



ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
PREDICTIVE FACTORS OF QUALITY OF LIFE AMONG DEPENDENT ELDERLY
LIVING IN COMMUNITY

मुखจรินทร์ สมคิด

มหาวิทยาลัยบูรพา

2562

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน



मुखरिन्तरु सुतरु

วितานินพन्नึเป็นส่วนหนึงของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2562

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยบูรพา

PREDICTIVE FACTORS OF QUALITY OF LIFE AMONG DEPENDENT ELDERLY
LIVING IN COMMUNITY



MUKJARIN SOMKIT

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER OF NURSING SCIENCE
IN GERONTOLOGICAL NURSING
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY

2019

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ มุขจรินทร์ สมคิด ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สหทัย รัตนจรณะ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สหทัย รัตนจรณะ)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัลภา คุณทรงเกียรติ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

59920416: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

मुखर्जिनทร์ สมกิด : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน.

(PREDICTIVE FACTORS OF QUALITY OF LIFE AMONG DEPENDENT ELDERLY LIVING IN COMMUNITY) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วาริ กังใจ, พย.ด., สหัทธยา รัตนจรณะ, Ph.D. ปี พ.ศ. 2562.

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เป็นผู้ที่มีความจำกัดในความสามารถในการดูแลตนเองอันเกิดจากความเสื่อมตามวัยและมีความต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวัน หากไม่ได้รับความช่วยเหลืออาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 92 คน ที่ได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเอง แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุของไทย แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.4 ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ($\beta = .145, p < .05$) ความสามารถในการดูแลตนเอง ($\beta = .462, p < .001$) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($\beta = .029, p < .01$) ภาวะซึมเศร้า ($\beta = 1.233, p < .05$) และสัมพันธภาพในครอบครัว ($\beta = .150, p < .05$) และปัจจัยทั้ง 5 สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้ ร้อยละ 54.7 ($R^2 = .547, p < .01$) ผลการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรมีการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลที่เน้นการส่งเสริมภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และลดภาวะซึมเศร้าเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

59920416: MAJOR: GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: QUALITY OF LIFE, DEPENDENT OLDER PERSONS IN COMMUNITY

MUKJARIN SOMKIT : PREDICTIVE FACTORS OF QUALITY OF LIFE AMONG DEPENDENT ELDERLY LIVING IN COMMUNITY. ADVISORY COMMITTEE: WAREE KANGCHAI, D.N.S., SAHATTAYA RATTANAGARNA, Ph.D. 2019.

Dependent elderly in community is defined as a person who has limited in self care because of age related deterioration and require for daily living supports. If they do not receive any supports, this may effect on their quality of life. The purpose of this predictive correlation study was to study level of quality of life and determine the predictive of quality of life of dependent elderly in community. The participants were 92 dependent elderly community dwellers aged 60 years in Sisaket province. They were selected by stratified random sampling technique. Research instruments included the Health Status questionnaire, the Appraisal of Self-Care Agency Scale, the Self-Esteem Scale, the Thai Geriatric Depression Scale, the Family Relations Questionnaire and the World Health Organization Quality of Life Brief – Thai. Descriptive statistics and multiple regression were employed for data analyses.

The results indicated that overall of dependent elderly in community perceived their quality of life at a moderate level 55.4 %. Predictive factors of quality of life were health status ($\beta = .145, p < .05$), self-care agency ($\beta = .462, p < .001$), self-esteem ($\beta = .029, p < .01$), depression ($\beta = 1.233, p < .05$) and family relationship ($\beta = .150, p < .05$) and all factors could predict quality of life with 54.7%. ($R^2 = .547, p < .01$). The findings suggested that nurse should develop nursing care model focusing on health status, self-care agency, self-esteem, family relationships and depression reduction to promote the quality of life of dependent elderly in community.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สหทัย รัตนจรณะ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาและแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง และเป็นประโยชน์ ตลอดจนการตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และให้ความเมตตา ประรณาคดีแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ทำให้ผู้วิจัยมีกำลังใจ มุ่งมั่นและมีความตั้งใจที่จะทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วง ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบพระคุณในความกรุณาของอาจารย์ทั้งสองท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบปากเปล่าทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้ความรู้ และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้อง และสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ จนทำให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจในขั้นตอนต่าง ๆ ในการทำวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งให้กำลังใจจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ Professor Dr. Ed Rosenberg จาก Department of Sociology, Appalachian State University ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ทุนบางส่วนสำหรับการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล อุทุมพรพิสัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 12 แห่ง พยาบาลวิชาชีพ และ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุก ๆ ท่านที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณบิดา มารดา และครอบครัวที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือทุกอย่าง ด้วยความรัก และความห่วงใย ให้กำลังใจตลอดระยะเวลาของการศึกษาและการทำวิทยานิพนธ์

