ญาติพี่น้อง	9	2.63



ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การมีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย		
ไม่มี	309	77.25
มี	91	22.75
คู่สมรส	63	69.23
บุตร	18	19.78
หลาน	4	4.40
ญาติพี่น้อง	6	6.59
การมีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลาน		
ไม่มี	237	59.25
มี	163	40.75
บุตร	24	14.72
หลาน	139	85.28
โรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วย		
ไม่มี	152	38.00
มี	248	62.00
1 โรค	152	61.29
มากกว่า 2 โรคขึ้นไป	96	38.71
พฤติกรรมสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	363	90.75
สูบบุหรี่	39	9.25
พฤติกรรมดื่มสุรา		
ไม่ดื่มสุรา	361	90.25
ดื่มสุรา	39	9.75
ประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน		
ไม่เคยหกล้ม	360	90.00
หกล้ม	40	10.00
น้ำหนัก		
น้ำหนักเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 56.95 กิโลกรัม		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 10.23		
ส่วนสูง		
ส่วนสูงเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 156.92 เซนติเมตร		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 7.36		

2. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (ร้อยละ 96.75) และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ร้อยละ 57.50) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (N=400)

ตัวแปร	ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ			
ผลรวม ADL (Mean=19.14, SD=2.88)			
พึ่งตนเองได้ดี (กลุ่มติดสังคม)	มากกว่าหรือเท่ากับ 12	387	96.75
ดูแลตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน)	5-11	5	2.00
พึ่งตนเองไม่ได้ (กลุ่มติดเตียง)	0-4	5	1.25
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ			
ผลรวมคุณภาพชีวิต (Mean=98.71, SD=15.28)			
คุณภาพชีวิตที่ดี	96-130	23	57.50
คุณภาพชีวิตปานกลาง	61-95	170	42.50
คุณภาพชีวิตไม่ดี	26-60	0	.00

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r = -.260, p < .05$) และการมีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ($r_{pb} = -.124, p < .05$) ส่วนเพศ การมีผู้ดูแล การมีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย โรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วย พฤติกรรมสูบบุหรี่ พฤติกรรมดื่มสุรา และประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ($p > .05$) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

4. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r = -.123, p < .05$) การมีผู้ดูแล โรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r_{pb} = -.110, r_{pb} = -.246, p < .05$) ตามลำดับ ส่วนเพศ การมีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย การมีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลาน พฤติกรรมสูบบุหรี่ พฤติกรรมดื่มสุรา และประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($p > .05$) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และปัจจัยส่วนบุคคล (N=400)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	
	ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง	คุณภาพชีวิต
เพศ	-.073 (r_{pb})	-.020 (r_{pb})
การมีผู้ดูแล	.017 (r_{pb})	-.110* (r_{pb})
การมีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย	-.094 (r_{pb})	-.028 (r_{pb})
การมีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลาน	-.124* (r_{pb})	-.007 (r_{pb})
โรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วย	.056 (r_{pb})	-.246* (r_{pb})
พฤติกรรมการสูบบุหรี่	-.055 (r_{pb})	.013 (r_{pb})
พฤติกรรมการดื่มสุรา	-.057 (r_{pb})	.010 (r_{pb})
ประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน	-.026 (r_{pb})	.051 (r_{pb})
อายุ	-.026* (r)	-.123* (r)

หมายเหตุ: * ($p < .05$) r_{pb} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล r = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน



5. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ การประกันสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ($p>.05$) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคล (N=400)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง				χ^2	P-value
	กลุ่ม ติดสังคม n (%)	กลุ่ม ติดบ้าน n (%)	กลุ่ม ติดเตียง n (%)	รวม n (%)		
สถานภาพสมรส					1.802	.971 ^a
โสด	26 (100)	0 (0)	0 (0)	26 (100)		
สมรสคู่	240 (96.4)	6 (2.4)	3 (1.2)	249 (100)		
หม้าย	113 (96.6)	2 (1.7)	2 (1.7)	177 (100)		
หย่าร้าง/ แยก	8 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
ระดับการศึกษา					8.542	.410 ^a
ไม่ได้รับการศึกษา	3 (75.0)	1 (25.0)	0 (0)	4 (100)		
ประถมศึกษา	335 (96.5)	7 (2.0)	5 (1.4)	347 (100)		
มัธยมศึกษา	18 (100)	0 (0)	0 (0)	18 (100)		
อนุปริญญา	7 (100)	0 (0)	0 (0)	7 (100)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	24 (100)	0 (0)	0 (0)	24 (100)		
ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน					2.048	.761 ^a
ไม่เพียงพอ	84 (98.8)	1 (1.2)	0 (0)	85 (100)		
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	184 (95.8)	4 (2.1)	4 (2.1)	192 (100)		
เพียงพอเหลือเก็บ	119 (96.7)	3 (2.4)	1 (0.8)	123 (100)		
อาชีพ					16.274	.135 ^a
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	138 (93.2)	6 (4.1)	4 (2.7)	148 (100)		
ข้าราชการบำนาญ	21 (100)	0 (0)	0 (0)	21 (100)		
ค้าขาย	14 (100)	0 (0)	0 (0)	14 (100)		
เกษตรกร	202 (99.0)	1 (0.5)	1 (0.5)	202 (100)		
รับจ้าง	13 (92.9)	1 (7.1)	0 (0)	14 (100)		
ธุรกิจส่วนตัว	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0(0)		
การประกันสุขภาพ					4.638	.533 ^a
บัตรทอง	334 (96.5)	8 (2.3)	4 (1.2)	346 (100)		
สวัสดิการข้าราชการ	51 (98.1)	0 (0)	1 (1.9)	52 (100)		
ประกันสุขภาพเอกชน	2 (100)	0 (0)	0 (0)	2 (100)		

6. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า สถานภาพสมรส ($\chi^2=8.145$) ระดับการศึกษา ($\chi^2=262.09$) ความเพียงพอของรายได้ ($\chi^2 (2, N=400)= 41.286$) อาชีพ ($\chi^2 (5, N= 400)= 26.463$) และการประกันสุขภาพ ($\chi^2=17.956$) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ $p<.05$ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 6



ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคล (N=400)

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิต				χ^2	df	P-value
	ดี n (%)	ปานกลาง n (%)	ไม่ดี n (%)	รวม n (%)			
สถานภาพสมรส					8.145		.039*
โสด	14 (53.8)	12 (46.2)	0 (0)	26 (100)			
สมรสคู่	147 (59.0)	102 (41.0)	0 (0)	249 (100)			
หม้าย	61 (52.1)	56 (47.9)	0 (0)	177 (100)			
หย่าร้าง/ แยก	8 (100)	0 (0)	0 (0)	8 (100)			
ระดับการศึกษา					26.206		.000*
ไม่ได้รับการศึกษา	0 (0)	4 (100)	0 (0)	4 (100)			
ประถมศึกษา	189 (54.5)	158 (45.5)	0 (0)	347 (100)			
มัธยมศึกษา	12 (66.7)	6 (33.3)	0 (0)	18 (100)			
อนุปริญญา	6 (85.7)	1 (14.3)	0 (0)	7 (100)			
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	23 (94.8)	1 (4.2)	0 (0)	24 (100)			
ความเพียงพอของรายได้					41.286	2	.000*
ไม่เพียงพอ	30 (35.5)	55 (64.7)	0 (0)	85 (100)			
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	103 (53.6)	89 (46.4)	0 (0)	192 (100)			
เพียงพอเหลือเก็บ	97 (78.9)	26 (21.1)	0 (0)	123 (100)			
อาชีพ					26.463	5	.000*
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	66 (44.6)	82 (55.44)	0 (0)	148 (100)			
ข้าราชการบำนาญ	20 (95.2)	1 (4.8)	0 (0)	21 (100)			
ค้าขาย	7 (50.0)	7 (5.0)	0 (0)	14 (100)			
เกษตรกรรม	126 (50.0)	76 (37.6)	0 (0)	202 (100)			
รับจ้าง	10 (71.4)	4 (28.6)	0 (0)	14 (100)			
ธุรกิจส่วนตัว	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1 (100)			
การประกันสุขภาพ					17.956		.000*
บัตรทอง	185 (53.5)	161 (46.5)	0 (0)	346 (100)			
สวัสดิการข้าราชการ	51 (82.7)	9 (17.3)	0 (0)	52 (100)			
ประกันสุขภาพเอกชน	2 (100)	0 (0)	0 (0)	2 (100)			

