



ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบบริการระยะยาวกรุงเทพมหานคร

Predictive Factors for the Quality of Life of Dependent Older Adults under the Long Term Care system in Bangkok

สุนิสา วิลาสรี¹ ขวัญใจ อำนจสัตย์ชื้อ² พัชรพร เกิดมงคล² เพลินพิศ บุญยมาลิก²

Sunisa Vilasri¹ Kwanjai Amnatsatsue² Patcharaporn Kerdmongkol² Plempit Boonyamalik²

¹นักศึกษาหลักสูตร พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

²ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹M.N.S. (Community Nurse Practitioner), Department of Public Health Nursing,
Faculty of Public Health, Mahidol University

²Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

Corresponding author: Kwanjai Amnatsatsue; E-mail: kwanjai.amn@mahidol.ac.thm

Received: March 31, 2020 Revised: June 9, 2020 Accepted: June 13, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 133 คน ที่มีภาวะพึ่งพิง และขึ้นทะเบียนรับบริการการดูแลระยะยาวที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 6 แห่งในกรุงเทพมหานครที่คัดเลือกแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (59.4%) ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน (85.0%) และมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (67.0%) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ความเพียงพอของรายได้ ความพึงพอใจในบริการ และการได้รับการดูแลที่บ้านโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุและเครือข่ายสุขภาพ สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ร้อยละ 38.6 ($p < 0.05$) ผลการศึกษาครั้งนี้ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถนำไปพัฒนาคุณภาพบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกรุงเทพมหานคร โดยเน้นการสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านการเงินและอุปกรณ์ เพื่อส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม และสนับสนุนการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือเครือข่ายสุขภาพ ในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง นอกจากนี้ควรพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวเชิงป้องกันที่เน้นการจัดการโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะพึ่งพิงและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: กรุงเทพมหานคร; คุณภาพชีวิต; ผู้สูงอายุ; ภาวะพึ่งพิง



Predictive Factors of Quality of Life in Dependent Older Adults under the Long Term Care system in Bangkok

Sunisa Vilasri¹ Kwanjai Amnatsatsue² Patcharaporn Kerdmongkol² Plernpit Boonyamalik²

¹M.N.S. (Community Nurse Practitioner), Department of Public Health Nursing,
Faculty of Public Health, Mahidol University

²Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

Corresponding author: Kwanjai Amnatsatsue; E-mail: kwanjai.amn@mahidol.ac.thm

Received: March 31, 2020 Revised: June 9, 2020 Accepted: June 13, 2020

Abstract

This descriptive research aimed to examine the quality of life and its predictive factors among dependent older adults. The participants were 133 dependent older adults aged 60 years and older who registered under the long term care program. The participants were randomly recruited from the selected 6 public health centers in Bangkok using the multi-stage sampling technique. Each subject was interviewed by the researcher using a structured questionnaire. Most subjects were female (59.4%), homebound (85.0%), and having a moderate quality of life (67.0%). According to the multivariate regression analysis, it was indicated that social support, functional status, income adequacy, service satisfaction, and home visit by caregivers can jointly predict about 38.6 % of variance in quality of life among dependent older adults ($p < .05$). These findings can be applied by a community nurse practitioner to improve service quality for dependent older adults living in the Bangkok metropolitan area by focusing on social support, including financial and material support, to increase functional status and to support caregivers during their care giving at home. In addition, preventive long term care focusing on chronic disease management should be developed for older adults to prevent disability and to promote their quality of life.

Keywords: Bangkok metropolitan; quality of life; older adults; dependent

ความเป็นมาและความสำคัญ

ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลกเกิดปรากฏการณ์ประชากรสูงอายุโดยเฉพาะในกลุ่มประเทศอาเซียน พบว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุเป็นลำดับที่ 2 รองจากประเทศสิงคโปร์ ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 16.5¹ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและคาดว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์คือมีประชากรสูงอายุร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564² และพบว่าเมื่ออายุมากขึ้นความชุกของการเกิดโรคเรื้อรังและจำนวนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะเพิ่มขึ้นจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2555 พบว่า ประชากรสูงอายุร้อยละ 15.0 มีภาวะทุพพลภาพและมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) พบว่ามีจำนวนประมาณ 1.3 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 21³ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ อาจนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงได้

