ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดนครราชสีมา
Health Status, Depression, and Quality of life among the Older Person in Ban - Thammapakorn, Nakhon Ratchasima Province

สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา* พรรณงาม พรรณเชษฐ์**
วัลภา สุนทรณัฏ บุษยา วงษ์ชวลิตกุล*****
Sirirat Chatchaisucha* Pan-Ngam Pannachet**
Walapa Soontornat Busaya Vongchavalitkal*****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 149 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะสุขภาพ แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และแบบวัดคุณภาพชีวิต SF-36 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Mann-Whitney U test และ Kruskal Wallis test

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีประวัติการเจ็บป่วยภายใน 6 เดือน ด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.95 ต้อกระจก ร้อยละ 17.44 ข้อเสื่อม ร้อยละ 15.43 เบาหวาน ร้อยละ 14.09 สมองเสื่อม ร้อยละ 11.40 โรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 6.71 ต้อหิน ร้อยละ 6.04 โรคหัวใจ ร้อยละ 5.0 โรคพาร์คินสัน ร้อยละ 4.69 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.37 และระดับรุนแรง ร้อยละ 50 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่สถานสงเคราะห์คนชราฯ ทั้ง 2 แห่ง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ด้านคุณภาพชีวิต พบว่าผู้สูงอายุมีความพอใจกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ร้อยละ 52.46 และพอใจด้านจิตใจ ร้อยละ 52.93 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจในมิติด้านพละกำลังและภาวะทางอารมณ์ ต่ำสุด เท่ากับร้อยละ 51.43 และ 52.86

Received : September 28, 2017 Revised : July 3, 2018 Accepted : December 14, 2018

* Corresponding author, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
E-mail: Sirirat__cha@vu.ac.th
* Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University
E-mail: Sirirat__cha@vu.ac.th
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล E-mail: panpan2489@gmail.com Walapa__soo@vu.ac.th
** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University
E-mail: panpan2489@gmail.com Walapa__soo@vu.ac.th
*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล E-mail: pusaya__von@vu.ac.th
*** Assistant Professor Faculty of Administration, Vongchavalitkul University
E-mail: pusaya__von@vu.ac.th

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาวิจัยคือ ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะประเด็นปัญหาภาวะซึมเศร้าเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ซึ่งค่อนข้างแตกต่างจากผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัว

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ

Abstract

This descriptive cross-sectional study aimed to assess the health status, depression and quality of life among older persons in Ban-Thammapakorn, Nakhornratchasima. The sample of this study consisted of 149 senior citizens. The data were collected using a structured questionnaire including demographic data, Health Status Questionnaire, Thai Geriatric Depression Scale and Quality of Life by the Shot Form (SF 36 V.02). Data were analyzed using descriptive statistics, Mann-Whitney U test and Kruskal Wallis test.

The results revealed that the elderly had common diseases and illnesses included hypertension 42.95%, cataract 17.44%, arthritis 15.43%, diabetes 14.09%, dementia 11.40%, peptic ulcer 6.71%, glaucoma 6.04%, heart disease 5.0%, Parkinson 4.69. Depression among the elderly was at the moderate level at 49.37% and severe level at 50%. There was significant difference between the depression score of the older adults at the two settings. ($p < 0.05$) The average scores of quality of life were satisfaction in physical health by perceiving health status at 52.46% and mental health at 52.93%. On the other hand, the lowest score of satisfaction was in role — emotional and vitality.

The suggestions from this study are the study of psychological problems especially depression in the elderly for developing the quality of life among the elderly in elderly care homes.