สุดท้าย ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยขอขอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแด่บุพการี บูรพาจารย์ ผู้มีพระคุณ ทุกท่าน ทั้งทางธรรม ทางโลก ทั้งอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีความรู้ และประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

मुखजरिन्तर् समकित

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฉุ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
สมมติฐานของการวิจัย	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	10
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต.....	13
ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน.....	25
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	40
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	40
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	43
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย.....	49

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	50
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	50
การวิเคราะห์ข้อมูล	51
บทที่ 4 ผลการวิจัย	52
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	52
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล.....	58
สรุปผลการวิจัย.....	58
อภิปรายผลการวิจัย.....	59
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	64
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	65
บรรณานุกรม	66
ภาคผนวก	78
ภาคผนวก ก	79
ภาคผนวก ข	81
ภาคผนวก ค.....	85
ภาคผนวก ง	102
ภาคผนวก จ	108
ภาคผนวก ฉ.....	110
ภาคผนวก ช.....	115
ประวัติย่อของผู้วิจัย	117

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 92$)	53
ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต ($n = 92$).....	55
ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนาย กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ($n = 92$)	56
ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธภาพในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ($n = 92$)	57
ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธภาพ ในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($n = 92$).....	109
ตารางที่ 6 ผลการทดสอบ Multicollinearity	113
ตารางที่ 7 แสดงตาราง Model Summary	114

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
ภาพที่ 2 การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ.....	43
ภาพที่ 3 แสดงกราฟ Histogram	111
ภาพที่ 4 แสดงกราฟ Normal P-P-Plot.....	111
ภาพที่ 5 กราฟแสดง Scatterplot	112
ภาพที่ 6 Scatterplot.....	114
ภาพที่ 7 การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power	116

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบัน ซึ่งกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุทำให้ปัญหาของผู้สูงอายุมีความสำคัญ อันเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุ และการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้มีความต้องการการดูแลเพิ่มมากขึ้นจนนำไปสู่การดูแลระยะยาว โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นประเด็นปัญหาของประเทศที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญในการสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเตรียมความพร้อมเชิงนโยบายในการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) โดยรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประมาณ 400,000 คน และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1.3 ล้านคน โดยพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 15 มีภาวะทุพพลภาพหรือมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวัน การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการเกื้อหนุนหรือการพึ่งพิงอื่น ๆ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งคาดว่าจะมีมากถึง 1.35 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11 ในปี พ.ศ. 2563 และเพิ่มเป็น 2.15 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12 ในปี พ.ศ. 2573 (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2560) โดยในปี พ.ศ. 2552 งบประมาณค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรุนแรง ประมาณ 908-11,354 ล้านบาท และจะเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2567 เป็น 2,766-34,573 ล้านบาท (ศิริณี ศรีหาคาศ และคณะ, 2560) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าในการดูแลระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ และการจัดสรรทรัพยากรของประเทศไทยในอนาคตต่อไป (อัญชัชฐฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โปธิ์สิงห์, 2560)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายมีความเสื่อมลงตามอายุทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวันและมีความต้องการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในระดับปานกลางถึงระดับมาก (O' Shea, 2002) ส่วนในประเทศไทย ตามประกาศของ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงว่า หมายถึงผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เซลเอตีแอล (Barthel activities of daily living index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560)

จากแนวโน้มสถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เพิ่มมากขึ้นสะท้อนให้เห็นว่าการพึ่งพิงของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวย เศรษฐกิจ และสังคม ผลกระทบด้านร่างกาย พบว่า เมื่อเกิดภาวะพึ่งพิงทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงหรือพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอาจไม่เหมาะสม รวมไปถึงมีระยะเวลาของการดูแลรักษาผู้สูงอายุเป็นเวลานานอีกด้วย (พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และศุภวดี แถวเพ็ญ (2559) ด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องมีการปรับตัวกับโรคที่เป็นจนอาจมีความเบื่อหน่ายได้ เนื่องจากความรู้สึกที่ไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ (Kuboshima, McIntosh, & Marques, 2016) ด้านครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวต้องมีการปรับตัวต่อความซับซ้อนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น (พวงเพ็ญ เฟือกสวัสดี, นิสาชล นาคกุล และวิชญา โรจนรักษ์, 2559) และอาจเกิดภาวะเครียดหรือความกดดันของผู้ดูแลเกิดขึ้นได้ (Rocha, & Pacheco, 2013) นอกจากนี้ผลกระทบต่อระบบสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับระบบการดูแลและความต้องการบริการด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มสูงขึ้นตามสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ชญาณิช ลือวานิช, รัตนา ลือวานิช และจิตรา โรมินทร์, 2557) แต่ผลการศึกษาของ ชวลิต สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เฟ็งพิณิจ, อัครเดช เสนานิกรณ์ และวาริ ศรีสุรพล (2559) พบว่า ศักยภาพของระบบการสนับสนุนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทยนั้นยังขาดระบบที่ต่อเนื่องและยังต้องใช้ภาระค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ทั้งด้านครอบครัวและงบประมาณของรัฐบาล ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ (จินตนา อาจสันเทียะ และรัชนิ ป้อมทอง, 2561) จะเห็นได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุที่พึ่งพิงผู้อื่นในระดับที่เพิ่มขึ้นในหลาย ๆ ด้าน แล้วไม่ได้รับการตอบสนองตามปัญหาและความต้องการ อาจทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีโอกาสพึ่งพิงผู้อื่นในระดับที่รุนแรงมากขึ้น เช่น ผู้สูงอายุที่พอช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนอาจต้องกลายเป็นผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง และมีโอกาสทำให้เกิดผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจที่อาจนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงได้ (ทศิยา เทพขุนทอง และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2559; Angleman, Santoni, Strauss, & Fratilioni, 2015)

