



คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในตำบลเจริญราษฎร์ อำเภอแม่ใจ
จังหวัดพะเยา

Health-Related Quality of Life among the Elderly
in Charoen Rat Sub-District, Mae Chai District,
Phayao Province

โดย

พรชนก โมตันตะสุทธิ
มณัญญภัคค์ สุธรรมมา
สิทธิพล พิมสา

ภาคนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ปีการศึกษา 2558

ภาคนิพนธ์ เรื่อง
คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในตำบลเจริญราษฎร์ อำเภอแม่ใจ
จังหวัดพะเยา

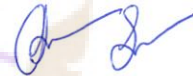
Health-Related Quality of Life among the Elderly
in Charoen Rat Sub-District, Mae Chai District,
Phayao Province

นำเสนอต่อ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
เพื่อประกอบการศึกษา
ระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลบัณฑิต
เมื่อ วันที่ 6 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2558

พรชนก ไม่นันตะสุทธิ

(นางสาวพรชนก ไม่นันตะสุทธิ)

นิสิต



(อาจารย์อรรถนันทน์ ธรรมไชย)

อาจารย์ที่ปรึกษา

มณีนุช สุธรรมมา

(นางสาวมณีนุช สุธรรมมา)

นิสิต

สิทธิพล พิมสา

(นายสิทธิพล พิมสา)

นิสิต

คณะกรรมการสอบภาคนิพนธ์ได้อนุมัติให้

พรชนก	โมตันตะสุทธิ
มัญปัญภักค์	สุธรรมมา
สิทธิพล	พิมสา

สอบผ่านในรายวิชาภาคนิพนธ์ เรื่อง
คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในตำบลเจริญราษฎร์ อำเภอแม่ใจ
จังหวัดพะเยา

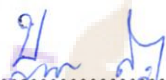
Health-Related Quality of Life among the Elderly
in Charoen Rat Sub-District, Mae Chai District,
Phayao Province

เมื่อ วันที่ 6 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2558



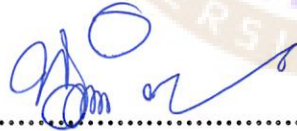
(อาจารย์อรรถนันทน์ ชรรณไชย)

ประธานกรรมการ



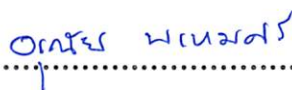
(อาจารย์บุญลิตา สุวรรณกุล)

กรรมการ



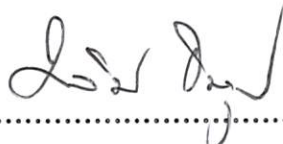
(อาจารย์พุทธิพงษ์ พลคำฮัก)

กรรมการ



(อาจารย์อรุณีย์ พรหมศรี)

หัวหน้าสาขาวิชากายภาพบำบัด



(รองศาสตราจารย์ มาลินี ชนารุณ)

คณบดีคณะสหเวชศาสตร์

ชีวประวัติ

ชื่อ - สกุล ภาษาไทย	นางสาวพรชนก โมตันตะสุทธิ์
ชื่อ - สกุล ภาษาอังกฤษ	Miss Pornchanok Motantasut
วัน เดือน ปี เกิด	วันที่ 14 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2536
สถานที่เกิด	จังหวัดหนองคาย
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	65 หมู่ 6 ต.ปะโค อ.เมือง จ.หนองคาย 43000 E-mail: biwjang2008@hotmail.com
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนต้น ปีการศึกษา 2551 โรงเรียนปทุมเทพวิทยาคาร จังหวัดหนองคาย ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนปลาย ปีการศึกษา 2554 โรงเรียนปทุมเทพวิทยาคาร จังหวัดหนองคาย ปัจจุบันเป็นนิสิต (กายภาพบำบัด) คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา จังหวัดพะเยา



ชีวประวัติ

ชื่อ - สกุล ภาษาไทย

นางสาวมณัญญภัคค์ สุธรรมมา

ชื่อ - สกุล ภาษาอังกฤษ

Miss Monphanyaphak Suthamma

วัน เดือน ปี เกิด

วันที่ 28 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2537

สถานที่เกิด

จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

195 ซอยกรุงเทพกรีฑา 7 ถนนกรุงเทพกรีฑา แขวงหัวหมาก เขต
บางกะปิ 10240

E-mail: Monphanyaphak@hotmail.com

ประวัติการศึกษา

ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนต้น ปีการศึกษา 2551

โรงเรียนมัธยมบ้านบางกะปิ จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนปลาย ปีการศึกษา 2554

โรงเรียนมัธยมบ้านบางกะปิ จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ปัจจุบันเป็นนิสิต (กายภาพบำบัด)

คณะสหเวชศาสตร์

มหาวิทยาลัยพะเยา

จังหวัดพะเยา



ชีวประวัติ

ชื่อ - สกุล ภาษาไทย	นายสิทธิพล พิมสา
ชื่อ - สกุล ภาษาอังกฤษ	Mr. Sittipol Phimsa
วัน เดือน ปี เกิด	วันที่ 14 เดือนเมษายน พ.ศ. 2537
สถานที่เกิด	จังหวัดสุโขทัย
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	ที่อยู่ 75/1 ม.4 ต.ศรีนคร อ.ศรีนคร จ.สุโขทัย 64180 E-mail: team.pt99@gmail.com
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนต้น ปีการศึกษา 2551 โรงเรียนศรีนคร จังหวัดสุโขทัย ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนปลาย ปีการศึกษา 2554 โรงเรียนศรีนคร จังหวัดสุโขทัย ปัจจุบันเป็นนิสิต (กายภาพบำบัด) คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา จังหวัดพะเยา



กิตติกรรมประกาศ

ภาคินพนธ์เรื่อง คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลเจริญราษฎร์ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ได้ในครั้งนี้ ทางคณะผู้วิจัยได้รับการสนับสนุนและความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายท่าน ได้แก่ อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์อรรถนมน ธรรมไชย ที่ให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ระหว่างการดำเนินการวิจัย ตลอดจนตรวจสอบภาคินพนธ์ให้สมบูรณ์ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี อาจารย์บุญลิตา สุวรรณกุล และอาจารย์ พุทธิพงษ์ พลคำฮัก สาขาวิชากายภาพบำบัด ที่ได้คำแนะนำและร่วมเป็นกรรมการสอบภาคินพนธ์ นอกจากนี้คณาบดีคณะสหเวชศาสตร์ คณาจารย์และเจ้าหน้าที่ประจำสาขาวิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ทุกท่านที่ได้ให้คำแนะนำ อำนวยความสะดวกในการใช้อุปกรณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจริญราษฎร์ บุคลากร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกท่านที่ช่วยประชาสัมพันธ์ภาคินพนธ์และอำนวยความสะดวกสถานที่ในการทำวิจัย รวมถึงผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ จนการศึกษาสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี จึงใคร่ขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

พรชนก โมตันตะสุทธิ์

มณัญญภัคค์ สุธรรมมา

สิทธิพล พิมสา

6 พฤษภาคม 2558

คำรับรอง

ข้าพเจ้านางสาวพรชนก โมตันตะสุทธิ นางสาวมณัญญ์กัคค์ สุธรรมมา และนายสิทธิพล พิมสา นิสิตสาขาวิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ขอรับรองว่า ภาคนิพนธ์เรื่อง คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลเจริญราษฎร์ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา Health-Related Quality of Life among the Elderly in Charoen Rat Sub-District, Mae Chai District, Phayao Province เป็นผลการศึกษาซึ่งเกิดจากการศึกษาจริง โดยมิได้คัดลอกหรือดัดแปลงมาจากผลการศึกษาของผู้อื่นที่เคยศึกษาก่อนหน้านี้แต่อย่างใด

พรชนก โมตันตะสุทธิ

มณัญญ์กัคค์ สุธรรมมา

สิทธิพล พิมสา

6 พฤษภาคม 2558



สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	i
คำรับรอง	ii
สารบัญ	iii
สารบัญรูป	v
สารบัญตาราง	vi
สารบัญคำย่อ	vii
บทคัดย่อภาษาไทย	viii
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ix
บทที่ 1 บทนำ	1
ที่มาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์	4
สมมติฐาน	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	5
1. ความหมายของผู้สูงอายุ	5
2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	6
3. ภาวะสุขภาพ	8
4. แบบประเมินผู้สูงอายุ	15
บทที่ 3 วัสดุอุปกรณ์และวิธีการศึกษา	20
1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	20
2. วัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือที่สำคัญ	21
3. วิธีการศึกษา	21
4. การวิเคราะห์ข้อมูล	26
บทที่ 4 ผลการศึกษา	27

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 วิจัยรณผลการศึกษา	34
1. วิจัยรณผลการศึกษา	34
2. ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ	38
3. สรุปผลการศึกษา	38
เอกสารอ้างอิง	39
ภาคผนวก	43
ภาคผนวก ก แบบสอบถามทั่วไป	44
ภาคผนวก ข เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI)	47
ภาคผนวก ค แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (ดัชนีจุฬาเอดีแอล: Chula ADL Index)	51
ภาคผนวก ง แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT)	54
ภาคผนวก จ แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (TGDS-15)	57
ภาคผนวก ฉ หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย	59
ภาคผนวก ช หนังสือขอความอนุเคราะห์ส่งนิสิตสาขากายภาพบำบัดระดับปริญญาตรี เข้าเก็บข้อมูลประกอบการทำวิจัย	63
ภาคผนวก ซ เอกสารการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์	66
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา	

สารบัญรูป

รูป
รูปที่ 1 แผนผังการดำเนินงาน

หน้า
25



สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
ตารางที่ 1.1	ลักษณะอายุของผู้เข้าร่วมวิจัย	28
ตารางที่ 1.2	ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย	29
ตารางที่ 1.3	ลักษณะข้อมูลด้านสัมพันธภาพกับคนในครอบครัวและ ความปลอดภัยในที่พัก	30
ตารางที่ 2.1	ระดับคุณภาพชีวิตของผู้เข้าร่วมวิจัย	31
ตารางที่ 2.2	ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ของผู้เข้าร่วมวิจัย	31
ตารางที่ 2.3	ระดับความจำของผู้เข้าร่วมวิจัย	32
ตารางที่ 2.4	ระดับความเศร้าของผู้เข้าร่วมวิจัย	32
ตารางที่ 3	ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ความจำ สภาพจิตใจ สัมพันธภาพกับ คนในครอบครัว และความปลอดภัยในที่พัก	33

สารบัญย่อ

ADL	=	Activity Daily Living
BMI	=	Body Mass Index
CMT	=	Chula Mental Test
HRQoL	=	Health-Related Quality of Life
TGDS	=	Thai Geriatric Depression Scale
UN	=	United Nation
WHO	=	World Health Organization



บทคัดย่อ

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีการประเมินคุณภาพชีวิตหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดภาวะสุขภาพของประชากร และใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของการรักษาหรือดูแลทางสุขภาพ การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ความจำ สภาพทางจิตใจ สัมพันธภาพกับคนในครอบครัว และความปลอดภัยในที่พัก กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลเจริญราษฎร์ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา โดยมีผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 87 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 53 คน ร้อยละ 60.91 และเพศชาย 34 คน ร้อยละ 39.09 อายุเฉลี่ย 68.41 ± 6.45 ปี เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (ดัชนีจุฬาเอดีแอล) แบบทดสอบสภาพจิตใจจุฬา แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.46 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องในระดับต่ำมาก ($r = 0.224, p < 0.05$) นอกจากนี้ ยังพบความสัมพันธ์ในทิศทางบวกระหว่างความจำกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจในระดับต่ำมาก ($r = 0.214, p < 0.05$) และพบความสัมพันธ์ในทิศทางลบระหว่างสภาพทางจิตใจกับกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจในระดับต่ำมาก ($r = -0.276, p < 0.01$) ผลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานแก่บุคลากรสาธารณสุขในชุมชนเพื่อใช้ในการกำหนดแนวทางส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ผู้สูงอายุ สังคมผู้สูงอายุ

Abstract

Health-Related Quality of Life (HRQoL) is a multidimensional construction, which generally includes dimensions that access physical, psychological, social relationship and environment. The measurement of HRQoL can be an indicator of a population's health status and can be useful as a measure of performance of medical treatment and health care. This cross-sectional study aimed to assess the quality of life of elderly and determine the relationships between instrumental activity of daily living (instrumental ADL), cognitive function, mental status, family relations, security of residence, and quality of life in Charoen Rat Sub-District, Mae Chai District, Phayao Province. Total sample of 87 elderly were recruited. There were 53 women (60.91%) and 34 men (39.09%). The mean age was 68.41 ± 6.45 years. The research instruments included the demographic data record, Chula ADL Index, Chula Mental Test (CMT), Thai Geriatric Depression Scale-15 (TGDS-15) and WHOQOL-BREF-THAI questionnaires. The data were analyzed by using descriptive statistics and Spearman rank correlation coefficient. The results of the study revealed that overall quality of life of the elderly was at the moderate level (80.46%). Quality of life had a positively relationship with instrumental ADL ($r = 0.224, p < 0.05$). In addition, the cognitive function had a significant positive correlation with quality of life of psychological ($r = 0.214, p < 0.05$) and mental status had a significant negative correlation with quality of life of psychological ($r = -0.276, p < 0.01$). The study findings could be utilized as the baseline data for the health personnel in the community to develop the plan for improving the quality of life of the elderly.

Keywords: Health-Related Quality of Life, Elderly, Aged Society

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญ

ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และต่อเนื่อง โดยในปี 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 9.4 ร้อยละ 10.7 และร้อยละ 12.2 ในปี 2545, 2550 และ 2554 ตามลำดับ [1] ผลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุประเทศไทยปี 2557 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด [1] โดยพบว่า ภาคเหนือมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมาก เป็นอันดับต้นๆ และมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คิดเป็นร้อยละ 20 [2, 3] ซึ่งจัดว่าเป็น สังคมผู้สูงอายุ (aged society) โดยสมบูรณ์ [4] ส่วนในจังหวัดพะเยามีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ในทุกๆ ปี นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554, 2555 และ 2556 มีจำนวนผู้สูงอายุจาก 66,840 เพิ่มเป็น 70,195 และ 72,918 คน คิดเป็นร้อยละ 13.74, 14.38 และ 15.14 ของประชากรทั้งหมด ตามลำดับ โดยพบว่า อำเภอแม่ใจมีประชากรผู้สูงอายุมากเป็นอันดับสอง (5,842 คน คิดเป็นร้อยละ 17.02) รองจากอำเภอดอกคำใต้ (12,275 คน คิดเป็นร้อยละ 17.44) และตำบลเจริญราษฎร์มีประชากร ผู้สูงอายุ 706 คน คิดเป็นร้อยละ 18.05 มากเป็นอันดับสาม รองจากตำบลแม่ใจและตำบลแม่สุก (897 คน คิดเป็นร้อยละ 18.90 และ 1,007 คน คิดเป็นร้อยละ 18.28 ตามลำดับ) [5]

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่างๆ ลดลง ความต้านทานต่อโรคลดลง จึงเกิดปัญหาสุขภาพได้มากกว่าวัยอื่นๆ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีปัญหาสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง [6] จากการสำรวจประชากรสูงอายุประเทศไทย พ.ศ. 2554 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.69 โรคเบาหวาน ร้อยละ 15.03 โรคเก๊าท์ รูมาตอยด์ ปวดเข่า หลังและคอเรื้อรัง ร้อยละ 10.05 โรคหัวใจ ร้อยละ 4.83 และโรคอัมพฤกษ์อัมพาต ร้อยละ 1.73 [7] ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ดังกล่าวจะทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด อาจทำให้เกิดความกดดันทางด้านจิตใจ เกิดความรู้สึกเหงา ว้าเหว่ เดี่ยวดาย และไม่มีศักดิ์ศรี [8] โดยจากการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2554) ด้วยแบบคัดกรองความสุขฉบับ 15 ข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของ ผู้สูงอายุต่ำกว่าคนทั่วไปโดยประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางจิตใจ และมีสาเหตุมาจากปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง [9] รวมทั้งผลจากการปลดเกษียณหรือออกจากงานทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียสถานภาพมีบทบาทลดลง ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความมั่นคงของชีวิตและรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญในสังคม และในปัจจุบันสังคมไทยเป็นสังคมเดี่ยวมากขึ้นเมื่อลูกแต่งงาน