กรุงเทพมหานครมีประชากรสูงอายุมากที่สุดเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่น⁴ คิดเป็นร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมดปัญหาสุขภาพ 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมองซึ่งปัญหาโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะทุพพลภาพ ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการดำรงชีวิต ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรง ในปี พ.ศ. 2560 สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ได้ทำบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานการจัดระบบดูแลและยาระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (long term care) ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจัดบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นการให้บริการ ณ ครุฑเรือนหรือหน่วยบริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยมีศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 68 แห่ง เข้าร่วมโครงการ แม้ว่าการให้บริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์นี้จะดำเนินการมาเป็นเวลามากกว่า 1 ปี แต่ยังไม่มีการศึกษาว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับบริการดังกล่าวมีคุณภาพชีวิตอย่างไรและมีปัจจัยใดบ้างที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้

คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของบุคคลภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิต ความคาดหวังมาตรฐาน และสิ่งที่บุคคลเกี่ยวข้องอยู่กันเป็นผลซับซ้อนมาจากสุขภาพร่างกาย จิตใจ ระดับความเป็นอิสระ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และความเชื่อส่วนบุคคล⁵ ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตและความสามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใน 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ความสามารถในการรับรู้ (2) ความเป็นตัวของตัวเอง (3) ความสำเร็จและความคาดหวังในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต (4) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (5) การเผชิญหน้ากับความตายและ (6) การมีปฏิสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปและกลุ่มที่มีโรคเรื้อรัง⁷⁻¹⁶ และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ศาสนาลักษณะครอบครัว^{8,11-16} และยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ¹⁶ ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ทางชีววิทยา ได้แก่ โรคประจำตัว¹⁶ ปัจจัยด้านอาการ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า¹³ ปัจจัยด้านภาระการทำหน้าที่ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการทำหน้าที่ของร่างกาย¹²⁻¹⁵ และยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ¹⁵ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม¹²⁻¹³ โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ¹³ ส่วนการศึกษาคูณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นยังจำกัด โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนของกรุงเทพมหานครและได้รับการบริการระยะยาวของสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จึงมีความสนใจที่จะศึกษาคูณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกรุงเทพมหานคร เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพการดูแลระยะยาวเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกรุงเทพมหานครมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