คุณภาพชีวิตมีบทบาทสำคัญด้านความผาสุกของมนุษย์ เพื่อการดำรงอยู่ในครอบครัว หรือชุมชนของตนเองด้วยความพึงพอใจ หรือมีความสุขตามองค์ประกอบที่มีด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม (ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen, Murayama, and Kamibepu (2010) ที่พบว่า การรู้ความเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถของตนเองและระดับความสามารถในการดูแลตนเองที่สูงจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความผาสุกในชีวิตได้ จากการศึกษาของ ออมสิน คิลสังวรรณ, สมลักษณ์ เทพสุรียนนท์, อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และทวีศักดิ์

ศิริพร ไพบูลย์ (2557) ที่พบว่า เมื่อผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงจะสามารถพึ่งพิงตนเองได้ดี เมื่อมีความผาสุกทางใจแล้ว คุณภาพชีวิตก็จะสูงขึ้นด้วย แต่ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเป็นกลุ่มที่มีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองมีอยู่อย่างจำกัดอันเกิดจากความเสื่อมตามวัย หากไม่ได้รับความช่วยเหลืออาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ เนื่องจากปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน จึงทำให้ไม่สามารถนิยามหรือกำหนดความต้องการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละบุคคลได้ (O' Shea, 2002)

องค์การอนามัยโลก (The World Health Organization Quality of Life Group, 1994) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ถึงระดับความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายของบุคคล และความคาดหวังที่เกิดขึ้นของตนเองภายใต้เงื่อนไขหรือบริบทของวัฒนธรรมทางสังคม ค่านิยมในเวลานั้น ๆ หรือมาตรฐานทางสังคมอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ เลือกรับความหมายของคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกมาอธิบายและเป็นแนวทางการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ซึ่งถ้าหากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นสูงอย่างเหมาะสม แล้วจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกพึงพอใจทางด้านอารมณ์และมีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ และดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุขยอมทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (ออมสิน ศิลสังวรณ์ และคณะ, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างกว้างขวางทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย โดยเป็นแนวคิดที่มีการอธิบายไว้หลากหลาย เช่น แนวคิดคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปที่ไม่เจาะจงกับสุขภาพหรือความเจ็บป่วย และแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงระดับดี และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามบริบทต่าง ๆ (Baernholdt, Hinton, Yan, Rose, & Mattos, 2012; Rodrigues et al., 2017) หรือกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ (อณิศา ชื่อตรง และทัศนาศูววรรณปะกรณ์, 2559; มุกิตา วรรณชาติ, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์ และพิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, 2558; Chen & Chen, 2017) รวมไปถึงการศึกษาการวัดคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังของ Cella and Nowinski (2002) โดยผลการศึกษา พบว่า มีการพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อโรคเรื้อรังมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของ

องค์การอนามัยโลก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม แนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของ Fillenbaum (1984) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย และทบทวนวรรณกรรมเพื่อคัดสรรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 5 ปัจจัย ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธภาพในครอบครัว

ภาวะสุขภาพ เป็นสภาพร่างกายในปัจจุบันตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีต่อร่างกายของตนเองและการประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ทั้งทางบวกและทางลบ ดังเช่นการศึกษาของ Chen and Chen (2017) พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมจนเกิดภาวะทุพพลภาพและมีการพึ่งพิงผู้อื่นในการทำกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.609, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร ทองดี, ดาราวรรณ ร่องเมือง และนันทานาถฉัตรีย์ (2555) พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับทางบวกคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.77, p < .01$)

ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีต่อพฤติกรรมของตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่มีการกระทำอย่างสม่ำเสมอ และการกระทำที่คงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีของตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในการควบคุม โรคเรื้อรังและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของ มุทิตา วรรณชาติ และคณะ (2558) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($r = 0.326, p < .001$) โดยสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 37.4