แยกครอบครัวออกไปหรือประกอบอาชีพต่างถิ่น ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กันตามลำพัง ถูกทอดทิ้ง และขาดที่พึ่ง [8] ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมักตกอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ไม่สะอาด ไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากสลายตา การเคลื่อนไหว ทรงตัว ไม่ดี การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย และส่งเสริมสุขภาพตนเองได้น้อยประกอบกับหากมีสภาพปัญหาด้านจิตใจร่างกาย และสังคมร่วมด้วย การพึ่งตนเอง ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ หรือคุณภาพชีวิตที่ดีจะลดลงตามลำดับ [10] ดังนั้น การช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมจะช่วยส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คุณภาพชีวิต (quality of life) เป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประเทศที่ได้กำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สุขภาพเป็นมิติหนึ่งที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้น การวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health-Related Quality of Life: HRQoL) จึงมีความจำเป็น และเป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สำคัญมากอย่างหนึ่ง ซึ่งมีประโยชน์เพื่อติดตามการประเมินภาวะสุขภาพของประชากร (population monitoring) ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ (outcomes measurement) ของการรักษาหรือดูแลทางสุขภาพ และใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยทางคลินิก (clinical practice) โดยเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปที่เป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายทั่วโลก ได้แก่ เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) ซึ่งสามารถประเมินคุณภาพชีวิตครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านร่างกาย (physical domain) 2. ด้านจิตใจ (psychological domain) 3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) 4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) และเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่นิยมใช้กับผู้สูงอายุ [11–13] ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นโดยการทำสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.65 [13] จากศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลายการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การเป็นกลุ่มสมาชิกทางสังคม และปัจจัยด้านสุขภาพ ซึ่งการพัฒนาในระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น ควรเน้นการพัฒนาด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อม [11, 14, 15] อย่างไรก็ตาม ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละพื้นที่ อาจมีความแตกต่างกันเนื่องมาจากความหลากหลายทางด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสุขภาพ [15] ทั้งนี้ คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้สถานการณ์ในด้านต่างๆ ของชีวิต การตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ช่วยให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ [16] ดังนั้น เพื่อให้สามารถป้องกันแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้เต็มศักยภาพ และเสริมสร้างสุขภาวะประชาชนให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจ รวมถึงอยู่ในสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการประเมินปัญหาให้ครบทุกด้าน โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (ดัชนีจุฬาเอดีแอล: Chula ADL Index) เพื่อประเมินความสามารถของผู้สูงอายุต่อระดับการพึ่งพา

ตนเอง ซึ่งดัชนีจุฬาเอดีแอลได้รับการพัฒนาขึ้นมาสำหรับประชากรสูงอายุไทยโดยเฉพาะ [17] ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นโดยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86 [18] แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT) เพื่อประเมินความจำ (cognitive function) สำหรับผู้สูงอายุใช้ในการคัดกรองกลุ่มอาการสมองเสื่อม ซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นมาใหม่ โดยมุ่งที่จะลดผลกระทบจากการอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ [19] มีค่าความเชื่อมั่นโดยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.93 [20] และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (Thai Geriatric Depression Scale-15: TGDS-15) เพื่อประเมินสภาพทางจิตใจ ซึ่งบ่งบอกถึงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เป็นแบบประเมินที่ใช้แพร่หลาย เข้าใจง่าย สะดวก ใช้เวลาในการทดสอบสั้น มีความเที่ยงตรงสูง และเหมาะสมกับวัฒนธรรมประเพณีของคนไทยเป็นอย่างดี [21] และมีค่าความเที่ยงตรง 0.93 [22]

ตำบลเจริญราษฎร์ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา เป็นพื้นที่รับผิดชอบของคณะสหเวชศาสตร์ ในการดำเนินโครงการ 1 คณะ 1 อำเภอ ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์นำไปสู่ปณิธาน “ปัญญาเพื่อความเข้มแข็งของชุมชน” ซึ่งเป็นตำบลที่มีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก ปัญหาที่พบโดยส่วนใหญ่ คือ มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด เป็นต้น [23] ซึ่งการเจ็บป่วยดังกล่าว อาจจะนำไปสู่ภาวะพึ่งพา และภาวะทุพพลภาพได้ในอนาคต ดังนั้น การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health-Related Quality of Life: HRQoL) จึงมีความสำคัญมาก เพื่อให้เข้าใจว่าโรค และการรักษาส่งผลอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง (patient perspective) ซึ่งตรงกับแนวความคิดของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) ที่ให้ความสำคัญ และเอาใจใส่ต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยมากขึ้น มองผู้ป่วยโดยพิจารณาสิ่งต่างๆ ทั้งหมดที่มีความสัมพันธ์ และความสำคัญในชีวิตของตัวผู้ป่วยเอง ไม่ใช่แต่เพียงการมองที่ตัวโรคเท่านั้น [24] โดยมีความจำเป็น และเป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สำคัญมากนอกเหนือจากอายุขัย (life expectancy) หรือการมีชีวิตรอด (survival) จัดเป็นผลลัพธ์ที่ไม่สามารถมองเห็นได้จากผลทางคลินิกหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพียงอย่างเดียว [24] เพื่อให้สามารถเตรียมพร้อมตั้งรับกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้ย่อมจะเป็นประโยชน์ต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ และมีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นด้วย เพราะคุณภาพชีวิตถือเป็นตัวชี้วัดอย่างหนึ่งที่แสดงให้เห็นภาพรวมของผู้สูงอายุ [25] ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญดังกล่าวว่าก่อนที่จะทำการแก้ไขปัญหาต่างๆ ต้องมีการศึกษาคุณภาพชีวิตกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลเจริญราษฎร์ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยาก่อน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และแก้ไขปัญหสุขภาพให้เหมาะสม ซึ่งคณะผู้วิจัยคาดว่าการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลเจริญราษฎร์ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ความจำ สภาพทางจิตใจ สัมพันธภาพกับคนในครอบครัว และความปลอดภัยในที่พักของผู้สูงอายุในตำบลเจริญราษฎร์ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

สมมติฐาน

คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ความจำ สภาพทางจิตใจ สัมพันธภาพกับคนในครอบครัว และความปลอดภัยในที่พักของผู้สูงอายุในตำบลเจริญราษฎร์ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลเจริญราษฎร์ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา
2. ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักถึงสุขภาพของตนเอง
3. เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับผู้ที่ศึกษาต่อไป



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หรือบางคนเรียกว่า ผู้สูงวัย เป็นคำที่บ่งบอกถึงตัวเลขของอายุว่ามีอายุมาก โดยนิยามนับตามอายุตั้งแต่แรกเกิด (chronological age) หรือทั่วไป เรียกว่า คนแก่หรือคนชรา โดยพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายของคำว่า คนแก่ คือ มีอายุมากหรืออยู่ในวัยชรา และให้ความหมายของคำว่า ชรา คือ แก่ด้วยอายุชำรุดทรุดโทรม นอกจากนี้ยังมีการเรียกผู้สูงอายุว่า ราษฎรอาวุโส (senior citizen) ส่วนองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และองค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ใช้คำในภาษาอังกฤษของผู้สูงอายุว่า older person or elderly person

องค์การสหประชาชาติได้ให้นิยามว่า "ผู้สูงอายุ" คือ ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยเป็นการนิยาม นับตั้งแต่อายุเกิด ส่วนองค์การอนามัยโลกยังไม่มีการให้นิยามผู้สูงอายุ โดยมีเหตุผลว่าประเทศต่างๆ ทั่วโลกมีการนิยามผู้สูงอายุต่างกัน ทั้งนิยามตามอายุเกิดตามสังคม (social) วัฒนธรรม (culture) และสภาพร่างกาย (functional markers) เช่น ในประเทศที่เจริญแล้วมักจำกัดผู้สูงอายุ นับจากอายุ 65 ปีขึ้นไป หรือบางประเทศอาจนิยามผู้สูงอายุตามอายุกำหนดให้เกษียณงาน (อายุ 50 หรือ 60 หรือ 65 ปี) หรือนิยามตามสภาพของร่างกาย โดยผู้หญิงสูงอายุอยู่ในช่วง 45-55 ปี ส่วนชายสูงอายุอยู่ในช่วง 55-75 ปี

สำหรับประเทศไทย "ผู้สูงอายุ" ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทยส่วนคำว่า "สังคมผู้สูงอายุ" องค์การสหประชาชาติแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (ageing society หรือ aging society) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) และระดับ super-aged society โดยให้นิยามของระดับต่างๆ ซึ่งทั้งประเทศไทย และรวมทั้งประเทศต่างๆ ทั่วโลกใช้ความหมายเดียวกันในนิยามของทุกระดับของสังคมผู้สูงอายุ ดังนี้

การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คือ การมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป รวมทั้งเพศชายและเพศหญิงมากกว่า 10% ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี เกิน 7% ของประชากรทั้งประเทศ สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ คือ เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น 20% หรือประชากรอายุ 65 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 14% ของประชากรโดยรวมทั้งหมดของทั้งประเทศ

super-aged society คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่า 20% ของประชากรทั้งประเทศ อย่างไรก็ตาม ทุกประเทศทั่วโลกมีการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในช่วงเวลาแตกต่างกันตามความเจริญ มั่งคั่ง ซึ่งมีผลต่อสุขภาพ และการมีอายุยืนของประชาชน [1]

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต (quality of life) เป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประเทศที่ได้กำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำหรับคำนิยามของ “คุณภาพชีวิต” ไม่มีคำจำกัดความที่แน่นอนตายตัว อย่างไรก็ตาม องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามของคุณภาพชีวิตไว้ ดังนี้ “เป็นมุมมองของบุคคลแต่ละคนที่มีต่อสถานะของชีวิตของตนเองภายใต้บริบททางวัฒนธรรม และระบบคุณค่าในที่ที่คนนั้นอาศัยอยู่ และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายความคาดหวังมาตรฐาน และความหวังโยของพวกเขา [24] ขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมวัฒนธรรมและค่านิยมในเวลานั้นๆ และมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมายความคาดหวัง และมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนดขึ้นซึ่งประกอบด้วย 4 มิติ ดังนี้ 1) มิติด้านสุขภาพกาย (physical) 2) มิติด้านสุขภาพจิต (psychological) 3) มิติด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) และ 4) มิติด้านสภาพแวดล้อม (environmental) [26]

ความหมายและความสำคัญของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตมีความหมายที่แตกต่างหลากหลาย เช่น หมายถึง ความพึงพอใจหรือความสุขในชีวิต ยกตัวอย่าง เช่น คนๆ หนึ่งอาจจะให้ความสำคัญต่อเรื่องการทำงาน และการหาเงินที่เป็นตัววัดคุณภาพชีวิตหรือความสุขของพวกเขา แต่อีกคนอาจให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยมากกว่าหรือคนสูงอายุอาจให้ความสำคัญกับครอบครัว และความศรัทธาต่อศาสนามากกว่าคนอ่อนวัย และบุคคลที่อยู่ในสังคมที่แตกต่างกันก็จะให้ความสำคัญของสิ่งต่างๆ ในชีวิตที่แตกต่างกันด้วย เช่น คนในสังคมตะวันตก อาจให้ความสำคัญต่อความสำเร็จในหน้าที่การงานมากที่สุดในการวัดความสุขของชีวิต แต่คนทางโลกตะวันออก อาจเห็นความสำคัญของการได้อยู่กับครอบครัวมากกว่าการทำงานให้ประสบความสำเร็จในชีวิต เป็นต้น [24]

มีนักวิชาการหลายคนให้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต (quality of life) ดังนี้ คุณภาพชีวิตหมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจ และการรับรู้สถานะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อมของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม [27] เป็นตัวชี้วัดอย่างหนึ่ง que แสดงให้เห็นภาพรวมของผู้สูงอายุว่าเป็นเช่นไร คือ มีองค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ และด้านทัศนคติเป็นอย่างไร โดยคุณภาพชีวิตมาจากคำว่า คุณภาพ และชีวิตโดยรวมคุณลักษณะที่ดีหรือความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล [25] และ หมายถึง การรับรู้สถานการณ์ในด้านต่างๆ ของชีวิต การตอบสนองของความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ช่วยให้สามารถดำรง

ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ได้แก่ การมีสุขภาพแข็งแรง มีรายได้ที่เพียงพอ ไม่มีภาวะกีดกันทางจิตใจและอื่นๆ [16] คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจ และการรับรู้สถานะในด้านต่างๆ เช่น ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านสภาพแวดล้อม ด้านสุขภาพร่างกาย และด้านจิตใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ ด้านเศรษฐกิจ การที่ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้นต้องมีรายได้มากกว่ารายจ่าย มีเงินเก็บออมเพียงพอในยามฉุกเฉิน หรือมีในยามเจ็บป่วย ไม่มีภาระหนี้สิน เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย และที่ทำกิน ด้านสังคม มีการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ภายในชุมชน ช่วยถ่ายทอดความรู้ภูมิปัญญาต่างๆ ประเพณี และวัฒนธรรมต่างๆ ให้คนรุ่นหลังได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไปทำบุญเข้าวัดมีบุตรหลานหรือญาติให้การเลี้ยงดู และสามารถปรับทุกข์ได้กับคนในครอบครัวหรือคนรอบข้าง ซึ่งการกระทำดังกล่าว จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เนื่องจากช่วยให้ลดภาวะเศร้าซึมและหดหูได้ ด้านสิ่งแวดล้อมรอบๆ ชุมชนหรือที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีความปลอดภัย อากาศรอบๆ ที่อยู่อาศัยไม่มีมลภาวะ มีสิ่งอำนวยความสะดวก และมีสาธารณูปโภคเข้าถึงมีสถานพยาบาลที่เข้าถึงสะดวก ดังนั้น การมีสิ่งแวดล้อมที่ดี จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น ด้านสุขภาพ การที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้สูงอายุต้องไม่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวต่างๆ เช่น มะเร็ง เบาหวาน หัวใจ ความดันโลหิตสูง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ได้แก่ อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร เข้าห้องน้ำด้วยตนเองได้ กลั้นปัสสาวะ และอุจจาระได้ มีดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ เพศชายต้องน้อยกว่า 40 นิ้ว และเพศหญิงต้องน้อยกว่า 35 นิ้ว มีการตรวจสุขภาพประจำปี มีการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที ในแต่ละสัปดาห์ต้องบริโภคอาหารครบทั้ง 5 หมู่ สามารถจดจำเรื่องราวต่างๆ ได้ การมองเห็นและการได้ยินปกติ มีฟันถาวรที่สามารถใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ และต้องไม่ติดบุหรี่ และสูราด้วย ด้านทัศนคติ องค์ประกอบด้านนี้จะให้ความสำคัญกับทัศนคติของผู้สูงอายุเอง และทัศนคติต่อผู้อื่น เช่น ความพอใจในชีวิตของตนเอง มองโลกในแง่บวก มีความภูมิใจในตนเอง และการเอื้ออาทรต่อผู้อื่น ถ้าผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดีทั้งต่อตนเองและต่อผู้อื่น จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย [15]

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

สุขภาพเป็นมิติหนึ่งที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้น การวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health-Related Quality of Life หรือ HRQoL) จึงมีความจำเป็น และเป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สำคัญมากอย่างหนึ่งนอกเหนือจากอายุขัย (life expectancy) หรือการมีชีวิตรอด (survival) โดยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ เป็นผลลัพธ์ที่ไม่สามารถมองเห็นได้จากผลทางคลินิก หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพียงอย่างเดียว การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพมีความสำคัญอย่างมากในอันที่จะเข้าใจว่าโรคและการรักษามีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วย

จากมุมมองของผู้ป่วยเอง (patient perspective) ซึ่งตรงกับแนวความคิดของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) หรือการสาธารณสุขที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (humanized health care) ที่ให้ความสำคัญ และเอาใจใส่ต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยมากขึ้น มองผู้ป่วยโดยพิจารณาสิ่งต่างๆ ทั้งหมดที่มีความสัมพันธ์ และมีความสำคัญในชีวิตของตัวผู้ป่วยเอง (the whole person) ไม่ใช่แต่เพียงการมองที่ตัวโรค (disease) และก็ตรงกับแนวคิดของการให้บริการทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care) ที่เน้นที่ตัวผู้ป่วยเป็นหลักมากกว่าที่ตัวยา [24]

ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่างๆ ลดลง ความต้านทานต่อโรคลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดปัญหาสุขภาพได้มากกว่าวัยอื่น [6] โดยสามารถจำแนกออกตามระบบของร่างกายได้ ดังนี้

1.1 ระบบคุ้มกัน พบว่า มีการฝ่อของต่อมธัยมัส (thymus) ทำให้ธัยมิกแฟคเตอร์ (thymic factor) ซึ่งเป็นตัวสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายลดน้อยลง จึงมักพบว่า ผู้สูงอายุจะมีอาการติดเชื้อง่าย และมีอุบัติการณ์ของมะเร็งในวัยชราสูงเนื่องจากเซลล์กำจัดเชื้อโรคตามธรรมชาติลดลง

1.2 ผิวหนัง พบว่า ความหนาแน่นและจำนวนเซลล์ในชั้นหนังแท้ลดลง ทำให้ผิวหนังเปราะบาง แห้ง เป็นขุยง่าย หรือเมื่อโดนแสงแดดนานๆ จะทำให้เกิดมะเร็งผิวหนังได้ง่าย แต่ใยคอลลาเจน และอีลาสติก ซึ่งเป็นความยืดหยุ่นของเส้นเลือดกลับแข็งแรงเพิ่มขึ้น

1.3 ตา พบว่า ไชมันรอบดวงตา และหนังตามีปริมาณลดลง เกิดหนังตาดกขอบหนังต้าม้วนเข้าหรือขอบหนังต้าม้วนออกง่าย นอกจากนี้ ยังเกิดการหนาตัวและแข็งขึ้นของเลนส์ตา มีผลต่อสายตาหรือการขุ่นมัวของกระจกตาหรือการเกิดต้อกระจกมากขึ้น นอกจากนี้ เซลล์รับแสงลดลง เป็นผลให้ความไวต่อแสงของจอตาลดลง ทำให้การมองเห็นในเวลากลางคืน ทำให้เกิดพลัดตกหกล้มง่ายขึ้น

1.4 การได้ยิน และการควบคุมการทรงตัว พบว่า มีการเสื่อมของเซลล์ขนบริเวณส่วนฐานของโคเคลีย (cochlea) และเซลล์ประสาทบริเวณ spiral ganglia ทำให้การได้ยินลดลง ความสามารถในการรับฟังเสียงความถี่สูงลดลง การแยกคำแย่ง และกำหนดตำแหน่งที่มาของเสียงลดลง จึงมักพบว่า ผู้สูงอายุจะสูญเสียการได้ยิน โดยเฉพาะเสียงที่มีความถี่สูงหรือหูตึง นอกจากนี้ ยังมีการเปลี่ยนแปลงของจำนวนเซลล์ประสาทเวสติบูลาร์ (vestibular nerve) ซึ่งใช้ในการควบคุมการทรงตัว จึงมักพบว่า ผู้สูงอายุจะมีปัญหาเรื่องการควบคุมการทรงตัว นอกจากนี้ เซลล์ประสาทเวสติบูลาร์ที่ลดน้อยลง ยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการมึนงง (dizziness) และอาการบ้านหมุน (vertigo) ง่ายกว่าคนอายุน้อย

1.5 ระบบการรับรส และการดมกลิ่น พบว่า ตุ่มรับรสมีจำนวนลดลง ซึ่งจะทำให้การไวต่อการรับรสลดลง โดยความไวของตุ่มรับรสจะลดลง ตามลำดับ คือ รสเค็ม รสขม รสเปรี้ยว รสหวาน นอกจากนี้ เซลล์เยื่อและเซลล์ประสาทที่เกี่ยวข้องกับการดมกลิ่นจะมีจำนวนลดลง เมื่ออายุ 60 ปีเป็นต้นไป จึงพบว่า ผู้สูงอายุจะรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด การไม่ได้กลิ่นแก๊สหุงต้ม เมื่อเกิดแก๊สรั่วเปื้ออาหาร เพราะไม่ได้กลิ่น เป็นต้น

1.6 การรับความรู้สึกตามร่างกาย พบว่า เซลล์ที่ปลายประสาทใต้ชั้นผิวหนัง ทำหน้าที่ รับความรู้สึกชนิดสัมผัสเบาๆ และแยกจุดสัมผัสได้ (meissner corpuscle) และเซลล์ที่ปลายประสาทใต้ชั้นผิวหนัง ทำหน้าที่ รับความรู้สึกต่อแรงกดและแรงสั่นสะเทือน (pacinion corpuscle) มีคุณภาพและจำนวนลดลง รวมทั้งจะเคลื่อนห่างจากชั้นหนังกำพร้ามากขึ้น มักพบว่า ผู้สูงอายุจะมีความไวในการรับความรู้สึกเจ็บปวด อุณหภูมิสัมผัส และการสั่นเทาของร่างกายลดลงมาก นอกจากนี้ ความไวต่อการรับความรู้สึกที่ซับซ้อนลดลง ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ตำแหน่งที่ต่างกัน ความสามารถในการรับรู้วัตถุ และความสามารถรับรู้ส่วนต่างๆ ของร่างกาย จึงพบว่า ผู้สูงอายุจะมีอาการชาบริเวณส่วนปลายของร่างกาย โดยเฉพาะปลายมือปลายเท้า เมื่อถูกของมีคมบาดหรือมีบาดแผลจึงไม่ค่อยรู้สึก

1.7 สมองและไขสันหลัง พบว่า สมองมีน้ำหนักลดลง ประมาณร้อยละ 6-11 และจำนวนเซลล์ควบคุมกล้ามเนื้อของไขสันหลังมีจำนวนลดลง เมื่อเข้าสู่วัยชราอาจมีการลดลง ถึงร้อยละ 50 นอกจากนี้ ยังมีการลดลงของโปรตีนอะไมลอยด์ (amyloid protein) ส่งผลให้เกิดการผิดปกติของการสร้างการหลังของสารสื่อประสาท โดยเฉพาะสารโดปามีน (dopamine) ซึ่งส่งผลต่อการนอนหลับ การเคลื่อนไหวและการทรงตัวได้ จะเห็นว่าผู้สูงอายุจะมีท่าเดินที่ก้าวสั้นๆ และช้าลงหรือเท้าทั้งสองข้างแตะพื้นพร้อมกันในขณะที่เดินเป็นระยะเวลาาน หลังงอ ตัวเอนไปข้างหน้า แขนกางออก และแกว่งน้อย เวลาหุนตัวเลี้ยวจะแข็ง และมีการบิดของเข่าน้อย ดูคล้ายกับการหุนไปพร้อมกันทั้งตัว ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้ม และความพยายามในการยึดจับสิ่งของใกล้เคียงก็จะช้าลง นอกจากนี้ จะพบว่า ผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการจำลดลง จากการฝ่อของสมองบางรายอาจนำไปสู่กลุ่มอาการสมองเสื่อมได้

1.8 ระบบหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง โดยเฉพาะหลอดเลือดเอออร์ตา (aorta) ทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจเสื่อม ลึ้นหัวใจเอออร์ติกเคลื่อนไหวได้ลดลง นอกจากนี้ อาจมีการจับเกาะของแคลเซียมที่ลิ้นหัวใจไมทรัล จึงมักพบว่า ผู้สูงอายุจะมีปัญหาเรื่องการเต้นของหัวใจ เพื่อตอบสนองต่อการออกกำลังกาย มีแนวโน้มลดลง เมื่ออายุมากขึ้นจึงเป็นผลให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายได้ลดลง รวมทั้งภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่า โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงหรือหกล้มบ่อยๆ โดยไม่ทราบสาเหตุ

1.9 ระบบทางเดินหายใจ พบว่า อายุมากขึ้นจะพบแคลเซียมจับบริเวณหลอดลม และกระดูกอ่อนของซี่โครง มีการยึดตัวของข้อต่อของกระดูกบริเวณหน้าอก (costovertebral และ costochondral) มากขึ้น และมวลกล้ามเนื้อทรวงอกลดลง มีการโค้งงอของหลัง (หลังโก่ง) ทำให้เส้นผ่านศูนย์กลางแนวหน้าหลังของทรวงอกเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ผนังถุงลมจะบางลง ยึดหยุ่นไม่ดี หลอดลมเล็กๆ จะปิดเร็วขึ้น ทำให้การระบายอากาศไม่ดีและการสร้างแอนติบอดี และระบบภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์ด้อยลง มักพบว่า ผู้สูงอายุจะเหนื่อยง่ายขึ้น และความทนลดลง ในระหว่างออกกำลังกาย รวมทั้งมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจง่ายขึ้น

1.10 ระบบต่อมไร้ท่อ พบว่า ต่อมไร้ท่อต่างๆ มีน้ำหนักลดลง มีลักษณะของการฝ่อปรากฏเมื่ออายุมากขึ้น นอกจากนี้ ยังมีลดลงของการตอบสนองต่อฮอร์โมนและรีเซปเตอร์ที่เห็นได้ชัดเจน คือ การลดลงของไทรอยด์ฮอร์โมนและการหลั่งอินซูลิน ส่งผลให้ความทนต่อน้ำตาลกลูโคสลดลงเมื่ออายุมากขึ้น และน้ำตาลในเลือดสูงเมื่อเจ็บป่วย นอกจากนี้ ยังพบการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน aldosterone หรือ epinephrine เป็นต้น ส่งผลให้การตอบสนองของร่างกายต่อภาวะเครียดที่รุนแรงเมื่อเกิดสิ่งกระตุ้นให้เครียดหรือหุดหงิด

1.11 ระบบสืบพันธุ์ พบว่า ในเพศหญิงเมื่อหมดประจำเดือน ภาวะเพศภายนอกมีลักษณะฝ่อเซลล์ที่บุผิวมีความยืดหยุ่นลดลง ต่อมเมือกหลังน้ำเมือกลดลง น้ำหนักของมดลูกลดลง ปีกมดลูกเล็กลง และรังไข่ฝ่อไปการที่ฮอร์โมนเพศลดลง เป็นผลให้หญิงในวัยหมดประจำเดือนมีอาการทางกายและจิตใจ นอกจากนี้ ยังมีปัญหากระดูกพรุนจากการขาดฮอร์โมนเพศที่ช่วยในการดูดซึมแคลเซียมสร้างกาย ขณะที่เพศชายมีน้ำหนักของลูกอัณฑะลดลง มีการฝ่อของท่อในการสร้างน้ำอสุจิ การสร้างและคุณสมบัติของอสุจิลดลง ฮอร์โมนเพศชายน้อยลง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และปัญหาเสื่อมสมรรถนะทางเพศ

1.12 ไตและระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่า ขนาดของไตและจำนวนเลือดที่ไปเลี้ยงไตมีปริมาณลดลง แต่มีการหนาตัวของเยื่อบุผนัง (basement membrane) เพิ่มขึ้น และใยคอลลาเจนบริเวณเส้นเลือดบริเวณตัวกรองของท่อหน่วยไตเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การทำงานของไตลดลงราวร้อยละ 50 เมื่ออายุ 60 ปีเป็นต้นไป นอกจากนี้ ในเพศหญิงจะมีการหย่อนตัวของผนังมดลูก และผนังกระเพาะปัสสาวะส่วนล่าง ส่วนเพศชายกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะก็จะอ่อนตัว และเยื่อบุผนังด้านในของท่อปัสสาวะฝ่อลงเช่นกัน ทำให้มีปัญหาเรื่องการปัสสาวะ

1.13 ระบบทางเดินอาหาร พบว่า ฟันเกิดการกร่อน รากฟันเปราะแตกง่ายขึ้น การยึดเกาะของฟันด้อยลงหลุดร่วงง่าย เยื่อบุผิวในช่องปากบางลง และฝ่อเช่นเดียวกับตุ่มรับรส นอกจากนี้ ยังมีการทำงานที่ไม่ประสานกันของรอยต่อระหว่างกล้ามเนื้อลายกับกล้ามเนื้อเรียบของหลอดอาหาร การหดตัวของหลอดอาหารเป็นวง ทำให้เกิดอาการกลืนลำบากหรือสำลักได้บ่อย ทำให้ติดเชื้อในทางเดินอาหารได้ง่าย นอกจากนี้ กระเพาะอาหารบางลง ระบบการย่อยอาหารประเภทไขมันจะ

ใช้การผ่านไปที่ลำไส้เวลานานขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการของโรคกระเพาะอาหารได้บ่อยหลังรับประทานอาหารมัน ส่วนลำไส้ใหญ่จะมีกล้ามเนื้อในผนังลำไส้บางลง และฝ่อการบีบตัวลดลง การหดตัวของกล้ามเนื้อหูรูดตรงปากทวารหนักน้อยลง เมื่ออายุมากขึ้นทำให้เกิดปัญหาเรื่องท้องผูกหรือปัญหาการกลั้นอุจจาระไม่ได้เพิ่มสูงขึ้น

1.14 ระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก พบว่า ทั้งเพศหญิงและเพศชายการสลายของกระดูกจะมีมากกว่าการสร้างมวลกระดูกทำให้มวลกระดูกลดลง จะมีการลดลงของมวลกระดูกราว ร้อยละ 2-4 ต่อปี สำหรับผู้หญิงหลังหมดประจำเดือนใน 5 ปีแรก โดยเฉพาะกระดูกชิ้นใหญ่ เช่น สะโพก สันหลัง ข้อต่อต่างๆ นอกจากนี้ ทั้งสองเพศกล้ามเนื้อร่างกายจะมีเซลล์ไขมันและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันมากขึ้นทำให้กล้ามเนื้อลายมีความแข็งแรงน้อยลง ขณะเดียวกันเส้นประสาทและรอยต่อของเส้นประสาทกับกล้ามเนื้อลายลดลง ทำให้กล้ามเนื้อเกร็งตัวไม่ได้นานเมื่อเทียบกับคนอายุน้อย

1.15 องค์ประกอบทั่วไปของร่างกาย และระบบโลหิต พบว่า น้ำหนักร่างกายและความสูงลดลง เนื่องจากการยุบตัวของหมอนรองกระดูกภาวะ metabolism ที่ทำหน้าที่เผาผลาญอาหารทำงานได้ลดลง ทำให้เกิดการสะสมของไขมัน โดยเฉพาะหน้าท้องและภายในช่องท้อง รวมทั้งการสร้างและเก็บความร่อนลดลง จะพบว่าผู้สูงอายุทนทานต่อความเย็นลดลง เมื่ออยู่ในที่อุณหภูมิต่ำ โดยอุณหภูมิที่ผิวหนังของผู้สูงอายุจะลดลงอย่างรวดเร็ว เมื่อจับดูจะรู้สึกว่ามีผิวหนังของผู้สูงอายุจะเย็น [8]

เมื่อสภาพร่างกายเสื่อมโทรมลงทำให้ผู้สูงอายุที่แข็งแรงมาตลอดมีโอกาสเป็นโรคต่างๆ ได้มากขึ้นกว่าผู้ที่มีอายุน้อย เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง โรคกระดูกพรุน เป็นต้น นอกจากนี้ เนื่องจากความเสื่อมของการมองเห็น การได้ยิน และการเคลื่อนไหวที่ไม่สัมพันธ์กัน ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย และอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อยก็อาจไปทำให้เกิดภัยอันตรายแก่กระดูกหลอดเลือดหรือเส้นประสาททำให้เกิดความพิการติดตามมาอีกด้วย

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมักจะมีหลายโรค (multiple pathology and diseases) และมีการแสดงของโรคที่แตกต่างจากที่พบในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ทั่วไป เมื่อมีหลายโรคก็มักจะไต่ยาพร้อมกันหลายชนิดทำให้ร่างกายได้รับผลจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาต่างๆ เข้าไปอีก นอกจากนี้ เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยหรือกระดูกกล้ามเนื้อได้รับภัยอันตรายก็จะฟื้นตัวและหายช้าเกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา [28]

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกาย และสังคมมีผลโดยตรงต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ การมองรูปลักษณ์ของตนเอง และมโนทัศน์ต่อตนเองจะเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุจะปรับสภาวะทางจิตใจ และอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และสิ่งแวดล้อมโดยอัตโนมัติ เป็นการเรียนรู้ประสบการณ์ทางจิตใจอย่างต่อเนื่อง