วัตถุประสงค์การวิจัย

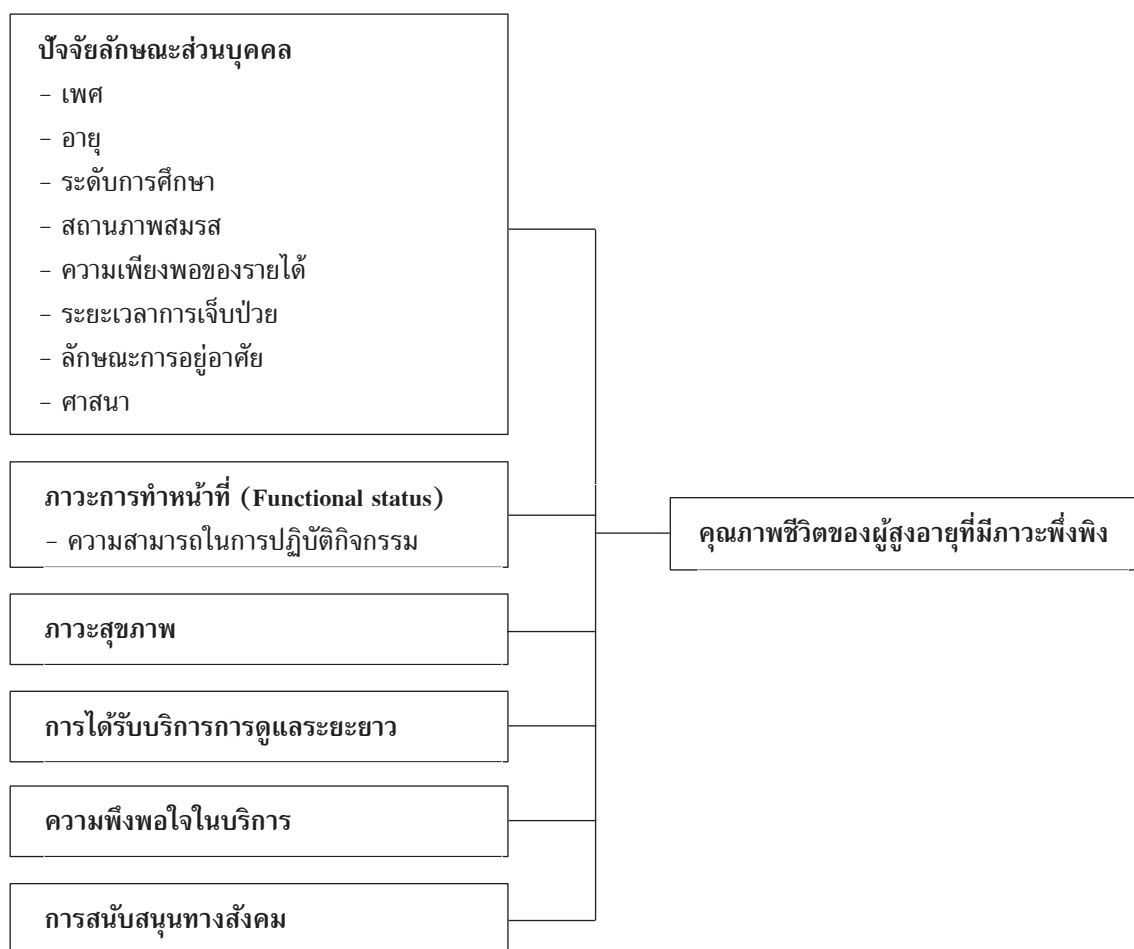
1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ภาวะสุขภาพ การได้รับการดูแลระยะยาว ความพึงพอใจในบริการ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ภาวะสุขภาพ การได้รับการดูแลระยะยาว ความพึงพอใจในบริการ การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากการทบทวนวรรณกรรมและการประยุกต์แนวคิด Health-Related Quality of Life สำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับบริการระยะยาว¹⁷ กำหนดตัวแปรที่ศึกษาดังแสดงในกรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย





วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analysis) โดยศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีภาวะพึ่งพิงและขึ้นทะเบียนรับบริการสุขภาพจากศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีจำนวน 18,399 คน¹⁸ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ขึ้นทะเบียนรับบริการระยะยาวจากศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในการศึกษา (inclusion criteria) คือ อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไปสามารถพูดคุยสื่อสารได้ มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) น้อยกว่า 12 คะแนน และสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาส่วนเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ มีภาวะสมองเสื่อม และญาติไม่สมัครใจให้เข้าร่วมการศึกษา

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของแดเนียล¹⁹ เมื่อทราบประชากรที่แน่ชัด ซึ่งขนาดประชากรมีจำนวน 18,399 คน และสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง จากผลการศึกษาของ อกันตริ บัวเหลือง¹² ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู เท่ากับ .913 คำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 121 คนผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 133 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) เริ่มจากสุ่มเลือกศูนย์บริการสาธารณสุขจากกลุ่มบริการสาธารณสุข 6 เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีศูนย์บริการสาธารณสุขทั้งหมด 68 แห่ง โดยการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับสลากได้ศูนย์บริการสาธารณสุข 6 ศูนย์จากกลุ่มบริการสาธารณสุข 6 เขต และสุ่มตัวอย่างจากศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 6 ศูนย์ด้วยวิธีการจับสลากจากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกรุงเทพมหานคร ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างและดัดแปลงจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย และการเป็นสมาชิกและเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ประเมินด้วย Functional Independence Measure (FIM) ฉบับภาษาไทยของจุฬารัตน์ จิตประไพ และภาริส วงศ์แพทย์²⁰ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือด้านการทำหน้าที่ของร่างกายจำนวน 13 ข้อ ด้านการสื่อสารกระบวนการคิดและความจำ จำนวน 5 ข้อ มีระดับการให้คะแนน 1-4 คะแนน คือ ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เอง ปฏิบัติกิจกรรมได้เองบางส่วนปฏิบัติกิจกรรมได้เองเป็นส่วนใหญ่และปฏิบัติกิจกรรมได้เองทั้งหมดแปลผลโดยใช้คะแนนรวม ซึ่งค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 18-72 คะแนน ถ้าคะแนนรวมสูง หมายถึงมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมสูง

ส่วนที่ 3 ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว ภาวะซึมเศร้าประเมินด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม และ 9 คำถาม ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ข้อติดแข็ง และแผลกดทับ ตามคู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขภาวะโภชนาการประเมินโดยการวัดรอบวงกึ่งกลางแขน (mid-upper arm circumference) ตามการศึกษาของ Goswami, et al.²¹



ส่วนที่ 4 การได้รับการดูแลระยะยาว ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือขึ้นตามกิจกรรมบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย การได้รับการดูแลที่บ้านโดยบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 19 ข้อและการได้รับการดูแลที่บ้านโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 8 ข้อ และการได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น ได้แก่ เตียงปรับระดับ ที่นอนลม ชุดออกซิเจน ชุดดูดเสมหะ รถเข็น (wheel chair) มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อแปลผลโดยใช้คะแนนรวม ถ้าคะแนนรวมยิ่งมาก หมายถึงได้รับการดูแลที่บ้านโดยบุคลากรสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นมาก

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจในบริการ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการของศูนย์บริการสาธารณสุขของกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบวัดชนิดมาตราประมาณค่า 5 ระดับ การให้คะแนน 1-5 คะแนนตั้งแต่น้อยที่สุด ถึงมากที่สุด ใน 5 ด้านอ้างถึงใน วิกิพีเดีย²² คือ การให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน (equitable service) การให้บริการตรงเวลา (timely service) การให้บริการที่เพียงพอ (amply service) การให้บริการต่อเนื่อง (continuous service) และการให้บริการอย่างก้าวหน้า (progressive service) แปลผลโดยใช้คะแนนรวม ซึ่งค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน ถ้าคะแนนรวมมาก หมายถึงมีความพึงพอใจในบริการมาก

ส่วนที่ 6 การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของ มุทิตา วรรณชาติ⁷ มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ เป็นแบบวัดชนิดมาตราประมาณค่า 4 ระดับการให้คะแนน 1-4 คะแนน ตั้งแต่ไม่เคยเลย ถึงเป็นประจำ เกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ด้านข้อมูลข่าวสารด้านสิ่งของหรือบริการ และด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าแปลผลโดยใช้คะแนนรวม ซึ่งค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 8-32 คะแนน ถ้าคะแนนรวมมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

ส่วนที่ 7 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-OLD) ฉบับภาษาไทยของสิริมา อิทธิประเสริฐ²³ โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ความสามารถในการรับรู้ความเป็นตัวของตัวเองความสำเร็จและความคาดหวังในอดีต ปัจจุบัน และอนาคตการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมการเผชิญหน้ากับความตายและการมีปฏิสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด มีข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ มีข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 7 ข้อเป็นแบบวัดชนิดมาตราประมาณค่า 5 ระดับการให้คะแนน 1-5 คะแนน ตั้งแต่ไม่มีเลย ถึงมากที่สุดแปลผลโดยใช้คะแนนรวม ซึ่งค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 24-120 คะแนน คะแนนยิ่งมาก คุณภาพชีวิตยิ่งดี

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทองจำนวน 30 คนซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ เพื่อหาความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) โดยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมมีค่า CVI เท่ากับ 1 และค่า reliability เท่ากับ .82 แบบประเมินภาวะสุขภาพ มีค่า CVI เท่ากับ .80 แบบสัมภาษณ์การได้รับการดูแลระยะยาว มีค่า CVI เท่ากับ .97 และค่า reliability เท่ากับ .77 แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจในบริการ มีค่า CVI เท่ากับ .83 และค่า reliability เท่ากับ .93 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม มีค่า CVI เท่ากับ 1 และค่า reliability เท่ากับ .90 และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต มีค่า CVI เท่ากับ 1 และค่า reliability เท่ากับ .83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารเลขที่ MUPH 2019-066 ผู้วิจัยนำหนังสือขอความ

อนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อขออนุญาตทำการเก็บข้อมูลในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 2 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุขนอกเขตพื้นที่ที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้อบรมผู้ช่วยผู้วิจัยเกี่ยวกับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ข้อติดแข็ง แผลกดทับ และการประเมินภาวะโภชนาการจากการวัดรอบวงกึ่งกลางแขนโดยใช้คู่มือการเก็บข้อมูลประกอบการอธิบายรายละเอียดในการเก็บข้อมูลอย่างละเอียดจากนั้นผู้วิจัยได้เข้าพบพยาบาลเยี่ยมบ้านที่เป็นเจ้าของพื้นที่รับผิดชอบในชุมชน เพื่อจะพาผู้วิจัยไปที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยจะอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการเข้าร่วมในการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจตอบแบบสัมภาษณ์ทราบและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และนำข้อมูลที่ได้มารวบรวมเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด และวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกรุงเทพมหานคร ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) แบบ enter ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่าตัวแปรต้นมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตามและไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น (multicollinearity)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.4 มีอายุเฉลี่ย 74.09 ปี (SD=8.41) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.2 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.1 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 40.6 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 83.4 โดยมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 3,555.64 บาท (SD=4771.39) แหล่งที่มาของรายได้เกือบครึ่งหนึ่งมาจากบุตรหลาน ร้อยละ 49.6 ร้อยละ 50.4 มีรายได้พอใช้ แต่ไม่เหลือเก็บ ลักษณะการอยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.1 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 85.0 สามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน และร้อยละ 15.0 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n=133)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	79	59.4
ชาย	54	40.6
อายุ		
60-69 ปี	47	35.3
70-79 ปี	46	34.6
80-93 ปี	40	30.1

(Mean=74.09, SD=8.41, Min=60, Max=93)



ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	128	96.2
อิสลาม	3	2.3
คริสต์	2	1.5
สถานภาพสมรส		
ไม่ได้เรียน	19	14.3
ประถมศึกษา	84	63.1
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	13	9.8
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	9	6.8
อนุปริญญา	3	2.2
ปริญญาตรี	4	3.0
สูงกว่าปริญญาตรี	1	.8
สถานภาพสมรส		
คู่	54	40.6
หม้าย	54	40.6
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	18	13.5
รายได้ต่อเดือน	7	5.3
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท		
5,001-10,000 บาท	111	83.4
ตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไป	13	9.8
(Mean=3555.64, SD=4771.39, Min=500, Max=30000)	9	6.8
แหล่งที่มาของรายได้		
บุตรหลาน	66	49.6
เบี้ยยังชีพ	46	34.6
สามี/ภรรยา	8	6.0
อื่นๆ	13	9.8
ความเพียงพอของรายได้		
พอใช้และมีเหลือเก็บ	23	17.3
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	67	50.4
ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน	32	24.0
ไม่พอใช้และมีหนี้สิน	11	8.3
ลักษณะการอยู่อาศัย		
อยู่กับบุตรหลาน	68	51.1
อยู่กับสามี/ภรรยาและบุตรหลาน	24	18.0
อยู่กับญาติพี่น้อง	19	14.3
อยู่กับสามี/ภรรยา	15	11.3
อยู่คนเดียว	7	5.3



ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การเป็นสมาชิกและเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ		
ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรม	116	87.2
เป็นสมาชิกชมรม	17	12.8
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL)		
ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน (5 – 11 คะแนน)	113	85.0
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (0 – 4 คะแนน)	20	15.0

2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.0 รองลงมาคือ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 18.0 และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 15.0 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=133)

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตระดับดี (90-120 คะแนน)	24	18.0
คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (67-89 คะแนน)	89	67.0
คุณภาพชีวิตระดับไม่ดี (24-66 คะแนน)	20	15.0
(Mean=78.26, SD=11.90, Min=41, Max=114)		

เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิต พบว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=14.72$, SD=3.21) รองลงมาคือ ด้านการเผชิญหน้ากับความตาย ($\bar{X}=14.40$, SD=3.37) ด้านความสำเร็จและความคาดหวังในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ($\bar{X}=12.78$, SD=2.71) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ($\bar{X}=12.31$, SD=2.67) ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ($\bar{X}=12.28$, SD=3.10) และด้านความสามารถในการรับรู้ ($\bar{X}=11.75$, SD=2.75) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=133)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	$\bar{X}$	SD
การมีปฏิสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด	14.72	3.21
การเผชิญหน้ากับความตาย	14.40	3.37
ความสำเร็จและความคาดหวังในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต	12.78	2.71
การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	12.31	2.67
ความเป็นตัวของตัวเอง	12.28	3.10
ความสามารถในการรับรู้	11.75	2.75
คะแนนรวม	78.26	11.90



3. ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ enter พบว่า มีปัจจัยทำนาย 5 ตัวแปรได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ความพึงพอใจในบริการ ความเพียงพอของรายได้ และการได้รับบริการดูแลที่บ้านโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือเครือข่ายสุขภาพ อาสาสมัคร จิตอาสา สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ร้อยละ 38.6 ดังแสดงในตารางที่ 4 ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=133)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
การสนับสนุนทางสังคม	.980	.238	.308	4.110	<.001*
ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม	.448	.113	.307	3.978	<.001*
ความเพียงพอของรายได้	8.069	3.707	.257	2.177	.031*
ความพึงพอใจในบริการ	.414	.169	.191	2.457	.015*
การได้รับบริการดูแลที่บ้านโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือเครือข่ายสุขภาพ อาสาสมัคร จิตอาสา	.820	.361	.176	2.270	.025*
constant = 6.552					

* p<.05, R²=.386

ดังนั้นจึงสามารถสร้างสมการเพื่อใช้ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ดังนี้

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_4x_4 + b_5x_5$$

แทนค่า $Y = 6.552 + .980$ (การสนับสนุนทางสังคม) $+ .448$ (ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม) $+ 8.069$ (ความเพียงพอของรายได้) $+ .414$ (ความพึงพอใจในบริการ) $+ .820$ (การได้รับบริการดูแลที่บ้านโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือเครือข่ายสุขภาพ อาสาสมัครจิตอาสา)

เมื่อ $Y =$ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ $a =$ ค่าคงที่ (constant)

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมูทิทา วรณชาติ⁷ การศึกษาของ อกันตริ บัวเหลือง¹² และการศึกษาของ Uddin, et.al¹³ สามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 82.0 โรคเบาหวาน ร้อยละ 45.1 และโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาต ร้อยละ 30.8 และยังพบว่ามากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 55.6 และมีข้อติดแข็ง ร้อยละ 19.5 ทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมปานกลางนอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 40.6 และมีบุตรหลานดูแลร้อยละ 45.1

ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ดีที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Uddin, et.al¹³ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยเฉพาะการสนับสนุนด้านการเงินและการได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ดีขึ้น รองลงมาคือความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมสอดคล้องกับการศึกษาของ Kumar, et al¹⁵ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำส่วนปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เพียงพอจากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้

ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 83.4 โดยมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 3,555.64 บาท และความเพียงพอของรายได้สำหรับค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือนมีพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 50.4 ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีรายได้สูงและเพียงพอกับความจำเป็นในการใช้จ่ายต่างๆ จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีรายได้น้อยและไม่เพียงพอในการใช้จ่ายสอดคล้องกับการศึกษาของมูทิตา วรณชาติ⁷ การศึกษาของธาริน สุขอนันต์ และคณะ¹⁰ การศึกษาของ Chen&Chen¹⁴ และนวนินทร์ สวีระสุทธิ์¹⁶ และปัจจัยด้านความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ อธิบายได้ว่า การให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ผู้สูงอายุได้รับเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้สูงอายุจึงมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับนั้นด้วย ดังนั้นหากผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในบริการมากก็จะทำให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ พิชิต สุขสบาย²⁴ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.2 มีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลจากทีมหมอบรรพสุเคราะห์ในระดับสูงนอกจากนี้ยังพบว่า การได้รับการดูแลที่บ้านโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ การดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลเรื่องการเงิน การดูแลเรื่องการกินอาหาร การดูแลสายสวนปัสสาวะ การทำแผล การทำกายภาพบำบัด และการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ เนื่องจากการให้บริการที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงหรือไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพ ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติและกำหนดผลลัพธ์การพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีระดับภาวะพึ่งพิงที่แตกต่างกัน

2. ผู้บริหารหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน โดยเน้นการสนับสนุนด้านอุปกรณ์และสวัสดิการสังคม โดยเฉพาะการสนับสนุนการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือเครือข่ายจิตอาสา เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่าปัจจัยทำนายทั้ง 5 นี้สามารถร่วมกันทำนายได้เพียง 38.6% ของความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงในกรุงเทพมหานคร งานวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ระยะเวลาที่เกิดภาวะพึ่งพิง ความต้องการการช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นต้น เพื่อนำผลการศึกษามาอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และสามารถดูแลช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