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นการรับรู้ที่เกี่ยวกับการยอมรับ การเคารพนับถือในตนเอง ความเชื่อและความรู้สึกมั่นใจว่าตนเองมีความสำคัญ มองตนเองในทางบวก โดยเห็นว่าตนเองมีคุณค่าและตัดสินใจมีความสำคัญในตนเองมีความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จได้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสำคัญต่อกระบวนการปรับตัวของผู้สูงอายุในด้านการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตใจที่เป็นไปในทางที่เสื่อมลง (Veni & Merlene, 2017) ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของแต่ละบุคคลเกิดขึ้นได้ทั้งความรู้สึกทางบวกและทางลบ จากการศึกษาของ Tavares et al. (2016) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนของประเทศบราซิล ด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.534, p < .001$) และการศึกษาของ ชูติเดช เขียมดอน, นวรัตน์ สุวรรณพ่อง และฉวีวรรณ บุญสุยา (2554) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถ

ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ได้ร้อยละ 30.5 ($R^2 = 0.314$, $p < .001$) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 21.5 ($R^2 = 0.222$, $p < .001$)

ภาวะซึมเศร้า เป็นการรับรู้ในการตอบสนองของอารมณ์ต่อความรู้สึกว่าจิตใจหม่นหมอง หดหู่ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้หมดหวังและมองโลกในแง่ร้าย เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เป็นไปในทางเสื่อมถอย มีการเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง เกิดภาวะพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น (Chen & Chen, 2017) ผลกระทบที่เกิดขึ้น คือ ผู้สูงอายุไม่มีความสุขมีความรู้สึกท้อแท้ รู้สึกไร้ค่า รู้สึกสิ้นหวัง ไม่อยากทำอะไร การเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมเหล่านี้ อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยภักดี, 2557) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนของประเทศจีนมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -0.63$, $p < .01$) และสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ($\beta = 0.307$, $R^2 = 0.55$, $p < .01$) (Lu, Yuan, Lin, Zhou, & Pan, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของ Oros, Popescu, Iova, Mihancea, and Iova (2016) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($r = -0.303$, $p < .01$)

สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นลักษณะพฤติกรรมภายในครอบครัวของผู้สูงอายุที่สมาชิกในครอบครัวแสดงออกต่อผู้สูงอายุถึงความรัก ความนับถือและความร่วมมือหรือการแสดงพฤติกรรมที่ดีและอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข จากการศึกษาของ ชูติเดช เจริญคอน และคณะ (2554) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกาย ($r = 0.324$, $p < .001$) และ ด้านจิตใจ ($r = 0.366$, $p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข และคณะ (2560) พบว่า ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ($r = 0.414$, $p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lu et al. (2017) พบว่า ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($r = 0.40$, $p < .01$) และสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ($\beta = 0.089$, $R^2 = 0.55$, $p < .01$)

การที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนต้องการพึ่งพิงผู้อื่น เพื่อตอบสนองความต้องการในการดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนนั้น แต่ในขณะที่ผลของการดูแลตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ไม่เพียงพอ อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ถึงความรู้สึกไม่พึงพอใจตามสภาพที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ การศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จึงมีความจำเป็น โดยผู้วิจัยได้เลือกศึกษาชุมชนชนบทในจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งพบว่า บริบททางสังคมของประชากรมีความแตกต่างกัน ด้วยวัฒนธรรมประเพณีที่หลากหลายประกอบกับความเป็นอยู่

ของชนบทในปัจจุบันคล้ายคลึงเขตเมืองมากขึ้น ครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอาจได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคม และความเจริญด้านเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นด้วย โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2560 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 4,640 คน เป็นกลุ่มติดบ้านและติดเตียง คิดเป็นร้อยละ 3.2 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองสมรรถภาพเชิงปฏิบัติ (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ, 2560) และในปี พ.ศ. 2559 มีผู้สูงอายุที่รับเบี้ยผู้พิการเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.2 ของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ (ที่ทำการปกครองศรีสะเกษ, 2560) ผลการศึกษาครั้งนี้ พยายามสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีบนพื้นฐานบริบทของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ประกอบด้วย ปัจจัย ด้านภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธภาพในครอบครัว

สมมติฐานของการวิจัย

ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธภาพในครอบครัว สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