ผู้สูงอายุจะมีการปรับ และพัฒนาโครงสร้างขององค์ประกอบจิตใจระดับต่างๆ กันไป โดยทั่วไปจะมีการปรับระดับจิตใจในทางที่ตึงมากมากขึ้น สามารถคุมจิตใจได้ดีกว่าจึงพบว่า เมื่อคนมีอายุมากขึ้นจะมีความสุขมากขึ้นด้วย ผู้สูงอายุมีลักษณะของโครงสร้างทางจิตใจเฉพาะเป็นของตนเองซึ่งจะเป็นรากฐานของการแสดงออกของคนแต่ลักษณะการแสดงออกขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ร่วมด้วย ได้แก่ บุคลิกภาพเดิม การศึกษาประสบการณ์ สภาพสังคมในวัยเด็ก อย่างไรก็ตาม มักพบบ่อยๆ ว่าผู้สูงอายุจะมีความเครียด เนื่องจากโรคทางกายแบบเฉียบพลัน และเรื้อรังการสูญเสียอาชีพการงาน มีการเสียชีวิตของบุคคลผู้เป็นที่รัก และความเหงาโดดเดี่ยว เนื่องจากการขาดคนดูแล

2.1 ด้านการเรียนรู้ (learning) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุการเรียนรู้จะลดลงมาก โดยเฉพาะหลังอายุ 70 ปี แม้การเรียนรู้ของผู้สูงอายุจะลดลงแต่ก็ยังสามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ถ้าการเรียนรู้นั้นสัมพันธ์กับประสบการณ์เดิมที่ผ่านมา ระยะเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้ และความตั้งใจจริงของผู้สูงอายุ ดังนั้น จึงควรลดความคาดหวังต่อการเรียนรู้ของผู้สูงอายุโดยการเรียนรู้ที่ผู้สูงอายุทำได้ดี และเรียนได้เร็ว คือ การเรียนรู้เฉพาะอย่างโดยไม่เร่งรัด

2.2 ด้านความจำ (memory) ผู้สูงอายุจะมีความจำเรื่องราวในอดีตได้ดี แต่จะมีความจำเกี่ยวกับสิ่งใหม่ๆ ลดลง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และทางด้านจิตสังคม การกระตุ้นความจำของผู้สูงอายุจะต้องอาศัยการปฏิบัติเป็นลำดับขั้นตอน เช่น การเขียนหนังสือตัวโต การใช้สื่อกระตุ้นการมองเห็น ไม่ควรเน้นหรือถามซ้ำในเรื่องที่ผู้สูงอายุจำไม่ได้การจดบันทึกจะช่วยผู้สูงอายุจำได้มากขึ้น

2.3 ด้านสติปัญญา (intelligence) ความสามารถทางสมองจะเริ่มลดลง เมื่ออายุ 30 ปีเป็นต้นไป ในผู้สูงอายุจะเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษา การเรียนรู้ในอดีต ประสบการณ์ในการแก้ปัญหา และสภาวะสุขภาพในขณะนั้น โดยทั่วไปการเสื่อมทางสติปัญญาจะค่อยเป็นค่อยไปไม่เท่ากันทุกคน

2.4 ด้านสมรรถภาพการรับรู้ข้อมูล และการนำความรู้สู่การปฏิบัติ (competence and performance) โดยส่วนใหญ่สมรรถภาพในการนำความรู้สู่การปฏิบัติที่ต่ำกว่าสมรรถภาพการรับรู้ข้อมูล เนื่องจากหลายปัจจัย เช่น สมองทำงานลดลง การรับรู้ที่น้อยลง ความจำสั้นลง การตอบสนองช้าลง ผู้สูงอายุมักกลัวสิ่งที่ตนเองไม่รู้ และตื่นเต้นเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ๆ

เนื่องจากไม่แน่ใจว่าตนเองจะตอบสนองได้หรือไม่ กลัวความล้มเหลว ผู้สูงอายุจึงต้องการการส่งเสริมสนับสนุน และต้องการแรงจูงใจเพื่อกระตุ้นในการทำกิจกรรมใหม่ๆ

2.5 ด้านเจตคติความสนใจ และคุณค่า (attitude, interest and values) พบว่า จะแตกต่างกันไปแต่ละบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลมาจากเพศ สังคม อาชีพ เชื้อชาติ และวัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงเจตคติของผู้สูงอายุไม่ใช่สิ่งง่ายในการสอนเพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้เรื่องราวใหม่ โดยการเปลี่ยนแปลงเจตคติของผู้สูงอายุจะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนเจตคติได้

2.6 ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-concept and self-esteem) ถ้าเป็นไปในทางบวกจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัว และแก้ปัญหาได้ดีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง มีผลมาจากกระบวนการความคิดอารมณ์ ความปรารถนา คุณค่า และพฤติกรรม นอกจากนั้น ยังเกี่ยวข้องกับงาน และสังคมของผู้สูงอายุด้วย ดังนั้น การเตรียมงานที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมความรู้สึกที่มีคุณค่าในตัวเอง เช่น การทำงานอดิเรก การเป็นอาสาสมัครทำงานช่วยเหลือสังคม การทำงานที่ผู้สูงอายุชอบ เป็นต้น [28]

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

3.1 การปลดเกษียณหรือการออกจากงาน [29]

ก่อนเกษียณงาน คือ ภาระหน้าที่ที่ต้องแบกไว้แต่เมื่อเกษียณการได้ทำงานกลับเป็นความรู้สึกตรงข้าม การทำงานกลายเป็นสิ่งที่มีคุณค่ายิ่งได้รับการยอมรับให้ทำงานต่อ กลายเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุโยยหา เพราะการทำงานทำให้บุคคลมีความมั่นคงมีศักดิ์ศรีพึ่งพาตนเองได้ แสดงถึงความสามารถศักยภาพของตนเอง การปลดเกษียณหรือออกจากงาน จึงเป็นเรื่องที่สำคัญ ถ้าเป็นการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยการที่ผู้สูงอายุค่อยๆ ถอยตัวเองออกจากงาน และเป็นไปด้วยความสมัครใจ จะมีผลทางด้านจิตสังคมไม่มากนัก แต่ในทางตรงกันข้ามหากเกิดขึ้นแบบทันทีทันใดหรือบุคคลนั้นยังยึดติดกับงาน จะทำให้บุคคลปรับตัวไม่ทันเกิดความเครียดไม่มีความสุข และเกิดความรู้สึกสูญเสียได้ซึ่งอธิบายได้ ดังนี้

3.1.1 สูญเสียสถานภาพ และบทบาททางสังคม จากที่เคยเป็นบุคคลที่มีบทบาทและตำแหน่งต่างๆ มากมาย เป็นผู้นำมีคนเคารพนับถือในสังคมเปลี่ยนเป็นสมาชิกคนหนึ่งของสังคมมีบทบาทลดลง ทำให้สูญเสียความมั่นคงของชีวิต และรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญในสังคมอยู่ในสถานะที่ไร้คุณค่า สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีภาพลักษณ์ที่ไม่ดีต่อตนเอง (poor self-image) หรือรู้สึกว่าตนเองกำลังเริ่มเป็นภาระของครอบครัว

3.1.2 สูญเสียการสมาคมกับเพื่อนฝูงเมื่อปลดเกษียณ โอกาสที่ผู้สูงอายุจะสมาคมกับเพื่อนฝูงลดลง เนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย เช่น มีโรคประจำตัว ทำให้ช่วยตนเองได้น้อย การเคลื่อนไหวเชื่องช้า ทำให้ไม่สะดวกในการเดินทาง เป็นต้น นอกจากนี้ ปัญหาทางด้านจิตใจ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจก็มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุสมาคมกับเพื่อนฝูงลดลง

3.1.3 สูญเสียสภาวะทางการเงินที่ดี เนื่องจากขาดรายได้หรือรายได้ลดลงขณะที่ค่าครองชีพกลับสูงขึ้นเรื่อยๆ อาจทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในการดำรงชีพ

3.1.4 แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป เพราะไม่ต้องออกจากบ้านไปทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเองใหม่ ขาดความคุ้นเคยเกิดความรู้สึกอึดอัดใจเกิดความเครียด

3.2 การเปลี่ยนแปลงของสังคมครอบครัว

ปัจจุบันสังคมไทยเป็นสังคมเดี่ยวมากขึ้นเมื่อลูกโตขึ้นก็จะแต่งงานแยกครอบครัวออกไปหรือในชนบทก็จะออกไปประกอบอาชีพต่างถิ่น ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กันตามลำพังถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่ง โดยเฉพาะในรายที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ปัญหาของผู้สูงอายุก็น่าจะมีมากขึ้น นอกจากนี้การตายจากไปของคู่ครองจะทำให้ผู้สูงอายุที่ยังมีชีวิตต้องประสบกับความเหงาที่ค่อนข้างรุนแรงหรือการตายจากของคนวัยเดียวกัน ทำให้รู้สึกหดหู่เศร้าหมองรวมทั้งขาดรายได้ (ในเพศหญิง) หรือขาดคนปรนนิบัติ (ในเพศชาย) และขาดการตอบสนองทางเพศประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีความผูกพันกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยและสังคมชุมชนที่เคยชิน ไม่อยากเปลี่ยนแปลงหรือลดบทบาทตัวเองจากหัวหน้าครอบครัวไปเป็นสมาชิกครอบครัว จึงไม่อยากจากบ้านไปอยู่ร่วมกับครอบครัวของลูกหลาน ซึ่งอาจเกิดปัญหาการไม่ให้เกิดรบกวน ขาดความเคารพนับถือ ขาดความสนใจและเกื้อกูลต่อกัน ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น ในรายที่ไม่สามารถทำได้และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น อาจทำให้เกิดความกดดันทางด้านจิตใจ เกิดความรู้สึกเหงา ว่าเหวี่ยงเดียวดาย และไม่มีศักดิ์ศรี [8]

4. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสิ่งแวดล้อม

ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมักตกอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ไม่สะอาด ไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากสลายตา การเคลื่อนไหว ทรงตัวไม่ดี การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย และส่งเสริมสุขภาพตนเองได้น้อยจากวัยชรา ประกอบกับหากมีสภาพปัญหาด้านจิตใจ ร่างกาย และสังคมด้วยแล้ว การพึ่งตนเอง ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตที่ดีจะลดลง ตามลำดับ ซึ่งการศึกษาของ ประภาพร รมนโรรัตน์ และพรพรรณ พิไลสุทธนะ, 2555 พบว่า สิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังนั้นไม่ถูกสุขลักษณะ มีโอกาสก่อให้เกิดอุบัติเหตุ และอันตรายต่อผู้สูงอายุได้สูง ได้แก่ อากาศที่ไม่บริสุทธิ์ สิ่งของวางกีดขวางทางเดิน สัตว์เหาะ และสัตว์มีพิษ เช่น แมลงป่อง ตะขาบ มด เชื้อรา และเชื้อโรคต่างๆ เป็นต้น

แบบประเมินผู้สูงอายุ

1. แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย กลุ่มองค์การอนามัยโลก (The WHO group) ได้พัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ โดยใช้วิธีการทางสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) เหลือเพียง 26 ตัวชี้วัด โดยข้อคำถามในฉบับย่อเป็นคำถามที่มีอยู่ในฉบับ 100 ตัวชี้วัด ซึ่งให้นิยามคุณภาพชีวิตว่าเป็นสถานะความเป็นอยู่ที่ดีของร่างกาย จิตใจ และสังคม การรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น วัฒนธรรม และค่านิยมจะส่งผลกับเป้าหมาย และความคาดหวังเกี่ยวกับมาตรฐานคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

1.1 ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์ของร่างกาย การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงานของตน เป็นต้น

1.2 ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้ทางสภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกและทางลบที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความคิดการตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้ของตน เป็นต้น

1.3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือและได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม

1.4 ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต การรับรู้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสภาพแวดล้อม การรับรู้ว่าตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต เป็นต้น [30]

เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย สามารถประเมินคุณภาพชีวิตได้ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านร่างกาย (physical domain) 2. ด้านจิตใจ (psychological domain) 3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) 4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) และเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่นิยมใช้กับผู้สูงอายุ [12,13] โดยองค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24 องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23 องค์ประกอบด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25 องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นโดยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.65 การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนน ซึ่งเกณฑ์ปกติที่กำหนดมี ดังนี้ คะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ คะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี [13]

2. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (ดัชนีจุฬาเอดีแอล: Chula ADL Index) จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย การเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน การทำหรือเตรียมอาหาร / หุงข้าว การทำความสะอาดบ้าน / ซักรีดเสื้อผ้า การทอนเงิน / แลกเงิน และการใช้บริการสาธารณะ (เช่น บริการใช้รถเมล์ รถสองแถว) ซึ่งดัชนีจุฬาเอดีแอลได้รับการพัฒนาขึ้นมาสำหรับประชากรสูงอายุไทยโดยเฉพาะ โดยคะแนนต่ำสุด คือ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุด คือ 9 คะแนน ซึ่งทั่วไปเป็นการสอบถามถึงกิจที่ปฏิบัติในระยะ 1-2 สัปดาห์ มีระดับการวัดเป็นช่วง โดยมีการให้คะแนนตามกิจ และมีการให้น้ำหนักคะแนนที่แตกต่างกันตามความยากง่ายของกิจนั้น ดังนี้ ทำให้ไม่ได้ให้ 0 คะแนน มีคนคอยอยู่ดูแลหรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจให้ 1 หรือ 2 คะแนน สามารถปฏิบัติกิจได้อย่างอิสระให้คะแนนเต็ม 1-3 คะแนน โดยเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับความรุนแรงของ Chula ADL Index ดังนี้ ผู้ที่ได้คะแนนรวมเท่ากับ 0-4 คะแนน แสดงว่าภาวะพึ่งพิงทั้งหมด ผู้ที่ได้คะแนนรวมเท่ากับ 5-8 คะแนน แสดงว่าพึ่งพิงปานกลาง ผู้ที่ได้คะแนนรวมเท่ากับ 9 คะแนน แสดงว่าดำรงชีวิตอย่างอิสระในชุมชน [17] มีค่าความเชื่อมั่นโดยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86 [18]

3. แบบประเมินความจำ

แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT) จำนวน 13 ข้อ คะแนนที่ต่ำสุด คือ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุด คือ 19 คะแนน ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นโดยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.93 การแปลผล เมื่อคะแนนต่ำกว่า 15 คะแนน แสดงว่าน่าจะมีคามผิดปกติของ cognitive function [20]

4. แบบประเมินความเศร้า

แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (Thai Geriatric Depression Scale-15: TGDS-15) จำนวน 15 ข้อ โดยให้คะแนน 1 คะแนน เมื่อตอบใช่ ในข้อ 2-4, 6, 8-10, 12, 14-15 และตอบไม่ใช่ ในข้อ 1, 5, 7, 11, 13 โดย 6 คะแนนขึ้นไปบ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้า และ 11 คะแนนขึ้นไปบ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้าแน่นอน ซึ่งแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ มีค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.93 [22]

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทและหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต SF-36 V2.0 สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ จำนวน 478 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีความพอใจกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ร้อยละ 50.4 และพอใจด้านจิตใจร้อยละ 52.7 ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 6 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม การศึกษา อาชีพ และอายุ โดยสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตด้านร่างกายได้ร้อยละ 30.5 ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 4 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจได้ร้อยละ 21.5 ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว องค์กรท้องถิ่นควรร่วมให้การส่งเสริมกิจกรรมเหล่านี้ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุในชนบท [31]

ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขต 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (สงขลา สตูล ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 727 คน เป็นเพศหญิง 443 คน ร้อยละ 61 เป็นเพศชาย 284 คน ร้อยละ 39 อายุเฉลี่ย 71 ปี (range = 63–86, SD = 9.93) อายุเฉลี่ย 71 ± 9.93 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 78.6 ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะสุขภาพ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 70 ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรคต่อคน โรคที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 34.5 โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 6.9 โรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 1.5 และไตวายเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 1.5 ปัญหาสุขภาพที่พบส่วนใหญ่ คือ ปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น คิดเป็นร้อยละ 58 ผิวหนังแห้งและมีผื่นคัน คิดเป็นร้อยละ 39.90 การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 30 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.1 โดยคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะสุขภาพ ($r = 0.77, p < 0.01$) โดยมีข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย คือ บุคลากรในทีมสุขภาพตลอดจนผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุควรมีส่วนร่วมในการวางแผนจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทของวัฒนธรรมท้องถิ่น โดยเฉพาะหลักศาสนาซึ่งเป็นปัจจัยป้องกันที่สำคัญเฉพาะในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ดังนั้น การใช้หลักศาสนานำสุขภาพในผู้สูงอายุ การบูรณาการความรู้เรื่องศาสนา