หมายเหตุ: a Fisher's exact test *(p<.05)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้อธิบายตามสมมุติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.14 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ซึ่งสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทำอะไรได้ด้วยตนเองสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยสูงอายุตอนต้น

มีความเสื่อมถอยของร่างกายไม่มาก ร่างกายแข็งแรงสุขภาพดี สามารถช่วยเหลือตนเองและปฏิบัติกิจวัตรได้ด้วยตนเอง สามารถดำรงชีวิตได้ตามลำพัง¹⁴

จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งอธิบายได้ว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยสูงอายุตอนต้น มีความเสื่อมถอยของร่างกายไม่มาก ร่างกายแข็งแรงสุขภาพดี สามารถช่วยเหลือตนเองและปฏิบัติกิจวัตรได้ด้วยตนเอง สามารถดำรงชีวิตได้ตามลำพัง¹⁴ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่พิการด้วยโรคหลอดเลือดสมอง¹⁵ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่พิการด้วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของจินตนา สุวิทวัส ศรีเทียน ตรีศิริรัตน์ และณิชาธร ภาโนมัย¹⁶ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเมเร็งที่เข้ารับการรักษาในแผนกการพยาบาลบำบัดพิเศษโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุโรคเมเร็งทั้งเพศชายและเพศหญิงส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีความเสื่อมถอยของร่างกายไม่มาก จึงยังมีความสามารถในการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2¹⁷ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

การมีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม ซึ่งสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงจึงสามารถเลี้ยงดูบุตรหลานได้

2. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 98.71 คะแนน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นผู้สูงอายุอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นและเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ซึ่งสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ร่างกายแข็งแรง สุขภาพดี จึงส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต หมายถึงเมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้นคุณภาพชีวิตจะลดลง สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ของนงนุช แยมวงษ์¹⁸ และ การศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่แห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา ของสมคิด แทวกระโทก¹⁹ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย และผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีการปรับตัวและเผชิญปัญหาต่างกัน อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดสุโขทัย²⁰ ซึ่งพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุของนงนุช แยมวงษ์¹⁸ และการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดฉะเชิงเทรา ของศรinya สถิตย²¹ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะประเมินคุณภาพชีวิตในระดับที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษา มีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เรียนจบระดับประถมศึกษา จึงมีความรู้ความสามารถขั้นพื้นฐาน สามารถอ่านเขียนและสื่อสารได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นตามมา

ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแห่งหนึ่งใน



จังหวัดปทุมธานี ของเสาวณีย์ ระพีพรกุล²² และการศึกษาของนนุช แยมวงษ์¹⁸ เนื่องจากการมีรายได้ที่เพียงพอเป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญในชีวิตที่จะทำให้สามารถนำมาเป็นค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการดำรงชีพและสามารถตอบสนองความต้องการตามที่ตนเองปรารถนา กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอที่จะใช้จ่ายในชีวิตประจำวันแม้จะไม่เหลือเก็บ แต่การมีรายได้ที่เพียงพอทำให้ไม่มีหนี้สิน ในทางตรงข้ามหากผู้สูงอายุมีรายได้ที่ไม่เพียงพอทำให้ต้องเป็นภาระผู้อื่นในด้านค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีตามมา

อาชีพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของเด่น นวลโธสง และสุภาภรณ์ สุดหนองบัว²⁰ ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ซึ่งอาชีพเกษตรกรนั้นเป็นการทำกิจกรรมทางกายในระดับปานกลาง มีการเคลื่อนไหวออกแรงที่ใช้กล้ามเนื้อต่าง ๆ ได้ออกแรงและออกกำลังกายทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเจษฎา นกน้อยและวรรณภรณ์ บริพันธ์²³ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดหนึ่งทางภาคใต้ และพบว่าอาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ เพราะการมีอาชีพที่มั่นคง มีรายได้ที่แน่นอนมีส่วนช่วยให้ชีวิตความเป็นอยู่ในวัยสูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดีและทำให้คุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

การประกันสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรทอง ซึ่งช่วยให้มีหลักประกันในการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย มีสิทธิรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล ทำให้ผู้สูงอายุไม่ต้องกังวลกับค่ารักษาพยาบาล ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเสมอ จิตพล²⁴ ศึกษาการจัดสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่แห่งหนึ่งของจังหวัดเพชรบุรี พบว่าการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระดับปานกลาง โดยผู้สูงอายุมีความต้องการสวัสดิการสังคมด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับสูงสุด เพราะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตรง

โรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ซึ่งการที่ผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญกับการมีโรคประจำตัวส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลงตามมา สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประเทศอิหร่าน ของ Eliasi, Rasi & Tavakoli²⁵ และ การศึกษาของเด่น นวลโธสง สุภาภรณ์ สุดหนองบัว²⁰ แต่ผลการศึกษาขัดแย้งกับการศึกษาของศรinya สถิตย²¹ และนนุช แยมวงษ์¹⁸ ที่พบว่าโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากส่วนใหญ่เพิ่มโรคประจำตัวและยังสามารถดูแลตนเองได้ดี และยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นเรื่องของธรรมชาติจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจในชีวิตและประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของสมคิด แทวกระโทก¹⁹ ที่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มิคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดและหม้าย ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ การมีคู่สมรสทำให้มีเพื่อนพูดคุย สามารถระบายความทุกข์ใจในคู่ชีวิตฟังได้ มีคนคอยรับฟังปัญหา มีกำลังใจ ไม่รู้สึกเหงา มีคนคอยให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของศรinya สถิตย²¹ พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การมีผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งอธิบายได้ว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแลเมื่อยามเจ็บป่วยจะประเมินคุณภาพชีวิตต่ำ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นและเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ยังคงเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพและมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ดูแลตนเองพึ่งพาตนเองได้ และช่วยเหลือผู้อื่นได้อย่างสมบูรณ์ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเมื่อได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ²⁶ ตรงข้ามกับ

การศึกษาของเจษฎา นกน้อย และวรรณภรณ์ บริพันธ์³ พบว่าผู้สูงอายุที่มีบุตรหลานคอยดูแลในยามเจ็บป่วยจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหลานดูแล เนื่องจากการมีบุตรหลานคอยดูแลช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการดูแลตนเองไม่ถูกทอดทิ้ง ให้อยู่เพียงลำพัง²⁴ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของศรีญา สถิตย์²¹ พบว่าผู้ดูแลเมื่อยามเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ควรมีการส่งเสริมความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง โดยเริ่มทำตั้งแต่มาก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุหรือในวัยผู้สูงอายุตอนต้น 60-69 ปี เนื่องจากผลการวิจัยความสามารถในการช่วยเหลือตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุ

2. ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีรายได้และการส่งเสริมอาชีพในผู้สูงอายุ ทั้งในเชิงนโยบายและการนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ส่งเสริมแนวคิดศักยภาพในผู้สูงอายุลดค่านิยมที่ “ผู้สูงอายุทุกคนควรหยุดทำงานอยู่บ้านเลี้ยงหลาน” เป็นการเพิ่มคุณค่าและเกิดรายได้ด้วยตนเอง มีความมั่นคงในชีวิตด้านเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองมากขึ้นและคุณภาพชีวิตดีขึ้น

3. ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมในปัจจัยต่าง ๆ เช่น ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ ความเชื่อในประสิทธิภาพแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางครอบครัว การจัดการตนเอง การดูแลตนเอง ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ความเชื่อด้านสุขภาพ กิจกรรมทางกาย เพื่อการพัฒนารูปแบบการพัฒนาความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิต

4. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมทางกายเพื่อส่งเสริมความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในชุมชน

5. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนการพัฒนาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

References

1. World Health Organization (WHO). Health impact assessment: The determinants of health. [internet]. 2019 [cited 2019 May 15]. Available from: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>
2. United Nations Population Fund. Ageing in the twenty-first century: A celebration and a challenge. New York: UNFEA.2012.
3. Office of the Permanent Secretary. Population ageing in Thailand: Present and future [internet]. 2014 [cited 2019 May 15]. Available from: <http://www.m-society.go.th/>
4. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. hailandometers [internet]. 2019 [cited 2019 May 15]. Available from: <http://www.thailandometers.mahidol.ac.th/>
5. Kumsuchat S. Health problems and health care needs among Thai elderly: Policy recommendations. Journal of Health Science 2017;26(6):1156-64. (in Thai)
6. Prachuabmoh V. Situation of the elderly in Thailand, year 2011 Bangkok: Phongphanaich Co., Ltd. 2012. (in Thai)
7. Tongdee J, Rongmuang D, Nakchatree C. Health status and quality of life among the elderly in the southern border provinces of Thailand. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2012;22(3):88-99. (in Thai)
8. Boukeaw P, Teungfung R. Health care and health status of Thai aging. Journal of the Association of Researchers 2016;21(2):94-109. (in Thai)



9. Petchprapai N. A survey of health status among the older adults who live in Muang district Nakhon Ratchasima province. *Songklanagarind Medical Journal* 2015;33(1):21–30. (in Thai)
10. Jiandon C, Suwannapong N, Boonshuyar C, Howteerakul N. Quality of life of rural elderly in Wangnamkheaw district, Nakhon Ratchasima province. *Journal of Public Health*:20114.1(3):229–239. (in Thai)
11. Krejcie RV. & Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970;30(3):607–10.
12. Sutthichai Jitapunkul. Principles of geriatric medicine. Bangkok: CU Printing House. 2541.(in Thai)
13. Suwat Mahantanirankul, Wirawan Tantipiwattanakul, Wanida Pumwaisanchai, Krongjit Wongsuwan and Raneer Ponmanajirangkul. Comparison between The WHOQOL 100 indicators and the WHO BREF (26 indicators). Chiang Mai: Suanprng.1997 (in Thai)
14. Wongpanarak N, Chaleoykitti S. Depression: A significant mental health problem of elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2014;15(3):24–31. (in Thai)
15. Pei L, Zang XY, Wang Y, Chai QW, Wang JY, Sun CY, et al. Factors associated with activities of daily living among the disabled elders with stroke. *International Journal of Nursing Sciences*. 2016;3: 29–34.
16. Suwittawat C, Trisirirat S, Panomai N. The relationship between basic conditioning factors and self-care agency of the hospitalized elderly patients with cancer in nursing care department. *Srinagarind Medical Journal* 2014;29(4):377–82. (in Thai)
17. Partiprajak S, Hanucharunkul S, Piaseu N. Factors predicting self-care abilities and quality of life in persons with type 2 diabetes. *Ramathibodi Nursing Journal* 2014;20(1):97–111. (in Thai)
18. Yamwong N. Quality of life and physical activities of daily living among elderly patients at HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. *Journal of Medicine and Health Sciences* 2014;21(1):37–44. (in Thai)
19. Tawkratoke S. Guidelines for Quality of life development for the elderly of subdistrict administrative organizations in the area of Chakkarat district, Nakhon Ratchasima province. *NRRU Community Research Journal* 2017;11(1):158–70. (in Thai)
20. Naulthaisong D, Sudnongbua S. Quality of life among elderly people in the responsibility of Wangmaikon Sub-district Administrative Organization, Sawankhalok district, Sukhothai Province. *Social Sciences Research and Academic Journal* 2016;11:89–104. (in Thai)
21. Satit S. Factors relating to quality of life of the elderly in Koh Kanun sub-district, Panom Sarakham district, Chachoengsao province. *Journal of Rajanagarindra* 2016;13(30):133–141. (in Thai)
22. Rapeepornkul S. Personal factors related with quality of life among the elderly with chronic non-communicable diseases in the health promoting hospital. Bueng Kham Phroi Tambon, Moo 11, Lumlukka district, Pathumthanee province [internet]. 2019 [cited 2019 Sep 25]. Available from:<http://www.western.ac.th/media/attachments/2017/09/13/elder.pdf>
23. Noknoi1 C, Boripunt W. The quality of life of elders in Songkhla province. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2017;9(3):94–10. (in Thai)
24. Judpoon S. Social welfare management for developing quality of life of the elderly in ubdistrict Administrative Organization, Banlat district, Veridian E-Journal Silpakorn University Phetchaburi. *Veridian E-Journal, Silpakorn University* 2013;6(3):510–9. (in Thai)



25. Eliasi LG, Rasi HA, Tavakoli A. Factors affecting quality of life among elderly population in Iran. *Humanities and Social Sciences* 2017;5(1):26-30.
26. Sangtom J. Aging society (complete aged): The elderly condition of good quality. *Rusamilae Journal* 2017;38(1):6-28. (in Thai)