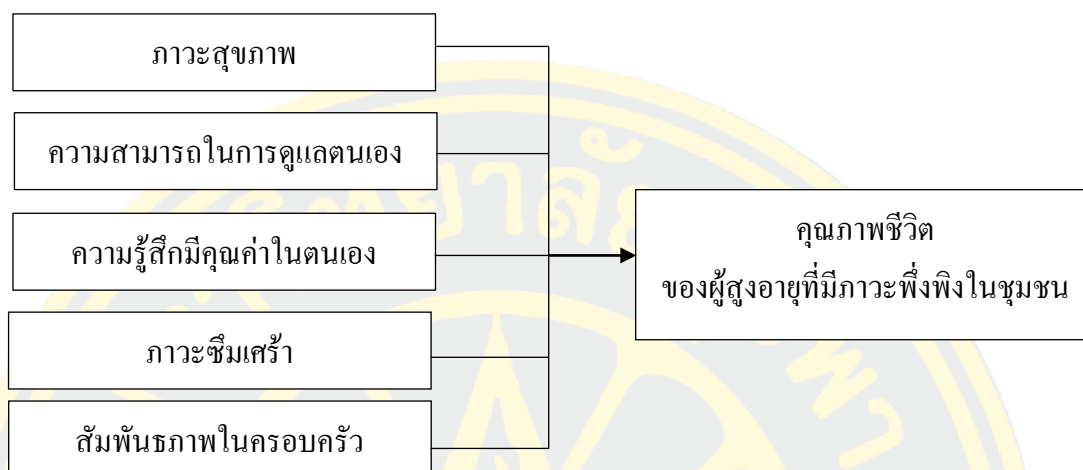
การศึกษานี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของ The World Health Organization Quality of Life Group (1998) แนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของ Fillenbaum (1984) และกรอบทฤษฎีทฤษฎีที่ข้องในการวิจัย เพื่อเป็นโครงสร้างในการนำมาอธิบายกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตที่ทำการศึกษา โดยใช้ความหมายของคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกในการอธิบายตามแนวคิดที่ว่า คุณภาพชีวิต คือ การรับรู้ของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคมภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตและสิ่งที่คุณค่าเกี่ยวข้องอันเป็นผลซับซ้อนมาจากสุขภาพร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม

ส่วนแนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของ Fillenbaum (1984) กล่าวว่าไว้ว่า มิตินี้เป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุประกอบด้วย 7 ด้าน คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสภาพสิ่งแวดล้อม และการได้รับการดูแลทั้งจากครอบครัว กลุ่มเพื่อนและชุมชน

ปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาโดยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก และแนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของ Fillenbaum (1984) โดยคัดสรรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 5 ปัจจัย ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยพบว่า ปัจจัยทั้ง 5 ด้านนี้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ชุตติเดช เจียนคอน และคณะ, 2554; นริสา วงศ์พนารักษ์ และอภิญา วงศ์พิริยโยธา, 2558; มุทิตา วรรณชาติ และคณะ, 2558; เอมอร แสงศิริ และคณะ, 2558; Chen & Chen, 2017; Lu et al., 2017; Oros et al., 2016)

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นสภาวะร่างกายตามการรับรู้ของตนเองทำให้เกิดพฤติกรรมไปสู่การควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายส่งผลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพ และการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ ภาวะสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ปัจจัยด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในการควบคุม โรคเรื้อรังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ความสามารถในการดูแลตนเองจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ปัจจัยด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสำคัญต่อแรงจูงใจในการดูแลตนเอง และเมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรับรู้และมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองสูงจะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสนใจในการดูแลตนเองมากส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้าพบว่า การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุที่เสื่อมถอยลงในทุก ๆ ด้าน ทั้งจากการเจ็บป่วยทางกายเรื้อรัง ความไม่สุขสบายใจย่อมส่งผลต่อปัญหาสุขภาพทางจิตใจ ผู้สูงอายุอาจไม่สนใจการทำกิจวัตรประจำวันและไม่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตแย่ลง ภาวะซึมเศร้าจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน การดำรงชีวิตในครอบครัวและในชุมชน ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่หากสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีก็อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ไม่ดี และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย ดังนั้น ปัจจัยทั้ง 5 ด้านดังกล่าว จึงคาดว่าน่าจะสามารถ

ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 92 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่มีการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และมีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เชลเอดีแอลระหว่าง 5-11 คะแนน ตามการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ ตามศักยภาพ ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เชลเอดีแอล ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความเป็นอยู่ตามองค์ประกอบต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตในสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ประเมินโดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของ
องค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย แปลโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิวรรธ
ตันติพิพัฒน์สกุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะจรัสกุล (2540)

ภาวะสุขภาพ หมายถึง สภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามการรับรู้ที่เกี่ยวข้อง
กับการประเมินความสามารถในการเดิน การมองเห็น และการประเมินเกี่ยวกับภาวะของร่างกาย
และอาการต่าง ๆ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ
ของ อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2543)