ให้สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง อาจมีผลช่วยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี [14]

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบบังเอิญ (accidental sampling) จากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 324 คน ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาได้จากการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสอบถามการวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งได้ดัดแปลงจากการวัดในด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพ และด้านทัศนคติ โดยใช้มาตรวัดแบบ likert scale ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใช้สมการถดถอย (regression analysis) ด้วยแบบจำลองโพรบิต (probit model) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุระหว่าง 60-74 ปี สมรส และคู่สมรสยังมีชีวิตอยู่ มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีก่อนอายุ 60 ปี ประกอบอาชีพหลักที่มีรายได้ไม่แน่นอน เช่น รับจ้างทั่วไป แม่บ้าน เป็นต้น จากการวัดระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยเฉลี่ยของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในระดับดี คือ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต เท่ากับ 4.32 จากคะแนนเต็ม 5 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ย 3 อันดับแรก คือ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพ และด้านสังคม (ค่าเฉลี่ย = 4.9, 4.7 และ 4.39 ตามลำดับ) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร คือ อาชีพหลักก่อนอายุ 60 ปี (รับราชการพนักงานรัฐวิสาหกิจ) ระดับการศึกษาและสถานภาพสมรส ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสังคมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 และ 0.05 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ และปัจจัยด้านสุขภาพ (การมีโรคประจำตัว) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยปัจจัยด้านเพศไม่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ [15]

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลบางกร่าง อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ยินดีตอบแบบสอบถามการวิจัย และเข้าร่วมโครงการบริการวิชาการจำนวน 345 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในช่วงของการลงทะเบียน และกิจกรรมการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นก่อนที่จะให้ความรู้และคำปรึกษาในการดูแลสุขภาพในโครงการบริการวิชาการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และ

ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในส่วนของข้อมูลคุณภาพชีวิตใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-Square และ Spearman Rank Correlation Coefficient ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.1 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกองค์ประกอบมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 75.7 ด้านจิตใจ ร้อยละ 53.7 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 66.0 และด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 62.6 ตามลำดับ และพบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และฐานะการเงิน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนช่วยเหลือ และส่งต่อกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งได้แนวทางในการให้บริการวิชาการโดยการให้ความรู้ และคำแนะนำในการดูแลสุขภาพที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น [32]

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 33 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งดัดแปลงมาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ผลการศึกษา พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 93.76) โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 91.49) ร้อยละ 64.2 รองลงมาเป็นระดับดี (ค่าเฉลี่ย = 108.73) ร้อยละ 24.8 และระดับไม่ดี (ค่าเฉลี่ย = 73.43) ร้อยละ 11.0 เมื่อพิจารณารายได้ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านร่างกาย สภาพแวดล้อม และจิตใจ (ค่าเฉลี่ย = 27.51, 25.06 และ 21.15 ตามลำดับ) ส่วนที่อยู่ในระดับดี คือ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (ค่าเฉลี่ย = 20.04) เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลต่อไปนี้ คือ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม และการรับสวัสดิการกองทุนผู้สูงอายุ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี มีการศึกษาตั้งแต่อนุปริญาขึ้นไป อาชีพข้าราชการบำนาญรายได้เฉลี่ยมากกว่า 5,001 บาท เป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม และไม่รับสวัสดิการกองทุนผู้สูงอายุ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากผลการศึกษาจึงเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเน้นการพัฒนาด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุคุณภาพชีวิตให้มากขึ้น เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตจากปานกลางไปสู่ระดับดี [11]

บทที่ 3

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. การหาขนาดกลุ่มตัวอย่างประชากร

สูตรของยามาเน่ (Taro Yamane) โดยผู้สูงอายุตำบลเจริญราษฎร์ ที่มีอายุระหว่าง 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนทั้งสิ้น 666 คน [ข้อมูลประชากรตำบลเจริญราษฎร์จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจริญราษฎร์, 2557] สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสัดส่วน 1 กลุ่ม โดยสมมติค่าสัดส่วนเท่ากับ 0.1 และที่ระดับความเชื่อมั่น 90%

$$\text{จากสูตร } n = N/(1+Ne^2)$$

$$\text{เมื่อ } n = \text{กลุ่มตัวอย่าง}$$

$$N = \text{จำนวนประชากร}$$

$$e = \text{sampling error} = 0.1$$

$$n = 666/(1+666(.01)^2)$$

$$= 86.94$$

ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 87 คน

2. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างจากประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.เจริญราษฎร์ จำนวน 7 หมู่บ้าน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) โดยแยกประชากรแต่ละหมู่ เพื่อหากกลุ่มตัวอย่างรายหมู่บ้าน ได้ดังนี้

หมู่บ้าน	กลุ่มประชากร	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
บ้านพิจิตรพัฒนา	28	$(28/666) \times 87 = 4$
บ้านต้นผึ้ง	144	$(144/666) \times 87 = 19$
บ้านห้วยเจริญราษฎร์	150	$(150/666) \times 87 = 19$
บ้านสันต้นม่วง	120	$(120/666) \times 87 = 16$
บ้านสันม่วงใหม่	55	$(55/666) \times 87 = 7$
บ้านสันสลี	63	$(63/666) \times 87 = 8$
บ้านสันดอนแก้ว	106	$(106/666) \times 87 = 14$
รวม	666	87

จากนั้นจะใช้การสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (accidental sampling) เพื่อหากกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละหมู่บ้านตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

วัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือที่สำคัญ

- | | |
|--|-----------------|
| 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป | จำนวน 87 ชุด |
| 2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) | จำนวน 87 ชุด |
| 3. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนือง (ดัชนีจุฬาเอดีแอล: Chula ADL Index) | จำนวน 87 ชุด |
| 4. แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT) | จำนวน 87 ชุด |
| 5. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (Thai Geriatric Depression Scale-15: TGDS-15) | จำนวน 87 ชุด |
| 6. แบบฟอร์มใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย | จำนวน 87 ชุด |
| 7. เครื่องชั่งน้ำหนัก รุ่น (CAMRY) | จำนวน 1 เครื่อง |
| 8. อุปกรณ์วัดส่วนสูง | จำนวน 1 เครื่อง |
| 9. เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอล รุ่น (OMRONHEM-7203) | จำนวน 1 เครื่อง |

วิธีการศึกษา

แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.1. อาสาสมัครเป็นประชากรที่อาศัยอยู่ใน ตำบลเจริญราษฎร์ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา จำนวน 87 คน โดยจำนวนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่บ้านจะมีจำนวนตามสัดส่วนของประชากรรวมแต่ละหมู่บ้าน 7 หมู่บ้าน โดยอาศัยการสุ่มแบบบังเอิญ (accidental sampling)

1.2 เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1.2.1 อาสาสมัครอาศัยอยู่ในตำบลเจริญราษฎร์ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

1.2.2 อาสาสมัครเป็นผู้ที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

1.2.3 อาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.3 เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1.3.1 ผู้ที่มีปัญหาด้านการสื่อสารและการได้ยิน

1.3.2 ผู้ที่ดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด เป็นประจำ

1.3.3 ผู้ที่ได้รับยากล่อมประสาทและยาต้านซึมเศร้า อย่างน้อย 1 สัปดาห์ก่อนทำการวิจัย

1.3.4 เป็นผู้ที่มีอาการจิต สติไม่สมประกอบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถในการอ่านเขียน สถานภาพการทำงานปัจจุบัน การพักอาศัยร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ส่วนที่ 2 สภาวะทางสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพกับคนในครอบครัว ส่วนที่ 3 ความปลอดภัยในที่พัก

2.2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต โดยนำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งสุวรรณ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ [13] ได้แปลและพัฒนาจากแบบวัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ 26 ข้อ ซึ่งสามารถประเมินคุณภาพชีวิตครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านร่างกาย (physical domain) 2. ด้านจิตใจ (psychological domain) 3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) 4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) และเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่นิยมใช้กับผู้สูงอายุ [12,13] โดยองค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24 องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23 องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25 องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นโดยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84 ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.65 การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26-130 คะแนน ซึ่งเกณฑ์ปกติที่กำหนดมี ดังนี้ คะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ คะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี [13]

2.3 แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (ดัชนีจุฬาเอดีแอล: Chula ADL Index) จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย การเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน การทำหรือเตรียมอาหาร / หุงข้าว การทำความสะอาดบ้าน / ซักรีดเสื้อผ้า การทอนเงิน / แลกเงิน และการใช้บริการสาธารณะ (เช่น บริการใช้รถเมล์ รถสองแถว) ซึ่งดัชนีจุฬาเอดีแอลได้รับการพัฒนาขึ้นมาสำหรับประชากรสูงอายุไทยโดยเฉพาะ โดยคะแนนต่ำสุด คือ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุด คือ 9 คะแนน ซึ่งทั่วไปเป็นการสอบถามถึงกิจที่ปฏิบัติในระยะ 1-2 สัปดาห์ มีระดับการวัดเป็นช่วง โดยมีการให้คะแนนตามกิจ และมีการให้น้ำหนักคะแนนที่แตกต่างกันตามความยากง่ายของกิจนั้น ดังนี้ ทำไม่ได้ให้ 0 คะแนน มีคนคอยอยู่ดูแลหรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจให้ 1 หรือ 2 คะแนน สามารถปฏิบัติกิจได้

อย่างอิสระให้คะแนนเต็ม (1–3 คะแนน) โดยเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับความรุนแรงของ Chula ADL Index ดังนี้ ผู้ที่ได้คะแนนรวมเท่ากับ 0–4 คะแนน แสดงว่าภาวะพึ่งพิงทั้งหมด ผู้ที่ได้คะแนนรวมเท่ากับ 5–8 คะแนน แสดงว่าพึ่งพิงปานกลาง ผู้ที่ได้คะแนนรวมเท่ากับ 9 คะแนน แสดงว่าดำรงชีวิตอย่างอิสระในชุมชน [17] มีค่าความเชื่อมั่นโดยการหาลัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86 [18]

2.4 แบบสอบถามความจำ โดยใช้แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT) จำนวน 13 ข้อ คะแนนที่ต่ำสุด คือ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุด คือ 19 คะแนน ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นโดยการหาลัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.93 การแปลผล เมื่อคะแนนต่ำกว่า 15 คะแนน แสดงว่าน่าจะมีคามผิดปกติของ cognitive function [20]

2.5 แบบสอบถามความเศร้า โดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (Thai Geriatric Depression Scale–15: TGDS–15) จำนวน 15 ข้อ โดยให้คะแนน 1 คะแนนเมื่อตอบใช่ ในข้อ 2–4, 6, 8–10, 12, 14–15 และตอบไม่ใช่ ในข้อ 1, 5, 7, 11, 13 โดย 6 คะแนนขึ้นไปบ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้า และ 11 คะแนนขึ้นไปบ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้าแน่นอน ซึ่งแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ มีค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.93 [22]

3. ขั้นตอนดำเนินการ

3.1 ดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา

3.2 ประสานความร่วมมือไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เจริญราษฎร์ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ในการขอความร่วมมือเพื่อเข้าเก็บข้อมูลและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยนี้

3.3 คณะผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเพื่อคัดกรองผู้เข้าร่วมงานวิจัยตามเกณฑ์การคัดเข้า และเกณฑ์การคัดออก

3.4 อธิบายวิธีการดำเนินการศึกษาอย่างชัดเจนแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

3.5 ผู้เข้าร่วมการวิจัยแสดงเจตจำนงในการเข้าร่วมการวิจัยโดยลงนามในใบยินยอม

4. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

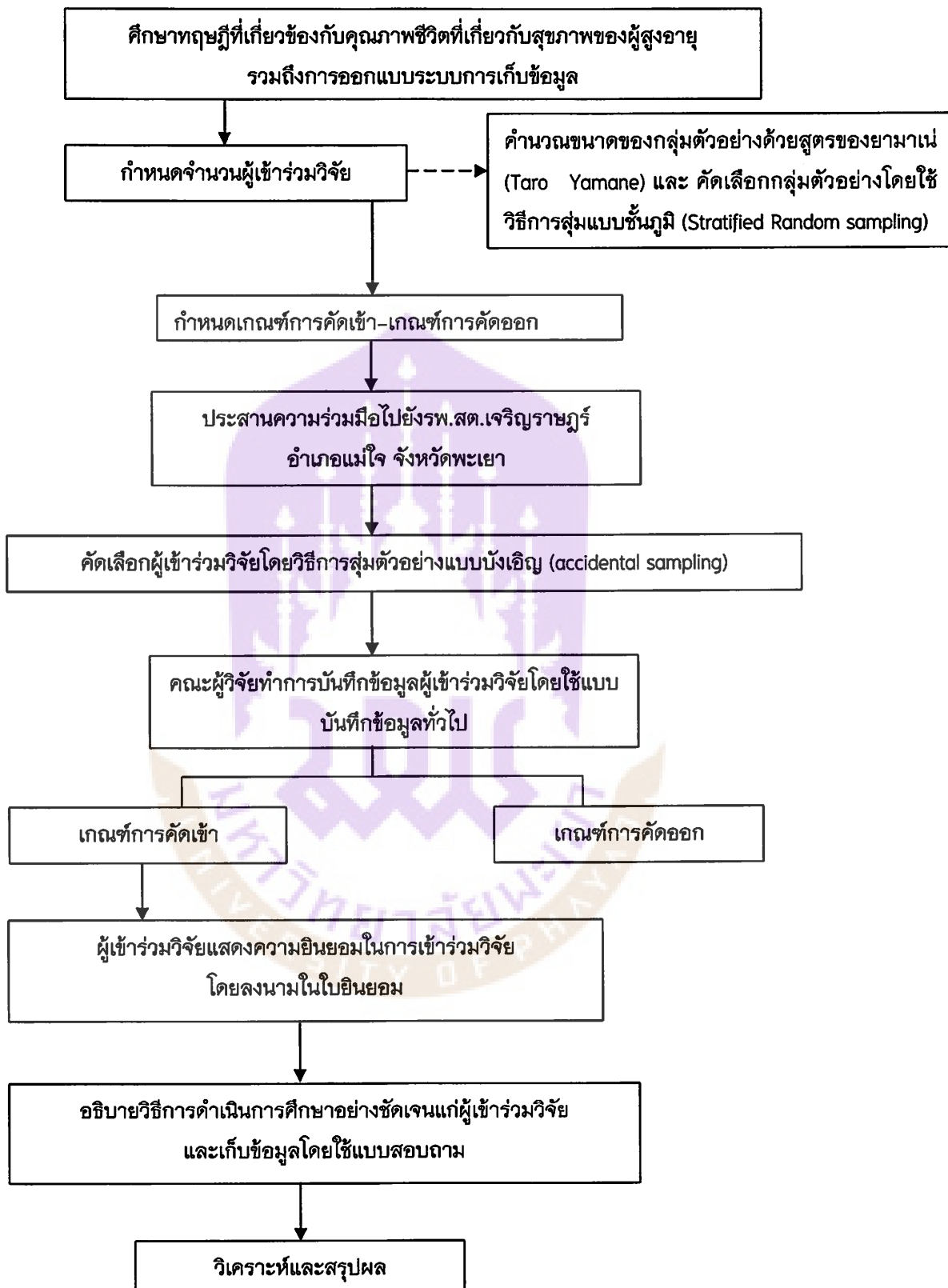
4.1 ผู้วิจัยทำการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดความดันโลหิต ให้กับผู้เข้าร่วมการวิจัย

4.2 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจาก

4.2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยผู้วิจัยคนที่ 1

- 4.2.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนือง (ดัชนีजूषา เอดีแอล: Chula ADL Index) โดยผู้วิจัยคนที่ 2
- 4.2.3 แบบทดสอบสภาพจิตजूषา (Chula Mental Test: CMT) และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (Thai Geriatric Depression Scale-15: TGDS-15) โดยผู้วิจัยคนที่ 3
- 4.3 นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลมาวิเคราะห์ค่าทางสถิติ และสรุปผลการวิจัย