Keywords: health status, quality of life, older persons

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้ประชากรมีอายุขัยยืนยาวขึ้น จำนวนผู้สูงอายุมีมากขึ้น ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วนับตั้งแต่ปี 2548 จากสถิติประชากรของสถาบันวิจัยประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล[1] พบว่า ในปี พ.ศ.2552 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรสูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 7.27 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.47 ของประชากรทั้งประเทศ ในขณะที่จำนวนเด็กเกิดใหม่และประชากรวัยเด็กลดลงอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดอัตราส่วนการเป็นภาระของประชากรสูงอายุเมื่อเทียบกับวัยแรงงานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยปี พ.ศ. 2549 ผู้สูงอายุ 1 คน มีวัยแรงงานดูแลทั้งหมด 6.4 คน แต่ภายใน 27 ปี นับจากปี พ.ศ. 2551 ผู้สูงอายุ 1 คน จะมีคนวัยแรงงานดูแลเพียง 2 คนเท่านั้น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติคาดการณ์ว่า อัตราส่วนการเป็นภาระของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2553 อยู่ที่ร้อยละ 18.2 ปี พ.ศ. 2558 มีอัตราส่วนร้อยละ 20.9 และจะเพิ่มถึงร้อยละ 32.2 ในปี พ.ศ. 2568[2,3] และจากการศึกษาสถานะของผู้สูงอายุในปัจจุบัน พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องเผชิญกับปัญหาในการดำรงชีวิตในด้านต่างๆ หลายประการ ตั้งแต่ ปัญหาสุขภาพ ที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงในระดับน้อยถึงระดับมากที่สุด จนทำให้เกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือทุพพลภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ล้วนมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการบริโภคและวิถีการดำรงชีวิตที่ไม่เหมาะสม มีปัญหาทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ประเพณีวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมซึ่งไม่เอื้อต่อการดำรงชีวิต เป็นผลกระทบมาจากการเปลี่ยนแปลงทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม ทำให้ผู้สูงอายุตกอยู่ในภาวะความยากจน รวมทั้งมีแนวโน้มที่ต้องอยู่ตามลำพังและพึ่งพาตนเองมากขึ้น จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่ต้องได้รับการดูแล ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของสุขภาวะทุกด้าน และมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมลง ทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังมากขึ้น[4]

สถานสงเคราะห์คนชราในประเทศไทย เป็นหน่วยงานของรัฐที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไร้ญาติและไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้เพื่อให้มีที่อยู่อาศัย และมีความสุขตามอัตภาพ จนถึงบั้นปลายของชีวิต ซึ่งมีการจัดตั้งขึ้นทั้งหมดรวม 20 แห่ง กระจายไปทั่วทุกภาคของประเทศ ภายใต้การดูแลของกรมประชาสงเคราะห์ ต่อมาได้มีการปรับเปลี่ยนสังกัดจาก กรมประชาสงเคราะห์มาเป็นกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และในปี พ.ศ. 2547 ได้มีการถ่ายโอนภารกิจของสถานสงเคราะห์คนชราให้ไปอยู่ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยปัจจุบันมีจำนวน 12 แห่ง[5] สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์วัดม่วง และสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์โพธิ์กลาง จังหวัดนครราชสีมา เป็นสถานสงเคราะห์คนชรา 2 ใน 12 แห่ง เป็นหน่วยงานของรัฐที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติและพึ่งตนเองไม่ได้ เพื่อให้มีที่อยู่อาศัยและมีความสุขตามอัตภาพจนถึงบั้นปลายชีวิต ด้วยเหตุนี้ แนวทางหนึ่งในการดำเนินการด้านผู้สูงอายุให้ประสบความสำเร็จ จึงถือเป็นภารกิจที่สำคัญ ที่จะต้องได้รับความสนใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลสร้างเสริมสุขภาพให้มี