References

1. Institute for Population and Social Research, Mahidol University and Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. Situation of the Thai elderly. Bangkok: the Institute; 2016. (in Thai).
2. Institute for Population and Social Research, Mahidol University and Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. Situation of the Thai elderly. Bangkok: the Institute; 2013. (in Thai).
3. National Health Security Office. a guide to support the management of long-term care services for dependent elderly in the national health insurance system. Bangkok: the Office; 2016.(in Thai).
4. Department of Older Persons. Statistics of elderly in Thailand. [internet]. 2016 [cited 2019 Jan 5]. Available from: <http://www.dop.go.th/th/know/1/51>(in Thai).



5. Office of Public Health System Development, Health Department. Annual Report 2015. Bangkok: the Office; 2016. (in Thai).
6. World Health Organization. WHOQOL study protocol. Geneva: WHO; 1993.
7. Wannachart M. Quality of life among elderly people with chronic diseases in Ubonratchathani province [Master thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2015. (in Thai).
8. Sangkharoek N. The quality of life of elderly adults in Sri-caiangmai district, Nong Khai province [Master thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2011. (in Thai).
9. Chanchang P. Development and enhancement of the quality of life of elderly people in Bangkok. Journal of Pathumthani University 2011;3(3):66–78. (in Thai).
10. Sukanun T, Jariyasilp S, Thummanon T, Jitpakdee P. Quality of life of the elderly in Bansuan municipality, Chonburi province, Thailand. Journal of Public Health 2011;41(3):240–9. (in Thai).
11. Khamwong W, Noosawat J, Prathanworapanya W, Siripanya J. Factors relating to quality of life of elderly. Journal of Health Science Research 2011;5(2):32–40. (in Thai).
12. Bualueang A. Factors related to quality of life among older adults recovering from a stroke [Master thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2010. (in Thai).
13. Uddin MA, Soivong P, Lasuka D, Juntasopeepun P. Factors related to quality of life among older adults in Bangladesh: a cross sectional survey. Nursing and Health Sciences 2017;19:518–24.
14. Chen HM, Chen CM. Factors associated with quality of life among older adults with chronic disease in Taiwan. International Journal of Gerontology 2017;11:12–15.
15. Kumar SG, Majumdar A, Pavithra G. Quality of Life (QOL) and its associated factors using WHO QOL-BREF among elderly in Urban Puducherry, India. Journal of Clinical and Diagnostic Research 2014;8(1):54–57.
16. Savirasarid N. The selected factors related to quality of life of elderly people in Bangkok [Master thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2008. (in Thai).
17. Zubritsky C, Abbott KM, Hirschman KB, Bowles KH, Foust JB, Naylor MD. Health-related quality of life: expanding a conceptual framework to include older adults who receive long-term services and supports. Gerontologist 2013;53(2):205–10.
18. Public Health Nursing Division. Information of dependent older adults in Bangkok. [internet]. 2018 [cited 2019 Feb 20]. Available from: <http://phn.bangkok.go.th/index.php> (in Thai).
19. Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 6th edition. New York: John Wiley & Sons, Inc; 1995.
20. Jitraphai C, Wongphaet P. Integrative rehabilitation medicine Ramathibodi. Bangkok: RuenKaew Printing. 1999. (in Thai).
21. Goswami AK, Kalaivani M, Gupta SK, Nongkynrih B, Pandav CS. Usefulness of mid-upper arm circumference in assessment of nutritional status of elderly persons in Urban India. International Journal of Medicine and Public Health 2018;8(1):34–37.
22. Chadit W. Clients' satisfaction towards outpatient pharmacy service quality at Chaophraya Yommarat hospital, Suphanburi province [Master thesis]. Bangkok: Silpakorn University; 2016. (in Thai).



23. Itprasert S. Quality of life of the elderly in Klaeng Kachet municipality, Mueang district, Rayong province [Master thesis]. Chonburi: Burapha University; 2017. (in Thai).
24. Suksabuy P. Evaluation of long term care for dependent elders by family care teams in Chai Buri district, Surat Thani province. Region 11 Medical Journal 2017;31(2):257-69(in Thai).