รูปที่ 1 แผนผังการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา (descriptive statistics)

เพื่อพรรณนาข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยจะวิเคราะห์จากค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หากข้อมูลมีการกระจายตัวปกติ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่ามัธยฐานและฐานนิยมหากมีการกระจายไม่ปกติ

2. สถิติ Spearman's Rank Correlation Coefficient

เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ความจำ สภาพทางจิตใจ สัมพันธภาพกับคนในครอบครัว และความปลอดภัยในที่พัก โดยพิจารณาระดับนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < 0.05$



บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลเจริญราษฎร์ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนือง ความจำ สภาพทางจิตใจ สัมพันธภาพกับคนในครอบครัว และความปลอดภัยในที่พักของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบพื้นที่ตำบลเจริญราษฎร์ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา โดยใช้แบบประเมิน 1. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) 2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 3. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนือง (ดัชนีจุฬาเอดีแอล: Chula ADL Index) 4. แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT) 5. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (Thai Geriatric Depression Scale-15: TGDS-15) โดยแสดงรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล พบว่า ข้อมูลมีการกระจายตัวปกติ จึงพรรณนาข้อมูลทั่วไปจากค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยจำแนกตามเพศและช่วงอายุ พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 60.92 ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 69.28 ± 6.03 และอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น (60-69ปี) จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 62.07 ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 64.28 ± 2.78 ซึ่งจะพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดมีอายุรวมเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 68.41 ± 6.45 ดังแสดงในตารางที่ 1.1

ตารางที่ 1.1 ลักษณะอายุของผู้เข้าร่วมวิจัย (n = 87)

ลักษณะกลุ่ม ตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย \pm ค่าส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน
เพศ :			
ชาย	34	39.08	67.06 \pm 6.92
หญิง	53	60.92	69.28 \pm 6.03
ช่วงอายุ :			
60 – 69	54	62.07	64.28 \pm 2.78
70 – 79	27	31.03	73.44 \pm 2.82
80 – 89	6	6.90	83.17 \pm 2.64
อายุรวมเฉลี่ย :	87	100	68.41 \pm 6.45

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถในการอ่านเขียน สถานภาพการทำงานปัจจุบัน และการพักอาศัยร่วมกับสมาชิกในครอบครัว พบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 83.91) จบประถมศึกษา 4 หรือ 6 (ร้อยละ 56.32) มีความสามารถในการอ่านออก เขียนได้ (ร้อยละ 74.71) ปัจจุบันเป็นผู้ที่ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 50.57) และยังคงทำงานอยู่ (ร้อยละ 49.43) และพักอาศัยร่วมกับคู่สมรส (ร้อยละ 62.07) ดังแสดงในตารางที่ 1.2

ตารางที่ 1.2 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย (n = 87)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส :		
โสด	3	3.45
สมรส	73	83.91
หม้าย	11	12.64
ระดับการศึกษา :		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	20	22.99
เรียนแต่ไม่จบประถมศึกษา	2	2.30
จบประถมศึกษา 4 หรือ 6	49	56.32
จบมัธยมศึกษาปีที่ 3	2	2.30
จบมัธยมศึกษาปีที่ 6	7	8.05
จบปริญญาตรี	2	2.30
อื่นๆ	5	5.75
ความสามารถในการอ่านเขียน :		
อ่านออก เขียนได้	65	74.71
อ่านออก เขียนไม่ได้	3	3.45
อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้	19	21.84
สถานภาพการทำงานปัจจุบัน:		
ไม่ได้ทำงาน	44	50.57
ทำงาน	43	49.43
การพักอาศัยร่วมกับสมาชิกในครอบครัว:		
ลำพัง	8	9.20
คู่สมรส	54	62.07
บุตรสาว	18	20.69
บุตรชาย	18	20.69
บุคคลอื่น	4	4.60

ลักษณะข้อมูลด้านสัมพันธภาพกับคนในครอบครัวและความปลอดภัยในที่พัก พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพกับคนในครอบครัวในระดับดี (ร้อยละ 97.70) และมีความปลอดภัยในที่พัก (ร้อยละ 100) ดังแสดงในตารางที่ 1.3

ตารางที่ 1.3 ลักษณะข้อมูลด้านสัมพันธภาพกับคนในครอบครัวและความปลอดภัยในที่พัก (n = 87)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย \pm ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
สัมพันธภาพกับคนในครอบครัว:			
ดี	85	97.70	18.00 \pm 2.75
ไม่ดี	2	2.30	4.50 \pm 3.54
ความปลอดภัยในที่พัก:			
ดี	87	100	12.24 \pm 1.15
ไม่ดี	0	0	0

ส่วนที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ความจำ และสภาพทางจิตใจ

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม และจำแนกตามองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้เข้าร่วมวิจัย (n=87)

องค์ประกอบ	ระดับคุณภาพชีวิต						ค่าเฉลี่ย \pm ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	คุณภาพชีวิตระดับดี		คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง		คุณภาพชีวิตระดับไม่ดี		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
	(คน)	(คน)	(คน)	(คน)	(คน)	(คน)	
ด้านร่างกาย	12	13.79	75	86.21	0	0	22.97 \pm 3.90
ด้านจิตใจ	15	17.24	69	79.31	3	3.45	19.02 \pm 3.08
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	11	12.64	49	56.32	27	31.03	8.76 \pm 2.06
ด้านสิ่งแวดล้อม	23	26.44	62	71.26	2	2.30	27.15 \pm 4.64
คุณภาพชีวิตโดยรวม	17	19.54	70	80.46	0	0	84.26 \pm 11.66

ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ (ร้อยละ 79.31) ดังแสดงในตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องของผู้เข้าร่วมวิจัย (n = 87)

ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย \pm ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ภาวะพึ่งพิงทั้งหมด	2	2.30	3.00 \pm 1.41
พึ่งพิงปานกลาง	16	18.39	7.00 \pm 1.03
ดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ	69	79.31	9.00 \pm 0.00

ระดับความจำ โดยใช้แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีระดับความจำปกติ (ร้อยละ 74.71) ดังแสดงในตารางที่ 2.3

ตารางที่ 2.3 ระดับความจำของผู้เข้าร่วมวิจัย (n = 87)

ระดับความจำ	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย ± ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ปกติ	65	74.71	17.09 ± 1.26
ผิดปกติ	22	25.29	25.29 ± 1.06

ระดับความเครียดในผู้เข้าร่วมการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 81.61 โดยพบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 17.24 และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าแน่นอน ร้อยละ 1.15 ดังแสดงในตารางที่ 2.4

ตารางที่ 2.4 ระดับความเครียดของผู้เข้าร่วมวิจัย (n = 87)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย ± ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ปกติ	71	81.61	2.82 ± 1.77
ภาวะซึมเศร้า	15	17.24	8.67 ± 1.59
ภาวะซึมเศร้าแน่นอน	1	1.15	12.00 ± 0.00

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต่อเนื่อง ความจำ สภาพจิตใจ สัมพันธภาพกับคนในครอบครัว และความปลอดภัยในที่พัก

ผลการวิจัยนี้ พบว่า มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวก ระหว่างคุณภาพชีวิตโดยรวม และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องในระดับต่ำมาก ($r = 0.224$) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เมื่อพิจารณาองค์ประกอบแต่ละด้าน พบว่า มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกระหว่างองค์ประกอบด้านร่างกายกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องในระดับต่ำมาก ($r = 0.253$) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และความสัมพันธ์ในทิศทางบวกระหว่างองค์ประกอบด้านจิตใจกับความจำในระดับต่ำมาก ($r = 0.214$) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 นอกจากนี้ พบความสัมพันธ์ในทิศทางลบระหว่างองค์ประกอบด้านจิตใจกับสภาพจิตใจในระดับต่ำมาก ($r = -0.276$) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 [33] ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
ต่อเนื่อง ความจำ สภาพจิตใจ สัมพันธภาพกับคนในครอบครัว และความปลอดภัยในที่พัก

คุณภาพชีวิต	ความสามารถใน การปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน ต่อเนื่อง	ความ จำ	ความ เศร้า	สัมพันธภาพ กับคนใน ครอบครัว	ความ ปลอดภัย ในที่พัก
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0.224*	0.104	-0.145	0.143	-0.012
ด้านร่างกาย	0.253*				
ด้านจิตใจ		0.214*	-0.276**		
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม				-0.084	
ด้านสิ่งแวดล้อม					-0.059

ใช้สถิติ Spearman's Rank Correlation Coefficient * $p < 0.05$ และ ** $p < 0.01$



บทที่ 5

วิจารณ์ผลการศึกษา

จากการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลเจริญราษฎร์ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ โดยมีประเด็นสำคัญดังนี้

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลเจริญราษฎร์ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลเจริญราษฎร์ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ความจำ สภาพทางจิตใจ สัมพันธภาพกับคนในครอบครัว และความปลอดภัยในที่พัก โดยมีผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 87 คน เป็นเพศชาย 34 คน คิดเป็นร้อยละ 39.08 และเพศหญิง 53 คน คิดเป็นร้อยละ 60.92 โดยมีอายุรวมเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 68.41 ± 6.45 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60–69 ปี) คิดเป็นร้อยละ 62.07 เช่นเดียวกับผลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 ที่พบว่า มีผู้สูงอายุอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้นถึงร้อยละ 56.5 ของผู้สูงอายุทั้งหมด [1] ในการศึกษาที่พบระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 80.46) เช่นเดียวกับการศึกษาของธาริน สุขอนันต์ และคณะ 2554 ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี [11] การศึกษาของวิไลพร ขำวงษ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลบางกร่าง อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี เมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตขององค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตขององค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 86.21, 79.31, 56.32 และ 71.26 ตามลำดับ) [32] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอารดา วีระเกียรติกำจร และคณะ ซึ่งพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของทุกองค์ประกอบในผู้สูงอายุเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในระดับปานกลาง [15] คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้นซึ่งยังมีสุขภาพดี โดยเป็นผู้ที่ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางกาย ทำให้เกิดความพึงพอใจที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดูแลตนเองได้ และบางส่วนยังสามารถประกอบอาชีพได้ ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำงานได้ ช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง [34] นอกจากนี้การที่ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วน

ใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 56.32) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลในด้านความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง โดยปัจจัยส่วนบุคคลด้านการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [32] รวมถึงสังคมไทยในชนบทเป็นสังคมแบบการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่อาศัยร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนมีการกำหนดสิทธิและสวัสดิการเกี่ยวกับผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถรับสิทธิการรักษา การเข้าถึงการแพทย์และสาธารณสุขเพิ่มขึ้น จึงทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละพื้นที่ที่มีความใกล้เคียงกัน [31] อีกทั้งเป็นมาผลจากการยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นเรื่องของสังขาร และเป็นไปตามธรรมชาติ ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในชีวิต และประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมและองค์ประกอบแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลาง [32]

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนือง ความจำ สภาพทางจิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว และความปลอดภัยในที่พัก

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกต่อระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนือง ($r = 0.224, p < 0.05$) อาจเนื่องมาจากการที่ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น จึงเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี และไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางกาย โดยพบว่า ร้อยละ 79.31 สามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ และร้อยละ 49.43 ของผู้เข้าร่วมวิจัยยังสามารถทำงานเพื่อประกอบอาชีพได้ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต และรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย [14] และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างระดับคุณภาพชีวิตขององค์ประกอบด้านร่างกายกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนือง พบว่า มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.253, p < 0.05$) โดยผลกระทบจากกระบวนการสูงอายุทางด้านร่างกาย ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพในทุกระบบ โดยเฉพาะระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ รวมทั้งโรคเรื้อรังต่างๆ ประกอบกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารที่มีรสชาติจัด ไม่ออกกำลังกาย ดื่มเครื่องดื่มที่แอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่เป็นประจำ เป็นต้น จะเป็นปัจจัยเร่งให้เกิดความเสื่อมโทรมของร่างกายเร็วขึ้น ซึ่งส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรงมากขึ้น และกระทบต่อการดำเนินชีวิตให้มีความยากลำบากมากขึ้น [34] ร่างกายจะเสื่อมและทรุดโทรมตามอายุที่มากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งทางร่างกายและจิตใจ [31] ในทางตรงกันข้าม ผู้สูงอายุที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง [14] โดยจากการศึกษานี้พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้เข้าร่วมวิจัยยังสามารถประกอบอาชีพได้ และส่วนใหญ่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระโดยไม่พึ่งพาผู้อื่น ซึ่งแสดงถึงศักยภาพและความสามารถของผู้สูงอายุเอง ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น [31] สุขภาพที่แข็งแรง

ไม่เป็นภาระของบุคคลอื่นจะทำให้มีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุมีความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองโดยพบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ [35, 36]

นอกจากนี้ พบความสัมพันธ์ในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.214, p < 0.05$) ระหว่างองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านจิตใจกับความจำ โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสติปัญญา การรู้คิด ด้านพฤติกรรม ด้านอารมณ์ และอาการทางจิต ซึ่งจะมีการเสื่อมของความจำเป็นอาการเด่น มีความผิดปกติทางด้านความคิด การตัดสินใจ และยังส่งผลต่อการเคลื่อนไหว ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อหน้าทึ่ การงาน ชีวิตในสังคม และสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอื่น [37] การศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งต่อการพัฒนาความรู้ ซึ่งช่วยส่งเสริมให้เกิดสติปัญญาและการคิดอย่างมีเหตุผล เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เมื่อต้องเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยจะพยายามทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรค จึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมภาวะความเจ็บป่วยด้วยความเข้าใจ ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีแนวโน้มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะประเมินคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ [32] โดยการศึกษามีส่วนช่วยในเรื่องความมั่นคงในชีวิตเพราะการศึกษาที่ดียอมทำให้มีอาชีพที่มั่นคงทำให้ในยามชราไม่ลำบาก [15] จากการศึกษาที่พบผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 77.01 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีผู้เข้าร่วมวิจัยที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีเพียงร้อยละ 22.99 และส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความจำในระดับปกติ (ร้อยละ 74.71) จึงทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีความเข้าใจ และมีความรู้สึกมั่นคงในชีวิต จึงส่งผลต่อการประเมินระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ซึ่งเป็นการประเมินถึงการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิดความจำ สมาธิ การตัดสินใจ ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน และการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียดหรือกังวล [30] แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้เข้าร่วมวิจัยบางส่วนที่มีระดับการศึกษาที่ไม่สูงมากร่วมกับการมีปัญหาการอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ อาจทำให้การเข้าใจในความต้องการของตนเองอยู่ในระดับต่ำ ดังจะเห็นได้จากผลการประเมินระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่ผลทดสอบความจำส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ จึงส่งผลต่อการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและความจำอยู่ในระดับต่ำมาก

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางลบต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คือ ระดับความเศร้าหรือสภาพทางจิตใจ ($r = -0.276, p < 0.01$) ผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางทางจิตใจ [9] อาจมีสาเหตุมาจากการไม่ได้ทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุมีบทบาทลดลง และสูญเสียความมั่นคงในชีวิต จึงรู้สึกว่

ตนเองหมดความสำคัญในสังคม ประกอบกับผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่กันเพียงลำพัง โดยลูก แต่งงานแยกครอบครัว หรือออกไปประกอบอาชีพต่างถิ่น ซึ่งส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ [8] โดยผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพกับคนในครอบครัวดี จะมีความพอใจในคุณภาพชีวิตมากเนื่องจาก สามารถพึ่งพิง และระบายความในใจกับบุคคลในครอบครัวได้โดยไม่ต้องหวาดระแวงบุคคลอื่นๆ [31] ถึงแม้ว่าผลที่ได้จากวิจัยนี้จะพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจในระดับปานกลาง (ร้อยละ 79.31) และสภาพจิตใจปกติ (ร้อยละ 81.61) แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้เข้าร่วมวิจัยบางส่วนที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (ร้อยละ 3.45) เมื่อประเมินสภาพจิตใจมีภาวะ ซึมเศร้าและมีอาการซึมเศร้าแน่นอน (ร้อยละ 17.24 และ 1.15 ตามลำดับ) อีกทั้งการที่ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 62.07) และมีผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนหนึ่งที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง (ร้อยละ 9.2) หรือต้องไปอาศัยอยู่กับบุคคลอื่น (ร้อยละ 4.6) น่าจะเป็นส่วนหนึ่งที่มีผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ จึงส่งผลให้ระดับความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตด้านจิตใจกับความเครียดอยู่ในระดับต่ำมาก