คุณภาพชีวิตที่ดี และผลจากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นในผู้สูงอายุที่พักในสถานสงเคราะห์คนชราธรรมบ้านปกรณ์โพธิ์กลางและวัดม่วง เมื่อเดือนพฤษภาคม 2557 ภายใต้การดูแลของกองส่งเสริมคุณภาพชีวิต องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา พบว่า มีผู้สูงอายุจำนวนประมาณ 200 คน มีโรคประจำตัวและป่วยเป็นโรคเรื้อรัง รวมทั้งผู้สูงอายุส่วนหนึ่งช่วยตัวเองไม่ได้ จากการศึกษาวิจัยของอุทัย สุดสุขและคณะ[6] พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.1 อยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีคุณภาพชีวิตระดับสูงกว่าภูมิภาคอื่น และภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ดังนั้นคุณภาพชีวิตและความต้องการของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์จึงเป็นสิ่งที่ควรได้รับความสนใจเพราะคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่มีคุณค่าและถูกกำหนดให้เป็นเป้าหมายสูงสุดในการพัฒนาประเทศ ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่พักในถานสงเคราะห์คนชราของจังหวัดนครราชสีมาเพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่พักในสถานสงเคราะห์คนชราต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิจัยโดยใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกที่ให้ความหมายคุณภาพชีวิต ในลักษณะที่เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคลตามบริบทของวัฒนธรรมและค่านิยมซึ่งสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวังและมาตรการที่ตนตั้งใจไว้ โดยมีตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับด้านกายภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคม สิ่งที่รับรู้ทางด้านจิตใจ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Descriptive cross-sectional research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ วัดม่วง และสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ โพธิ์กลาง จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 24 มกราคม 2557-30 มิถุนายน 2557

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดนครราชสีมา เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวัดม่วง จำนวน 79 คน และผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราฯ โพธิ์กลาง จำนวน 70 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1.1 มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

1.2 สามารถตอบคำถามตามแบบสอบถามได้

1.3 ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย

1.4 ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สะดวกในการให้สัมภาษณ์ตามแบบสอบถามตามที่กำหนดไว้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

ประชากรวัยสูงอายุ จังหวัดนครราชสีมาที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์ 2 แห่ง มีจำนวนรวม 187 คน (ข้อมูลจาก สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ โพธิ์กลาง จังหวัดนครราชสีมา และสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์วัดม่วง จังหวัดนครราชสีมา, 2557) คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากค่าสัดส่วนกรณีทราบจำนวนประชากรที่แน่ชัด โดยใช้สูตรตามวิธีการของ แดเนียล[7](Daniel)

$$\text{ใช้สูตร } n = \frac{Z^2_{\alpha/2} \cdot N\pi(1-\pi)}{Z^2_{\alpha/2} \cdot \pi(1-\pi) + (N-1)\ d^2}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่างเมื่อทราบประชากรแน่ชัด

N = ขนาดประชากรที่ทราบแน่ชัด

π = ค่าสัดส่วนประชากร ในที่นี้ประมาณด้วยค่าสัดส่วนตัวอย่าง P จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ได้ค่าสัดส่วนความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้สูงอายุ เท่ากับ ร้อยละ 50.4 (P = 0.5)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดได้สูงสุด สำหรับค่าเฉลี่ยคือ $|\pi - P|$ ในที่นี้กำหนดไว้ไม่เกิน .05

$Z^2_{\alpha/2}$ = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่สอดคล้องกับระดับนัยสำคัญ (α = 0.05) เท่ากับ 1.96

แทนค่า

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot (187)\ (0.5) \cdot (1\text{-}0.5)}{(1.96)^2 \cdot (0.5).(1\text{-}0.5) + (187\text{-}1)(0.05)^2}$$

= 126.25 หรือ 127 คน

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 127 คน เพิ่มขนาดตัวอย่าง เพื่อชดเชยสำหรับข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์อีกประมาณร้อยละ 10[7,8] จะได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น 149 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการพักอาศัยในสถานสงเคราะห์

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย สัญญาณชีพ ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน การรับรู้ภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS :Thai Geriatric Depression Scale)[9] ประกอบ

ด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ โดยคะแนนที่ได้สามารถแปลผลและสอดคล้องกับภาวะซึมเศร้า ดังนี้

ผู้สูงอายุปกติ คะแนน 0-12 คะแนน

ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) 13-18 คะแนน

ผู้มีความเศร้าปานกลาง (Moderate depression) 19-24 คะแนน

ผู้มีความเศร้ารุนแรง (Severe depression) 25-30 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต SF-36 V.2.0[10] ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ด้าน 8 มิติ คือ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ประกอบด้วย มิติการทำหน้าที่ของร่างกาย 10 ข้อ มิติด้านการทำหน้าที่ตามบทบาทร่างกาย 4 ข้อ มิติด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย 2 ข้อ มิติด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป 5 ข้อ การเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพกับปีที่ผ่านมา 1 ข้อ และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ประกอบด้วยมิติด้านการทำหน้าที่ทางสังคม 2 ข้อ มิติด้านพละกำลัง 4 ข้อ มิติด้านภาวะทางอารมณ์ 3 ข้อ และมิติด้านสุขภาพจิต 5 ข้อ รวม 36 ข้อ คะแนนที่เป็นไปได้ ในแต่ละด้าน 0-100

คะแนนการแบ่งกลุ่ม

คะแนน < ค่ามัธยฐาน = ไม่พอใจในคุณภาพชีวิต

คะแนน ≥ ค่ามัธยฐาน = พอใจในคุณภาพชีวิต

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม หลังจากนั้นได้ทำการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้วจึงนำไปสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เมื่อวันที่ 22-23 มีนาคม 2557 โดยไม่ต้องปรับปรุงแก้ไข

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยวิธี KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 ส่วนแบบวัดคุณภาพชีวิต SF 36 ด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา-ครอนบาค (Coefficient Alpha Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษา โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (เลขที่ใบรับรอง 004/2014 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ ขั้นตอนและวิธีดำเนินการ และสิทธิในการถอนตัวออกจากโครงการ โดยไม่เกิดผลกระทบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยได้มีการอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัยตามแบบ Information sheet การเก็บความลับของข้อมูล และจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมไม่ระบุเป็นรายบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากที่ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษา โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาแล้ว ผู้วิจัยได้ประสานกับหัวหน้าฝ่ายสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดนครราชสีมาทั้ง 2 แห่งเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ ขั้นตอนและวิธีดำเนินการ และสิทธิในการถอนตัวออกจากโครงการ โดยไม่เกิดผลกระทบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมโครงการ หลังจากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้ความถี่และหาค่าร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล สุขภาพกาย ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบความแตกต่างของลำดับค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยต่างๆ ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test สำหรับตัวแปรที่เป็น 2 กลุ่ม และใช้สถิติ Kruskal Wallis test กรณีตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราทั้ง 2 แห่ง มีอายุระหว่าง 60-90 ปี อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 22.82 อายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 38.92 อายุระหว่าง 80-89 ปี ร้อยละ 32.88 และอายุ 90-99 ร้อยละ 5.36 โดยผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราฯ วัดม่วงเป็นเพศหญิงทั้งหมด (ร้อยละ 100) และผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราโพธิ์กลางเป็นเพศชายร้อยละ 67.1 และเพศหญิงร้อยละ 32.9 ระยะเวลาการพักอาศัยในสถานสงเคราะห์ 1-3 ปี มีจำนวนสูงสุด ร้อยละ 51.9 ที่วัดม่วงและร้อยละ 57.1 ที่โพธิ์กลาง ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ ร้อยละ 57.44 จบระดับประถมศึกษา

2. ภาวะสุขภาพกายของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลด้านสุขภาพกาย ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ภาวะอ้วนลงพุง ความดันโลหิต ความสามารถในการมองเห็น และความสามารถในการได้ยิน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ภาวะสุขภาพกายของผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพกายของผู้สูงอายุ	สถานสงเคราะห์คนชราฯ			
	วัดม่วง		โพธิ์กลาง	
	Mean	**SD**	**Mean**	**SD**
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	52.68	9.43	57.39	12.38
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	150.52	7.51	157.83	11.07
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)	23.28	4.28	22.83	4.01
ภาวะอ้วนลงพุง	85.63	15.31	83.45	12.83
หญิง เส้นรอบเอว $\geq$ 80 ซม.	85.63	15.31	83.43	12.83
ความดันโลหิต (มม.ปรอท)				
ค่าความดันซิสโตลิค	Min=100	Max=190	Min=90	Max=180
ค่าความไดแอสซิสโตลิค	Min=50	Max=110	Min=58	Max=120
ความสามารถในการมองเห็น	N	%	N	%
เห็นชัดเจน	31	39.2	24	34.4
เห็นไม่ชัด/มัว	39	49.4	38	54.3
ไม่เห็น	9	11.4	8	11.4
ความสามารถในการได้ยิน	N	%	N	%
ได้ยินชัดเจน	73	92.4	70	100
ได้ยินไม่ชัด	1	1.3	-	-
ไม่ได้ยิน	5	6.3	-	-

ตารางที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่พักในสถานสงเคราะห์คนชราโพธิ์กลางและวัดม่วง (n=149)

ภาวะซึมเศร้า	ระดับคะแนน	สถานสงเคราะห์คนชราฯ			
		โพธิ์กลาง		วัดม่วง	
		จำนวน	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**
ปกติ	0 - 12	1	1.4	6	7.6
เศร้าเล็กน้อย	13 - 18	15	21.43	11	13.92
เศร้าปานกลาง	19 - 24	19	27.14	39	49.37
เศร้ารุนแรง	25 - 30	35	50.00	23	29.11
		70	100	79	100

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของลำดับค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (TGDS) (n=149)

สถานสงเคราะห์คนชราฯ	จำนวน	ลำดับค่าเฉลี่ย	Mann-Whitney U (Z) or Kruskal-Wallis (c2)	P-value
โพธิ์กลาง	70	78.18	-.077	0.038*
วัดม่วง	79	63.92		

p < 0.05

ตารางที่ 4 Mean, SD, Median และร้อยละความพอใจคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิต	Mean	SD	Median	ความพอใจ	
				N=149	%
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	65.92	12.72	66.41	78	52.46
มิติการทำหน้าที่ของร่างกาย	73.33	20.03	73.33	83	52.86
มิติการทำหน้าที่ตามบทบาทร่างกาย	81.66	19.68	83.33	97	65.71
มิติด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย	41.55	20.03	36.36	78	67.14
มิติการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป	73.00	12.17	75.00	89	54.29
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	65.54	8.08	66.42	79	52.93
มิติการทำหน้าที่ทางสังคม	58.00	12.46	60.00	97	65.71
มิติด้านพละกำลัง	65.83	9.34	66.67	96	51.43
มิติด้านภาวะทางอารมณ์	82.85	20.84	100	41	52.86
มิติด้านสุขภาพจิต	67.19	9.31	66.67	81	62.86

2.2 ประวัติการเจ็บป่วยภายใน 6 เดือน

ประวัติการเจ็บป่วยภายใน 6 เดือนของผู้สูงอายุ เรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.95 ต้อกระจก ร้อยละ 17.44 ข้อเสื่อม ร้อยละ 15.43 เบาหวาน ร้อยละ 14.09 สมองเสื่อม ร้อยละ 11.40 โรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 6.71 ต้อหิน ร้อยละ 6.04 โรคหัวใจ ร้อยละ 5.37 โรคพาร์คินสัน ร้อยละ 4.69 แผลกดทับ ร้อยละ 2.68 และวัณโรคปอด ร้อยละ 2.01

3. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

3.1 ภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุที่พักในสถานสงเคราะห์คนชราวัดม่วงฯ ร้อยละ 49.37 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ส่วนผู้สูงอายุที่สถานสงเคราะห์คนชราฯ โพธิ์กลาง ร้อยละ 50 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ดังแสดงในตารางที่ 2

3.2 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่สถานสงเคราะห์คนชราฯ โพธิ์กลางและวัดม่วงมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

4. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุ มีความพอใจกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายร้อยละ 52.46 และพอใจด้านจิตใจร้อยละ 52.93 โดยมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจเท่ากับ 65.92 และ 65.54

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตด้านร่างกายพบว่าผู้สูงอายุพอใจในมิติการทำหน้าที่ตามบทบาทร่างกายสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 81.66 รองลงมาพอใจในมิติการทำหน้าที่ของร่างกายร้อยละ 73.33 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจพบว่า ผู้สูงอายุพอใจมิติด้านภาวะทางอารมณ์สูงสุดร้อยละ 82.85 รองลงมาคือมิติด้านสุขภาพจิตร้อยละ 67.19 ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายเท่ากับ 65.92 และมีค่าเฉลี่ยด้านจิตใจเท่ากับ 65.54 ดังแสดงในตารางที่ 4

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าข้อมูลด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุ ที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราทั้ง 2 แห่ง พบว่าค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่พักในสถานสงเคราะห์คนชราฯ วัดม่วงมีค่ามากกว่าผู้สูงอายุที่พักในสถานสงเคราะห์คนชราฯ โพธิ์กลาง (ค่าเฉลี่ย 23.28 และค่าเฉลี่ย 22.83 ตามลำดับ) ส่วนเส้นรอบเอวมากกว่า 80 ซม.ในผู้สูงอายุหญิงของสถานสงเคราะห์คนชราฯ วัดม่วง มีมากกว่าผู้สูงอายุหญิงของสถานสงเคราะห์คนชราฯ โพธิ์กลาง ค่าดัชนีมวลกายและภาวะอ้วนลงพุงเป็นปัญหาที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ในผู้สูงอายุสอดคล้องกับรายงานการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทยปี 2556[11] พบว่าผู้สูงอายุเพศชายอายุ 60-69 ปี มีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 23.3 อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 20 และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 13.4 ส่วนเพศหญิง อายุ 60-69 ปี มีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 53.3 อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 45.1 และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 28.6

ผู้สูงอายุที่พักในสถานสงเคราะห์คนชราวัดม่วง พบมากที่สุด คือ ปัญหาการมองเห็น รองลงมาจะเป็นปัญหาการเดินและการเคลื่อนที่ ท้องผูก การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ สูญเสียความจำ ปัญหาเรื่องการนอนหลับ ปัญหาการรับประทานอาหาร และปัญหาการได้ยิน เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านโพธิ์กลาง ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาของการมองเห็น รองลงมาจะเป็นปัญหาของการสูญเสียความจำ ปัญหาการเดินและการเคลื่อนที่ ปัญหาเรื่องการนอนหลับ ท้องผูก การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัญหาการรับประทานอาหาร และปัญหาการได้ยิน อธิบายได้โดยผู้สูงอายุวัยกลาง และวัยปลาย จะพบปัญหาที่เกิดจากความเสื่อมตามทฤษฎีผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องมีผู้ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง

ประวัติโรคและการเจ็บป่วยภายใน 6 เดือนของผู้สูงอายุสถานสงเคราะห์คนชราฯ ทั้ง 2 แห่ง เรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ โรคความดันโลหิตสูง ต้อกระจก เบาหวาน ข้อเสื่อม สมองเสื่อม โรคหัวใจ ต้อหิน โรคกระเพาะอาหาร อัมพาต วัณโรคปอด โรคพาร์คินสัน แผลกดทับ และประสาทตาเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิชัย จิตะ-พันธุ์กุล และคณะ[12] ได้ทำการศึกษาถึงสภาพปัญหาด้านสุขภาพ และภาวะทุพพลภาพ พบว่า