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความจำ สภาพทางจิตใจหรือความเศร้า สัมพันธภาพกับคนในครอบครัว และความปลอดภัยในที่พัก พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน อาจเป็นผลมาจากผู้เข้าร่วมวิจัยมีระดับการศึกษาที่ไม่สูงมากร่วมกับบางส่วนมีปัญหาการอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ อาจทำให้การเข้าใจในความต้องการของตนเองอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากระดับการศึกษามีผลต่อการประเมินระดับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ โดยหากผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาเพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะทำให้ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.5 [15] นอกจากนี้ การที่สังคมไทย เปลี่ยนเป็นสังคมเดี่ยว ซึ่งลูกแยกครอบครัวออกไปหรือประกอบอาชีพต่างถิ่น ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กันลำพัง [8] อาจส่งผลต่อสภาวะทางจิตใจ ทำให้มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยผลจากการที่ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อาศัยเพียงลำพัง อาจมีผลต่อการดูแลที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมรอบบ้าน เช่น ไม่สะอาด ไม่เป็นระเบียบ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากปัญหาทางสายตา การเคลื่อนไหว การทรงตัวไม่ดี ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง [10] แต่เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.31) เป็นผู้ที่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำต่อเนื่อง และสามารถทำงานบ้านได้ตามปกติ ซึ่งส่งผลให้ระดับความปลอดภัยในที่พักของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดอยู่ในระดับดี แต่ไม่สอดคล้องกับระดับความพึงพอใจในชีวิต จึงทำให้เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับสัมพันธภาพระหว่างคนในครอบครัว ความปลอดภัยในที่พัก ไม่พบความสัมพันธ์กัน

ผลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลเจริญราษฎร์ โดยมุ่งเน้นการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตน เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงแนวทางการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าไปมีบทบาท

ต่างๆในชุมชน เช่น บทบาทการถ่ายทอดภูมิปัญญาไปสู่คนรุ่นหลัง เพื่อเพิ่มความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง [32] ซึ่งอาจส่งผลให้ความพึงพอใจในระดับชีวิตเพิ่มสูงขึ้น

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

1. ในการสอบถาม ผู้วิจัยกับผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละคู่ควรมีระยะห่างกันพอสมควรเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรู้คำตอบก่อน
2. ควรจะสอบถามในห้องที่เงียบสงบ ไม่มีสิ่งรบกวน เพื่อป้องกันการไม่ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเสียสมาธิ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ความจำ สภาพทางจิตใจสัมพันธ์ภาพกับคนในครอบครัว และความปลอดภัยในที่พัก โดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Chula ADL Index) แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT) และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (Thai Geriatric Depression Scale-15: TGDS-15) โดยมีผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด จำนวน 87 คน ซึ่งผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกต่อระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง นอกจากนี้ พบความสัมพันธ์ในทิศทางบวกระหว่างองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านจิตใจกับความจำ และพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางลบต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คือ ระดับความเศร้าหรือสภาพทางจิตใจและเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความจำ สภาพทางจิตใจหรือความเศร้า สัมพันธ์ภาพกับคนในครอบครัว และความปลอดภัยในที่พัก พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ (สช.). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย 2557 [ออนไลน์] 2558 [อ้างเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2558]. จาก: www.nso.go.th.
2. บรรลุ ศิริพานิช. คุณลักษณะของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป. ใน: สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, บรรณาธิการ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัททีคิวพีจำกัด; 2555. หน้า 24.
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) สำนักงานนายกรัฐมนตรี. รายงานการติดตามผลการพัฒนาในระดับภาคในระยะเวลาครึ่งแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙) และแนวทางการพัฒนาในระยะต่อไป. กรุงเทพฯ: [ม.ป.พ.]; 2557.
4. ชมพูนุท พรหมภักดี. นิยามที่เกี่ยวข้องกับสังคมผู้สูงอายุ. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย 2556; 3: 3.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. รายงานประชากรผู้สูงอายุ [ออนไลน์] 2556 [อ้างเมื่อ 6 กุมภาพันธ์ 2558]. จาก: www.phayaodatacenter.com.
6. บรรลุ ศิริพานิช. สถานการณ์ทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุไทย. ใน: สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, บรรณาธิการ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัททีคิวพีจำกัด; 2555. หน้า 30.
7. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. โรค/กลุ่มโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเป็น [ออนไลน์] 2554 [อ้างเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2558]. จาก: www.oppo.opp.go.th/pages/statistic/stat_0104.html.
8. ศรีเรือน แก้วกังวาน. การเปลี่ยนแปลงของสังคมครอบครัว. ใน: อัมพร เบญจพลพิทักษ์, กาญจนา วณิชรมณี, พรรณี ภาณุวัฒน์สุข, บรรณาธิการ. คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัทปิยอนด์พับลิชชิงจำกัด; 2555. หน้า 5.
9. บรรลุ ศิริพานิช. สุขภาพจิตของประชากรสูงอายุ. ใน: วิพรรณ ประจวบเหมาะ, บรรณาธิการ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัทเอสเอสพลัสมีเดียจำกัด; 2556. หน้า 20.
10. เกษม จันทร์แก้ว. ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง: ผลกระทบและบทบาทสังคมกับการดูแล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2550; 5(2): 101.
11. ธาริน สุขอนันต์, ทศนันท์ ทูมมานนท์, ปิยรัตน์ จิตรภักดี. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2554; 41(3): 240-9.

12. พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554. หน้า 1-4.
13. สุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล, และคณะ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.
14. จีราพร ทองดี, ฉันทนา นาคฉัตรีย์. ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 88-97.
15. อารดา ธีระเกียรติกำจร. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร 2554; 4: 1-16.
16. วรธนา กุมารจันทร์. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543.
17. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การสำรวจสภาวะสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. [ม.ป.ท.:ม.ป.พ.]; 2539. หน้า 142-143.
18. พุทธิพร พิธานธนานุกูล. การจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. สมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ [วารสารออนไลน์] 2554; 29(4): 58-60.
19. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การสำรวจสภาวะสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. [ม.ป.ท.:ม.ป.พ.]; 2539. หน้า 151-152.
20. นิตยา สุวรรณเพชร. พฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
21. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุของไทย. วารสารศิริราช 2537; 46(1): 1-9.
22. สายพิณ ยอดกุล. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. สมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ [วารสารออนไลน์] 2555; 30(3): 50-4.
23. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. รายงานจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด กลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมอง และโรคเรื้อรังทางเดินหายใจ พ.ศ. 2558 [ออนไลน์] 2558 [อ้างเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2558]. จาก: www.pyomoph.go.th/chronic/rep_serv_allpt.php.

24. พรรณทิพา คักดีทอง. คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal* [วารสารออนไลน์]. 2007; 2(3): 327-37.
25. ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์ จำกัด; 2538.
26. ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, จรัมพร ให้อย่าง. คุณภาพชีวิตการทำงาน และความสุข [วิทยานิพนธ์สถาบันวิจัยประชากรและสังคม]. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
27. อุทัย สุตสุข, พิทยา จารุพูนผล, ประยูร ฟองสถิตกุล, จรัส เกวลินสถิตย์, สัมฤทธิ์ จันทราช, จรรยา เสียงเสนาะ, และคณะ. การศึกษาสถานการณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันความต้องการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ; 2552.
28. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, สมภพ เรืองตระกูล. การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ. ใน: อัมพร เบญจพลพิทักษ์. คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2555. หน้า 1-4.
29. สุจริต สุวรรณชีพ. ถอดเทปการสัมภาษณ์ประสบการณ์การดูแลรักษาผู้สูงอายุ. วันที่ 2 ธันวาคม 2554. ณ ห้องประชุมสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
30. ชุมพร ฉ่ำแสง, อุมพร เคนศิลา, นัยนา ตั้งใจดี, กิตติพงษ์ คงสมบูรณ์. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก. [ม.ป.ท.]: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2555.
31. ชูติเดช เจียนดอน, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, ฉวีวรรณ บุญสุยา, นพพร ไทวธีระกุล. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์* 2554; 41(3): 229-239.
32. วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานวโรปัญญา, จิตภา ศิริปัญญา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ* 2554; 5(2): 32-40.
33. Hinkle, D.E, William, W. & Stephen G. J. *Applied Statistics for the Behavior Sciences*. 4th ed. New York: Houghton Mifflin. 1998; 118.

34. ปริญญา ไตมานะ, ระวีวรรณ ศรีสุชาติ. ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและปัจจัย
เกื้อหนุนอื่นๆ. JMHT. 2005; 13: 28-37.
35. ชัยฤทธิ์ โพธิสุวรรณ และอรุณี บุญอุรพิภิญโญ. ความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา
ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขสุภาพ 2 กรุงเทพมหานคร: วารสารศึกษาศาสตร์
ปริทัศน์. 2542: 93-114.
36. Nikpour S, Soola H, Seiedoshohadai M, Haghai H. Relationship between Quality of life
and Sociodemographic characteristics among older people in Tehran-Iran. ME-JAA
[Online] 2007; 4(2). Available at: <http://www.me-jaa.com/mejaa> 10-April 2007 Quality of
Life. htm, accessed Oct 11, 2010.
37. รัชนี นามจันทร์. การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสาร มจร. วิชาการ.
[วารสารออนไลน์] 2553; 14(27): 140.







แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ความดันโลหิต.....น้ำหนัก.....ส่วนสูง.....BMI.....

โปรดทำเครื่องหมาย x ลงในช่อง หน้าข้อความ หรือเขียนตอบตามความจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ ชาย หญิง

2. อายุ 60-69 ปี 70-79 ปี 80-89 ปี 90 ปีขึ้นไป

3. สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง/แยก

4. ระดับการศึกษา

ไม่ได้เรียนหนังสือ

จบมัธยมศึกษาปีที่ 3

จบปริญญาตรี

เรียนแต่ไม่จบประถมต้น

จบมัธยมศึกษาปีที่ 6

จบปริญญาโท

จบประถมศึกษา 4 หรือ 6

จบประกาศนียบัตร/เทียบเท่า

จบปริญญาเอก

อื่นๆ ระบุ.....

5. ความสามารถในการอ่านเขียน

อ่านออก/เขียนได้

อ่านออก/เขียนไม่ได้

อ่านไม่ออก/เขียนไม่ได้

6. สถานภาพการทำงานปัจจุบัน

ไม่ได้ทำงาน

ทำงาน ระบุ.....

7. ท่านอาศัยอยู่กับใคร

ลำพัง

คู่สมรส

บุตรชาย

บุตรสาว

บุคคลอื่น ระบุ.....

หมายเลข.....

ส่วนที่ 2 สภาวะทางสังคม

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ตามความเป็นจริง

สัมพันธภาพคนในครอบครัว	ระดับการปฏิบัติ		
	ทำเป็นประจำ(2)	ทำนานๆ ครั้ง (1)	ไม่เคยทำเลย(0)
1) แสดงความรักและความห่วงใยกันเสมอ			
2) สนใจเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน			
3) พุดจาถ้อยที่ถ้อยอาศัยกัน			
4) ต่างก็มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่างๆ			
5) รับฟังคำตักเตือนของกันและกัน			
6) ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ในบ้านร่วมกัน			
7) สามารถพูดความลับให้กันฟังได้			
8) ไว้วางใจซึ่งกันและกัน			
9) ปรึกษาหารือกันเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นหรือก่อนตัดสินใจ			
10) ช่วยเหลือกันเมื่อใครคนใดคนหนึ่งเดือดร้อน			

เกณฑ์การประเมิน : ถ้าได้คะแนนสูงกว่า 10 คะแนน ถือว่ามีสัมพันธภาพในครอบครัวดี

ที่มา : สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

ส่วนที่ 3 ความปลอดภัยในที่พัก

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ตามความเป็นจริง

คำถาม	ใช่(1)	ไม่ใช่(2)
1) บ้านใดบ้านมีราวให้ยึดเกาะ		
2) ห้องน้ำ/ห้องส้วมมีราวให้ยึดเกาะ		
3) ห้องน้ำ/ห้องส้วมอยู่ภายในบ้าน		
4) ห้องส้วมเป็นแบบนั่งห้อยเท้า		
5) ห้องนอนผู้สูงอายุอยู่ชั้นล่าง/บ้านชั้นเดียวมีห้องผู้สูงอายุ		
6) พื้นบ้านลื่น		
7) หลังคารั่ว		
8) บริเวณบ้านสกปรก		

เกณฑ์การประเมิน : ถ้าได้คะแนนมากกว่า 5 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีที่พักอาศัยปลอดภัย

ที่มา : สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

ภาคผนวก ข

เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย

(WHOQOL – BREF – THAI)



หมายเลข.....

เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย
(WHOQOL – BREF – THAI)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

- ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแสบมาก
- เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยรู้สึกไม่พอใจ หรือ รู้สึกแสบ
- ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือ รู้สึกแสบระดับกลางๆ
- มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
- มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่นปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัวทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักเพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่นมีความสุขความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ดีเพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากนักแค่ไหน					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดีเช่นรู้สึกเหงาเศร้าหดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวลบ่อยแค่ไหน					

หมายเลข.....

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำ มากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมามีแค่ไหน					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ แค่นั้น					
15	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตาม ความจำเป็นเพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน มากน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่นั้น (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้ว ท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้รวมถึงการช่วยตัวเอง หรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					
รวมคะแนน						

การแปลผล

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26 – 130 คะแนนโดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไรสามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนนแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนนแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ

คะแนน 96 – 130 คะแนนแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตแยกออกเป็นองค์ประกอบต่างๆ ได้ดังนี้

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลางๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7 – 16	17 – 26	27 – 35
2. ด้านจิตใจ	6 – 14	15 – 22	23 – 30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 – 7	8 – 11	12 – 15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8 – 18	19 – 29	30 – 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 – 60	61 – 95	96 – 130

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24

องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23

องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

ภาคผนวก ค

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง

(ดัชนีจุฬาเอดีแอล: Chula ADL Index)



แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง
(ดัชนีจุฬาเอดีแอล: Chula ADL Index)

ข้อความ	คะแนน
1. เดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน 0 เดินไม่ได้ 1 ใช้รถเข็นและช่วยตัวเองได้ หรือต้องการคนประคอง 2 ข้าง 2 ต้องการคนช่วยพยุง หรือไปด้วยตลอด 3 เดินได้เอง [รวมทั้งที่ใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น คอกช่วยเดิน (walker)]	
2. ทำหรือเตรียมอาหาร / หุงข้าว 0 ทำไม่ได้ 1 ต้องการคนช่วยในการทำหรือจัดเตรียมบางอย่างไว้ล่วงหน้าจึงจะทำได้ 2 ทำได้เอง	
3. ทำความสะอาดบ้าน / ซักรีดเสื้อผ้า 0 ทำไม่ได้ / ต้องมีคนช่วย 1 ทำได้เอง	
4. ทอนเงิน / แลกเงิน 0 ทำไม่ได้ / ต้องมีคนช่วย 1 ทำได้เอง	
5. การใช้บริการสาธารณะ (เช่น บริการใช้รถเมล์ รถสองแถว) 0 ไม่สามารถทำได้ 1 ทำได้ แต่ต้องมีคนช่วยดูแลไปด้วย 2 ไปมาได้เอง	

- หมายเหตุ 1.เป็นการวัดว่าผู้ป่วยทำอะไรได้บ้าง (ทำอยู่ได้จริง) ไม่ใช่เป็นการทดสอบหรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่
- 2.โดยทั่วไปเป็นการสอบถามถึงกิจที่ปฏิบัติในระยะ 1-2 สัปดาห์
- 3.จุดประสงค์เป็นการวัดระดับการพึ่งพาตนเอง ดังนั้น ถ้าหากมีคนคอยอยู่ดูแลหรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม
- 4.ถ้าหมดสติให้คะแนน 0