ปัญหาด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุไทยประสบอยู่คือกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดภาวะซึมเศร้า และการหกล้ม ผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยครั้งที่ 4[11] ที่ว่าปัญหาสุขภาพหนึ่งปัญหาหรือมากกว่าจาก 6 ปัญหาสุขภาพที่พบความชุกมากที่สุดคือโรคความดันโลหิต ร้อยละ 48 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร้อยละ 13 มีภาวะโรคแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยเฉพาะโรคไต

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่พักในสถานสงเคราะห์คนชราวัดม่วงฯ ร้อยละ 49.37 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ส่วนผู้สูงอายุที่สถานสงเคราะห์คนชราฯ โพธิ์กลาง ร้อยละ 50 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ต่างจากการศึกษาของเบญจมาศและคณะ[13] และผลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2556[10] พบความชุกของโรคซึมเศร้าเพียงร้อยละ 1.0 เช่นเดียวกับงานวิจัยผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุ 5 แห่งในประเทศจีน[14] พบภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 14.1 และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 6.8 และไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 79.0 นอกจากนั้นยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีความภาคภูมิใจต่ำจะมีภาวะซึมเศร้าสูง และการสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความพอใจกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายร้อยละ 52.46 และพอใจด้านจิตใจร้อยละ 52.93 โดยมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจเท่ากับ 65.92 และ 65.54

สอดคล้องกับการวิจัยของ ชุติเดช เจียนดอนและคณะ[8] ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว ปี 2554 พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ร้อยละ 50.40 และด้านจิตใจ ในระดับพอใจ ร้อยละ 52.70 ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 6 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมและสัมพันธภาพในครอบครัว โดยเฉพาะภาวะสุขภาพสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีสภาพร่างกายเสื่อมและทรุดโทรมจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

และจากงานวิจัยของ แพรวพรรณ สุวรรณกิจและคณะ[15] ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนคร พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนรายด้านนั้น ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ด้านร่างกายจิตใจและสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ผู้สูงอายุประเมินว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและประเมินคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมในระดับดี ส่วนด้านร่างกายจิตใจและสังคมนั้นประเมินตนเองในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาลและได้อยู่กับครอบครัวย่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ตามลำพัง

ผลการศึกษาวิจัยของ อารดา ธีระเกียรติ-กำจร[16] ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ต.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ การวัดคุณภาพชีวิตโดยใช้การวัดด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านสิ่ง-แวดล้อม ด้านสุขภาพและด้านทัศนคติ คุณภาพชีวิตเน้นการรับรู้ ความพึงพอใจ และการรับรู้สถานะในด้านต่างๆ พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์ใน

ทิศทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คืออาชีพหลักก่อนอายุ 60 ปี (ข้าราชการบำนาญ) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางลบกับระดับคุณภาพชีวิตคือปัจจัยด้านสุขภาพ หมายความว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ประจำและมีสุขภาพดี ก็จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ดังนั้นคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจึงมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สำคัญคือ สุขภาพกายดี มีกิจวัตรประจำวันทำ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรวางแผนจัดกิจกรรมส่งเสริมและพัฒนาด้านร่างกาย จิตใจและสัมพันธภาพทางสังคม รวมทั้งการสร้างงานหรืออาชีพที่เหมาะสำหรับผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มรายได้ซึ่งน่าจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ[17-19]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 เป็นแนวทางในการจัดการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุ

1.2 เป็นแนวทางในการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและป้องกันผลที่อาจเกิดจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

2. ด้านการศึกษาพยาบาล

2.1 เป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน การพยาบาลผู้สูงอายุทั้งในชุมชนและบ้านพักผู้สูงอายุ เพื่อให้นักศึกษาได้เห็นคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวและผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์ซึ่งมีความแตกต่างกัน

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรศึกษาวิจัยปัญหาสุขภาพในแต่ละประเด็นเพื่อหาแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

3.2 ควรศึกษาวิจัยปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่พบค่อนข้างมาก โดยเฉพาะประเด็นปัญหาภาวะซึมเศร้าเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตหรือเป็นรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ซึ่งค่อนข้างแตกต่างจากผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัว

3.3 ควรศึกษาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะต่างๆ ตั้งแต่ก่อนเข้าวัยสูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. Institute for Population and Social Research. Mahidol University. Thai population [Internet]. 2009 [cited 2017 Jun 22]. Available from: http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr-th/population__thai.html (in Thai)
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. The situation of the Thai elderly 2007. Bangkok: TQP; 2008. (in Thai)
3. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. Situation of the Thai elderly 2014. Bangkok: Amarin Printing and Publishing; 2015. (in Thai)
4. 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 2013;22(3):88-99. (in Thai)
5. Department of Local Administration, Standard Welfare of the Elderly, Ministry of Interior, Ministry of Social Development and Human Security, Announcement of Ministry of Social Development and Human Security “Government Housing”, Royal Thai Government Gazette No. 128, Part 28d, Page 29-3, dated 10 March B.E. 2554 (2011) 29-3. (in Thai)
6. Sudsuk U, Charupoonphol P, Fongsatitkul P, Kevalinsalit C, Jantarach S, Siengsanor C, et al. The situation of activity of daily living and quality of life development for the elderly. Bangkok: National Research Council of Thailand; 2009. (in Thai)
7. Daniel WW, editor. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 7th ed. New York: John Wiley & Sons; 1999.
8. Jiandon C, Suwannapong N, Boonsuya C, Howteerakul N. Quality of life in rural elderly. Thai Journal of Public Health 2011;41(3):229-39. (in Thai)
9. Train the Brain Forum (Thailand). Train Geriatric Depression Scale. Siriraj Hospital Gazette 1994;46(1):1-9.
10. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health survey manual and interpretation guide. Boston: The Health Institute New England Medical Center; 1993.
11. The Elderly Health Group. Bureau of Health Promotion. Department of Health. Ministry of Public Health. Thai Elderly Health Survey 2013. Bangkok: Wacharin P.P. Printing; 2013. (in Thai)

12. Jitapunkul S, Suriyawongpaisal P, Kunanuson C, Pooncharoen W. Thai elderly health problems. Bangkok: Holistic-Publishing; 1999.
13. Prukkanon B, Sirisamutr T, Duangtipsirikul S, Puangladda S, Sudsriwilai K. The magnitude and gap in mental health service in a comprehensive intervention program (mhGAP intervention program) in priority areas under the universal health coverage scheme. Nonthaburi; 2013.
14. Sun Y, Zhang D, Yang Y, Wu M, Xie H, Zhang J, et al. Social support moderates the effects of self-esteem and depression on quality of life among Chinese rural elderly in nursing Homes. Arch Psychiatr Nurs 2017;31(2):197-204.
15. Suwanakitch P, Luangla P, Romyen S, Tubjig J, Mathapat W. Elderly quality of life in municipality. Buddhachinaraj Medical Journal 2013;30(2):171-80. (in Thai)
16. Teerakiatkamjorn A. Quality of life of elders in Suthep Sub-district, Mueang District, Chiang Mai Province. A. JMI 2011;3(1):150-68. (in Thai)
17. Global Conference on Ageing in 2008, Revenue Increase & Saving Promotion and Thai Retirement Pension System in 2008. Bangkok: J.S. Publishing; 2008. (in Thai)
18. College of Population Studies, Chulalongkorn University and Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. Situation of the Thai elderly 2014. Bangkok: Phongphanaich Chareonphol; 2015. (in Thai)
19. Kerdmeemul M. Quality of life of the aged: a comparison between urban and rural. Rajabhat Ramphai Barni Research Journal 2015;9(2):79-90. (in Thai)