การแปลผล มีระดับการวัดเป็นช่วง โดยมีการให้คะแนนตามกิจ และมีการให้น้ำหนักคะแนนที่แตกต่างกันตามความยากง่ายของกิจนั้น ดังนี้

ทำไม่ได้	ให้	0 คะแนน
มีคนคอยอยู่ดูแลหรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจ	ให้	1 หรือ 2 คะแนน
สามารถปฏิบัติกิจได้อย่างอิสระ	ให้	คะแนนเต็ม (1-3 คะแนน)

เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับความรุนแรงของ Chula ADL Index ดังนี้

ผู้ที่ได้คะแนนรวม เท่ากับ	0-4 คะแนน	แสดงว่า ภาวะพึ่งพิงทั้งหมด
ผู้ที่ได้คะแนนรวม เท่ากับ	5-8 คะแนน	แสดงว่า พึ่งพิงปานกลาง
ผู้ที่ได้คะแนนรวม เท่ากับ	9 คะแนน	แสดงว่า ดำรงชีวิตได้อย่างอิสระในชุมชน



ภาคผนวก ง

แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT)



แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT)

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	คะแนน
1.	ปีนี้คุณอายุเท่าไร		1 / 0
2.	ขณะนี้กี่โมง (อาจตอบคลาดเคลื่อนได้ 1 ชั่วโมง)		1 / 0
3.	พูดคำว่า“ร่ม กระจะ ประตู” ให้ฟังซ้ำๆ ชัดๆ 2 ครั้ง แล้วบอกให้ผู้ทดสอบทวนชื่อทั้งสามดังกล่าวทันที (ชื่อที่ถูก 1 ชื่อ = 1 คะแนน)	ร่ม กระจะ ประตู	1 / 0 1 / 0 1 / 0
4.	เดือนนี้เดือนอะไร (อาจเป็นเดือนไทย/สากลก็ได้)		1 / 0
5.	คนนั้นเป็นใคร (ให้ถามถึงบุคคล 2 คน เช่น แพทย์ พยาบาล หรือ บุคคลใกล้เคียง)	บุคคลที่1 บุคคลที่2	1 / 0 1 / 0
6.	ข้าว 1 ถังมีกี่ลิตร/กิโลกรัม	20ลิตร/ 15กก.	1 / 0
7.	ให้ผู้ทดสอบทำตามคำสั่งที่จะตอบต่อไปนี้ “ให้ตบมือสามทีแล้วกอดอก” (ให้ 1 คะแนน ถ้าทำถูกต้องครบทุกขั้นตอน)		1 / 0
8.	จงบอกความหมายของสุภาษิตต่อไปนี้“หนีเสือปะจระเข้” ตัวอย่างคำตอบที่ถูกต้อง 1. หนีจากสิ่งไม่ดีไปพบสิ่งที่ไม่ดีอีก 2. หนีจากสถานการณ์หรือบุคคลที่เป็นอันตรายไปพบ สถานการณ์หรือบุคคลที่เป็นอันตรายอีก 3. หนีจากสิ่งที่เลวร้ายไปพบสิ่งที่เลวร้ายกว่าเดิมอีก		1 / 0
9.	บอกผู้ทดสอบว่าจงฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดี เมื่อฟังจบแล้วพูด ตามทันที “ฉันชอบดอกไม้ เสียงเพลง แต่ไม่ชอบหมา” (ให้ 1 คะแนน ถ้าพูดได้ถูกต้องตามลำดับทั้งประโยค)		1 / 0
10.	ถามผู้ทดสอบว่า “ถ้าสิมกุญแจบ้านจะทำอย่างไร” (ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบคำถามมีเหตุผลเหมาะสม โดยที่คำตอบนั้น แสดงถึงความพยายามที่จะแก้ไขปัญหาด้วยความเป็นไปได้ และไม่ ก่อให้เกิดความเสียหายมาก) ตัวอย่างคำตอบที่ได้คะแนน 1. ทดลองนำกุญแจอันอื่นหรือวัสดุที่ใช้แทนได้ที่มีอยู่ในบริเวณ		1 / 0

หมายเลข.....

	<p>ใกล้เตียงมาลงไขกุกญแจ</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. ตามช่างกุกญแจ (ถ้าอยู่ไม่ไกลมาก) 3. ไปขอกุกญแจที่ผู้อื่นเก็บไว้ ในกรณีที่อยู่ไม่ไกลจาก (เช่น ญาติ) บ้าน 4. หาทางเข้าบ้านหรือขอความช่วยเหลือจาก (ถ้าสามารถทำได้) ผู้ที่อยู่ใกล้เคียง เช่น ปีนหน้าต่าง ังคชงลม <p>ตัวอย่างคำตอบที่ไม่ได้คะแนน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่รู้จะทำอย่างไร นั่งรอจนกว่าจะมีคนอื่นกลับมา 2. พังประตูเข้าไป 3. ไปเอากุกญแจที่บุคคลอื่นในบ้านที่เก็บไว้แต่อยู่ไกลมาก เช่น อยู่ต่างจังหวัดหรือใช้เวลาเดินทางนานมาก 		
<p>11.</p>	<p>บอกให้ผู้ทดสอบนับเลขจาก 10-20 (ให้ 1 คะแนน ถ้าสามารถนับได้ถูกต้องตามลำดับทั้งหมด)</p>		<p>1 / 0</p>
<p>12.</p>	<p>ชี้ไปที่ นาฬิกา แล้วถามว่าคืออะไร / เรียกว่าอะไร</p> <p>ชี้ไปที่ ปากกา แล้วถามว่าคืออะไร / เรียกว่าอะไร</p>		<p>1 / 0</p> <p>1 / 0</p>
<p>13.</p>	<p>บอกให้ผู้ทดสอบลบเลขที่ละ 3 จาก 20 ทั้งหมด 3 ครั้ง</p> <p style="margin-left: 40px;">$20 - 3 = a$</p> <p style="margin-left: 40px;">$17 - 3 = b$</p> <p style="margin-left: 40px;">$14 - 3 = c$</p> <p>(ให้คะแนนตามจำนวนตัวเลขที่ลบได้ถูกต้อง ครั้งละ 1 คะแนน)</p>	<p style="margin-left: 40px;">$a = 17$</p> <p style="margin-left: 40px;">$b = 14$</p> <p style="margin-left: 40px;">$c = 11$</p>	<p>1 / 0</p> <p>1 / 0</p> <p>1 / 0</p>

รวมคะแนน _____

การแปลผล

คะแนนที่ต่ำสุด คือ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุด คือ 19 คะแนน

คะแนนต่ำกว่า 15 คะแนน แสดงว่าน่าจะมีความผิดปกติของ cognitive function

ที่มา : แบบทดสอบพัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ. คัดลอกจาก สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การวิเคราะห์ผู้สูงอายุ. ใน: หลักสำคัญทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2541 หน้า 88-9

ภาคผนวก จ
แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (TGDS-15)



แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (TGDS-15)

เลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของคุณในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

หัวข้อ	คำตอบ	
	ใช่	ไม่ใช่
1. โดยทั่วไปแล้วคุณพึงพอใจกับชีวิตตัวเองหรือไม่		
2. คุณลดกิจกรรมหรือความสนใจสิ่งต่างๆ ลงหรือไม่		
3. คุณรู้สึกว่าชีวิตคุณว่างเปล่าหรือไม่		
4. คุณรู้สึกเบื่อๆ อยู่บ่อยครั้งหรือไม่		
5. คุณอารมณ์ดีเป็นส่วนใหญ่หรือไม่		
6. คุณกลัวว่าจะไร้รายฯ จะเกิดขึ้นกับคุณหรือไม่		
7. คุณรู้สึกมีความสุขเป็นส่วนใหญ่หรือไม่		
8. คุณรู้สึกหมดหนทางอยู่บ่อยครั้งหรือไม่		
9. คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าออกไปหาอะไรทำนอกบ้านหรือไม่		
10. คุณรู้สึกว่าคุณมีปัญหาความจำมากกว่าใครๆ หรือไม่		
11. คุณคิดว่าการที่มีชีวิตอยู่มาได้จนทุกวันนี้มันช่างแสนวิเศษใช่หรือไม่		
12. คุณรู้สึกหรือไม่ว่าชีวิตที่กำลังเป็นอยู่ตอนนี้ช่างไร้ค่าเหลือเกิน		
13. คุณรู้สึกมีกำลังเต็มที่หรือไม่		
14. คุณรู้สึกหมดหวังกับสิ่งที่คุณกำลังเผชิญอยู่หรือไม่		
15. คุณคิดว่าคนอื่นๆ ดีกว่าคุณหรือไม่		

คะแนนรวม _____

การแปลผล

ให้คะแนน 1 คะแนนเมื่อ ตอบใช่ ในข้อ 2-4, 6, 8-10, 12, 14-15

ตอบไม่ใช่ ในข้อ 1, 5, 7, 11, 13


โดย 6 คะแนนขึ้นไปบ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้า และ 11 คะแนนขึ้นไปบ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้า

แนวนอน

ที่มา : Shiekh J, Yesavage J (1986) Geriatric Depression Scale; recent findings and development of a short version. In Brink T, ed. Clinical gerontology: a guide to assessment and intervention. New York: Howarth Press.; Wongpakaran N, Wongpakaran T. Prevalence of major depressive disorders in long-term care facilities: a report from northern Thailand. Psychogeriatrics. 2012;12(1):11-7.

ภาคผนวก จ
หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย



 <p style="text-align: center;">Institutional Review Board University of Phayao</p>	<p style="text-align: center;">หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับอาสาสมัครอายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป (Informed Consent Form)</p>
--	---

การวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลเจริญราษฎร์ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....

และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยและแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย(และระบุด้วยว่าจะได้รับการชดเชยจากผู้สนับสนุนการวิจัยหรือไม่...)

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในรูปแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอม

ให้เก็บตัวอย่างชีวภาพที่เหลือไว้เพื่อการวิจัยในอนาคตกำหนดภายใน.....เดือนปี
.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

ในกรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถ อ่านหนังสือ/ลงลายมือชื่อได้ ให้ใช้การประทับลายมือแทนดังนี้ :

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในแบบคำยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดี ข้าพเจ้าจึงประทับตราลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบคำยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลายมือชื่อผู้อธิบาย.....
(.....)

พยาน.....(ไม่ใช่ผู้อธิบาย)
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ประทับลายนิ้วมือขวา

ภาคผนวก ช

หนังสือขอความอนุเคราะห์ส่งนิตินิตสาขากายภาพบำบัดระดับปริญญาตรี

เข้าเก็บข้อมูลประกอบการทำวิจัย





ที่ ศธ ๐๕๙๐.๒๖/๐๕๓

คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
ตำบลแม่กา อำเภอเมือง
จังหวัดพะเยา ๕๖๐๐๐

๕ มีนาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูลทั่วไปจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อประกอบการทำโครงการงานวิชาชีพ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจริญราษฎร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. แบบเสนอโครงการงานวิชาชีพกายภาพบำบัด หมายเลขโครงการงาน PT๕๘-๐๕ จำนวน ๑ ฉบับ
 ๒. แบบเสนอโครงการงานวิชาชีพกายภาพบำบัด หมายเลขโครงการงาน PT๕๘-๐๖ จำนวน ๑ ฉบับ
 ๓. แบบเสนอโครงการงานวิชาชีพกายภาพบำบัด หมายเลขโครงการงาน PT๕๘-๐๘ จำนวน ๑ ฉบับ
 ๔. แบบเสนอโครงการงานวิชาชีพกายภาพบำบัด หมายเลขโครงการงาน PT๕๘-๑๑ จำนวน ๑ ฉบับ
 ๕. แบบเสนอโครงการงานวิชาชีพกายภาพบำบัด หมายเลขโครงการงาน PT๕๘-๑๔ จำนวน ๑ ฉบับ

เนื่องด้วยนิสิตกายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ได้จัดทำโครงการงานวิชาชีพ จำนวน ๕ เรื่อง รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย โดยคณะผู้จัดทำได้แก่นิสิตกายภาพบำบัดชั้นปีที่ ๔ ซึ่งมีความจำเป็น ในการเข้าเก็บข้อมูลทั่วไปของกลุ่มอาสาสมัครเป้าหมายผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ ๕๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๐๐ คน แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ จำนวน ๓๐ คนและกลุ่มผู้ที่มีสุขภาพดี จำนวน ๗๐ คน ระยะเวลาที่จะเข้าเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม-เมษายน ๒๕๕๘ เพื่อศึกษาวิจัยตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

ในการนี้ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูลทั่วไปจาก กลุ่มตัวอย่างดังกล่าว เพื่อประกอบการทำโครงการงานวิชาชีพ โดยขึ้นอยู่กับความสมัครใจของแต่ละท่าน โดยที่ผู้วิจัยจะ รับผิดชอบในการเดินทางและการเตรียมอุปกรณ์สำหรับเก็บข้อมูลดังกล่าว ทั้งนี้ในเบื้องต้นได้ติดต่อประสานงานกับ ผู้รับผิดชอบในเขตพื้นที่เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะขอบคุณมาก

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์มาลินี ชาญรณ)

รักษาการแทนคณบดีคณะสหเวชศาสตร์

มหาวิทยาลัยพะเยา

คณะสหเวชศาสตร์ งานบริการการศึกษา

โทร. ๐ ๕๔๔๖ ๖๖๖๖ ต่อ ๓๓๔๐

โทรสาร ๐ ๕๔๔๖ ๖๖๙๗



ที่ ศธ ๐๕๙๐.๒๖/๐๕๔

คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
ตำบลแม่กา อำเภอเมือง
จังหวัดพะเยา ๕๖๐๐๐

๕ มีนาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เข้าถึงข้อมูลทั่วไปจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อประกอบการทำโครงการงานวิชาชีพ

เรียน สาธารณสุขอำเภอแม่ใจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. แบบเสนอโครงการงานวิชาชีพกายภาพบำบัด หมายเลขโครงการงาน PT๕๘-๐๕ จำนวน ๑ ฉบับ
 ๒. แบบเสนอโครงการงานวิชาชีพกายภาพบำบัด หมายเลขโครงการงาน PT๕๘-๐๖ จำนวน ๑ ฉบับ
 ๓. แบบเสนอโครงการงานวิชาชีพกายภาพบำบัด หมายเลขโครงการงาน PT๕๘-๐๘ จำนวน ๑ ฉบับ
 ๔. แบบเสนอโครงการงานวิชาชีพกายภาพบำบัด หมายเลขโครงการงาน PT๕๘-๑๑ จำนวน ๑ ฉบับ
 ๕. แบบเสนอโครงการงานวิชาชีพกายภาพบำบัด หมายเลขโครงการงาน PT๕๘-๑๔ จำนวน ๑ ฉบับ

เนื่องด้วยนิสิตกายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ได้จัดทำโครงการงานวิชาชีพ จำนวน ๕ เรื่อง รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย โดยคณะผู้จัดทำได้แก่นิสิตกายภาพบำบัดชั้นปีที่ ๔ ซึ่งมีความจำเป็น ในการเข้าถึงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มอาสาสมัครเป้าหมายผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ ๕๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๐๐ คน แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ จำนวน ๓๐ คนและกลุ่มผู้ที่มีสุขภาพดี จำนวน ๗๐ คน ระยะเวลาที่จะเข้าถึงข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม-เมษายน ๒๕๕๘ เพื่อศึกษาวิจัยตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

ในการนี้ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เข้าถึงข้อมูลทั่วไปจาก กลุ่มตัวอย่างดังกล่าว เพื่อประกอบการทำโครงการงานวิชาชีพ โดยขึ้นอยู่กับความสมัครใจของแต่ละท่าน โดยที่ผู้วิจัยจะ รับผิดชอบในการเดินทางและการเตรียมอุปกรณ์สำหรับเก็บข้อมูลดังกล่าว ทั้งนี้ในเบื้องต้นได้ติดต่อประสานงานกับ ผู้รับผิดชอบในเขตพื้นที่เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะขอบคุณมาก

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์มาลินี ธนารุณ)

รักษาการแทนคณบดีคณะสหเวชศาสตร์

มหาวิทยาลัยพะเยา

คณะสหเวชศาสตร์ งานบริการการศึกษา

โทร. ๐ ๕๕๔๖ ๖๖๖๖ ต่อ ๓๓๔๐

โทรสาร ๐ ๕๕๔๖ ๖๖๙๗

ภาคผนวก ซ

เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา