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ที่แสดงออกเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแล มีการกระทำอย่างสม่ำเสมอและการกระทำที่คงไว้
ซึ่งการมีสุขภาพดีของตนเองในรูปแบบของการมีกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร
การแต่งตัว การเคลื่อนไหว การเดินทาง การอาบน้ำ และการขับถ่าย ประเมินโดยใช้ แบบสัมภาษณ์
ความสามารถในการดูแลตนเองของ วารี กังใจ (2541) ที่แปลจากแบบวัดความสามารถในการดูแล
ตนเองของ Evers et al. (1986)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การรับรู้ที่เกี่ยวกับการยอมรับนับถือในตนเอง
ความเชื่อและความรู้สึกมั่นใจว่าตนเองมีความสำคัญ มองตนเองในทางบวก รับรู้ถึงความสามารถ
ในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จได้และการได้รับการยอมรับจากคนอื่น ๆ
ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ วารี กังใจ (2541) ที่แปลมาจากแบบ
ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการตอบสนองของอารมณ์
ต่อความรู้สึกที่มีจิตใจหม่นหมอง หดหู่ ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง และการมองโลก
ในแง่ร้าย ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าที่นำมาจากแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ
ของไทย (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537)

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีต่อพฤติกรรม
ของสมาชิกในครอบครัวที่แสดงออกต่อผู้สูงอายุ ได้แก่ ความผูกพัน ความเคารพนับถือ และการ
แสดงออกถึงความใกล้ชิดทางอารมณ์หรือการแสดงพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุได้รับ ประเมินโดยใช้
แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัวของ อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2543)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษารวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
3. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

จากการที่ในสถานการณ์ของประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้ปัญหาของผู้สูงอายุมีความสำคัญเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจึงมีความจำเป็นต้องมีการศึกษาและการเตรียมความพร้อมเพื่อเตรียมรับปัญหาด้านสุขภาพอนามัย และการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนต่อไป

ความหมายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

O' Shea (2002) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ว่าเป็นบุคคลที่มีการสูญเสียความสามารถด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา มีความยากลำบากและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ

ในประเทศไทย ตามประกาศของ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

สถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในต่างประเทศ พบว่าในปี ค.ศ. 2060 สหภาพยุโรปคาดการณ์ว่าประชากรสูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป จะมามากกว่า 57 ล้านคนที่ต้องการการพึ่งพิงและมีความต้องการดูแลในระยะยาว (Pierre & Ponthiere, 2016) ในประเทศนิวซีแลนด์พบว่า มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนและมีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลระยะยาวอย่างน้อยร้อยละ 65 ของผู้สูงอายุในช่วงระหว่างอายุ 85-94 ปี (Kuboshima et al., 2016) จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประมาณ 400,000 คน

และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1.3 ล้านคน โดยพบว่าประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 15 มีภาวะทุพพลภาพ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้ง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ หลอดเลือดสมองตีบ อัมพาตอัมพฤกษ์ และมะเร็ง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายหรือกลุ่มที่อายุ 80 ปีขึ้นไป มีจำนวนที่ต้องการการเกื้อหนุนหรือการพึ่งพิงอื่น ๆ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งคาดว่าจะมีมากถึง 1.35 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11 ในปี พ.ศ. 2563 และเพิ่มเป็น 2.15 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12 ในปี พ.ศ. 2573 (ปราชญ์ ประชาทกุล, 2560) และจากรายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยของสำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม (2560) โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่าการทำกิจกรรมประจำวันพื้นฐาน 10 ด้านของผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.5 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 20.7 ในปี พ.ศ. 2557 โดยเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุและเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมมากที่สุด คือ การขึ้นลงบันไดและการเคลื่อนที่ภายในบ้าน พบร้อยละ 16.6 ส่วนการกลืนปีศาจหรือการกลืนอุจจาระ พบร้อยละ 11.8 ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ พบร้อยละ 87.4 มีความต้องการการดูแลในบางกิจกรรมพบร้อยละ 11.4 และกลุ่มพึ่งพิงทั้งหมด พบร้อยละ 1.3 และในปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 6,394,022 คน พบว่าเป็นกลุ่มติดสังคมประมาณ 5 ล้านคนหรือร้อยละ 79 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียงจำเป็นต้องได้รับการบริการด้านสุขภาพและสังคมประมาณ 1.03 ล้านคน หรือร้อยละ 21 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

จากภาวะการณ์ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบสังคมและเศรษฐกิจ รวมไปถึงการจัดสรรทรัพยากรของประเทศไทยในอนาคต เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความถดถอยของการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายที่เสื่อมลงตามอายุและเป็นปัญหาสำหรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคตได้ รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงบริบททางโครงสร้างของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น รวมทั้งบุตรหลานต้องทำงานนอกบ้านมากขึ้นทำให้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวไทยมากขึ้น ในขณะที่การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของภาครัฐยังทำได้อย่างจำกัด เนื่องจากการจัดบริการต่าง ๆ ยังมีภาระค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง ทั้งในส่วนของครอบครัวและงบประมาณของรัฐบาลและพบว่า ระบบการประสานงานที่มีบทบาทในการจัดการบริการในชุมชนท้องถิ่นยังทำได้ไม่ครอบคลุม ไม่ต่อเนื่องและยังเข้าไม่ถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน เช่น การติดตามเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทำได้ยังไม่ครอบคลุมและขาดความต่อเนื่องของการดูแล โดยพบว่าสถานบริการปฐมภูมิ ทั้งสถานที่และระบบของหน่วยงานไม่เอื้อต่อการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ในระยะยาวทำให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาในการเดินทาง มีความยากลำบากในการเคลื่อนย้ายทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ได้รับการดูแลจากสถานบริการปฐมภูมิได้อย่างทั่วถึง และการขาดอุปกรณ์อำนวยความสะดวก รวมไปถึงหลักการเยี่ยมบ้านยังคงยึดหลักการเยี่ยมบ้านตามโรค หรือตามการเจ็บป่วยทำให้ระบบการดูแลแบบองค์รวมยังไม่ชัดเจน (ชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ, 2559; สุรัตน์ ตะเภา, 2559)

ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนยังต้องมีการเรียนรู้และการทำความเข้าใจตามบริบทของประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น ขณะที่ความสามารถของครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพลดน้อยลง เพราะต้องใช้เวลาและค่าใช้จ่ายที่สูง ซึ่งเป็นภาระของครอบครัวที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากภาครัฐและเอกชน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2553) ดังนั้น ในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จึงจำเป็นต้องมีการจัดการระบบบริการให้ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชนและจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่ครบทุกมิติจากครอบครัว ชุมชนท้องถิ่นและสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง (ภานุวัฒน์ มีชนะ และคณะ, 2560)

ในปี พ.ศ. 2559 จากนโยบายของรัฐบาลที่มุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ บริการด้านการแพทย์ เช่น บริการตรวจคัดกรอง ประเมินความต้องการดูแล บริการเยี่ยมบ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการกายภาพบำบัด บริการกิจกรรมบำบัด และอุปกรณ์เครื่องช่วยทางการแพทย์ การบริการด้านสังคม ได้แก่ บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกร้าน เป็นต้น และได้มีข้อตกลงการดำเนินการร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และสปสช. ในการดำเนินการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแบบประเมินด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยใช้ตัวชี้วัด ADL (Barthel ADL index) สร้างขึ้นโดย Mahoney และ Barthel เป็นเกณฑ์ ในการจำแนกประเภทของภาวะพึ่งพิง (อัญชัชฐฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์, 2560) ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุก-นั่ง การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย อุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การสวมใส่เสื้อผ้า และการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่บอกให้ทราบถึงภาวะการพึ่งพิงหรือสุขภาพของการทำงานของร่างกาย (Functional health) โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์เกณฑ์การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามศักยภาพ ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลดีเอล (Barthel ADL index)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ใช้เกณฑ์ในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเช่นเดียวกับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

1. ผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 1 เรียกว่า ดิดสังคม คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ มีผลรวมคะแนน 12 คะแนนขึ้นไป
2. ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 เรียกว่า ดิดบ้าน คือ ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีผลรวมคะแนนระหว่าง 5-11 คะแนน
3. ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 เรียกว่า ดิดเตียง คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พึ่งพิงหรือทุพพลภาพ มีผลรวมคะแนน 0-4 คะแนน

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้านที่มีคะแนนความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ระหว่าง 5-11 คะแนน เป็นเกณฑ์ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 นี้ เป็น 1 ในตัวชี้วัดด้านผลผลิตในภาพรวมของนโยบายพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2560 โดยมีเป้าหมายในการดูแลเพื่อมุ่งเน้นการดำรงการมีสุขภาพที่ดี การฟื้นฟูสมรรถภาพ การป้องกัน การเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ และภาวะทุพพลภาพตั้งแต่เริ่มต้น และการป้องกันการเกิดโรคใหม่ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพในการมีส่วนร่วมในสังคม หรือใช้ภูมิปัญญาเพื่อสร้างสรรค์สังคม โดยการดำเนินงานเพื่อให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระได้นานที่สุด โดยมีระดับคะแนน ADL ดีขึ้นจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม และลดภาระในการดูแลระยะยาวต่อไป (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

มนุษย์ทุกคนย่อมต้องการสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตในทุก ๆ ด้านเพื่อการมีชีวิตที่ดีของแต่ละบุคคล ซึ่งประกอบด้วยด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมและความปรารถนาในการดำเนินชีวิตด้วยความสุข มีอิสระเสรีในด้านความคิด การกระทำ เป้าหมายของชีวิต คุณภาพชีวิตมีบทบาทสำคัญในแง่ความสุขของมนุษย์ เพื่อดำรงอยู่ในครอบครัว สังคม หรือชุมชนของตนเองด้วยความพึงพอใจ

ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต มีความหมายที่ครอบคลุมหลายมิติ มีการให้ความหมายและองค์ประกอบที่กว้างขวางและซับซ้อนตามบริบท วัฒนธรรมตามที่แต่ละบุคคลอยู่ และบริบทของผู้ศึกษา แต่คุณภาพชีวิตก็เป็นสิ่งที่พึงปรารถนาของบุคคลเพื่อให้การดำรงชีวิตในแต่ละวันมีความสุขตามองค์ประกอบที่มีด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ถึงระดับความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในการ

ดำรงชีวิตในสังคม โดยมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายของบุคคล และความคาดหวังที่เกิดขึ้นของ ตนเองภายใต้เงื่อนไขหรือบริบทของวัฒนธรรมทางสังคมนั้น ๆ ค่านิยมในเวลานั้น ๆ หรือ มาตรฐานทางสังคมอื่นที่เกี่ยวข้อง (The World Health Organization Quality of Life Group, 1994) ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ เลือกใช้ความหมายของคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกมาอธิบายและ เป็นแนวทางในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

การศึกษาด้านองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต เพื่อให้สามารถอธิบายการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ของบุคคลแต่ละกลุ่มให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้นนั้นมีความแตกต่างกันตามทัศนคติของแต่ละบุคคล หรือ แต่ละสังคมและตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา (ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา, 2559)

องค์การอนามัยโลก (The World Health Organization Quality of Life Group, 1994) ได้ สร้างเครื่องมือสำหรับวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสากล (World health organization quality of life assessment [WHOQOL]) เพื่อใช้สำหรับวัดคุณภาพชีวิตของประชากรโลก มีข้อคำถาม 100 ข้อ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน โดยในแต่ละด้านอธิบายด้านพฤติกรรม สภาพความเป็นอยู่ สมรรถภาพหรือศักยภาพ การรับรู้หรือประสบการณ์ที่ผ่านมาของบุคคล ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้าน จิตใจ ด้านระดับความอิสระ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านความเชื่อส่วนบุคคล

นอกจากนี้ยังมีคำถามอีก 1 ด้าน ที่ถามถึงการรับรู้ของบุคคลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพ โดยรวม ต่อมาในปี ค.ศ. 1996 ได้มีการพัฒนาและนำเสนอเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสหมิติ สะท้อนความเป็นองค์รวมและมีความเป็นสากล อย่างไรก็ตาม เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลกที่มี 100 ข้อ (WHOQOL-100) มีจำนวนข้อมากไปทำให้ไม่สะดวกในการ ศึกษาวิจัย จึงมีการปรับให้กะทัดรัด สะดวกในการใช้และมีความถูกต้อง และพัฒนาเครื่องมือเป็น WHOQOL-BREF ซึ่งมีคำถาม 26 ข้อ และรวมองค์ประกอบบางด้านเข้าด้วยกันเหลือเพียง 4 ด้าน ซึ่งครอบคลุมการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุและสามารถนำไปประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม ดังนี้ (The World Health Quality of Life, 1996)

หมวดที่ 1 ด้านร่างกาย (Physical domain) (The World Health Quality of Life, 1996)

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คือ การรับรู้ทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิต ประจำวัน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การมีสุขภาพร่างกายที่ดี ทำให้ บุคคลรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตชีวิตที่ดี แบ่งเป็น 7 หมวดย่อย ดังนี้

1. ความเจ็บปวดและความไม่สบายของคน (Pain and discomfort) ประกอบด้วย การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการ ความกลัว ความกังวลและความเครียดที่เกิดจากความเจ็บปวดด้านร่างกายได้ รวมถึงการจัดการในการใช้ยาเพื่อบรรเทาความปวด
2. กำลังและความเมื่อยล้า (Energy and fatigue) ประกอบด้วย พละกำลัง ความกระตือรือร้นและความอดทนของแต่ละบุคคล ซึ่งถือว่ามีความจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ความรู้สึกของการที่มีกำลังเพียงพอต่อการจัดการกับความเหน็ดเหนื่อยที่อาจมีผลมาจากปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ความเจ็บป่วย อาการซึมเศร้า การออกกำลังกายมากเกินไปที่ทำให้เกิดความเมื่อยล้าอย่างเรื้อรัง
3. การนอนหลับและการพักผ่อน (Sleep and rest) ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับการนอนหลับและการพักผ่อนที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความเพียงพอในการนอนหลับและการพักผ่อน ปัญหาในการนอนหลับ เช่น การนอนหลับยาก การตื่นกลางดึก การตื่นนอนเร็ว การตื่นแล้วไม่สามารถหลับต่อได้อีก ความรู้สึกไม่สดชื่นเมื่อตื่นนอนรวมถึงการใช้ยานอนหลับหรือสารอื่น ๆ เพื่อให้หลับโดยสิ่งที่รบกวนการนอนหลับหรือการพักผ่อนอาจเกิดจากบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม
4. การเคลื่อนไหว (Mobility) ประกอบด้วย ความสามารถในการเคลื่อนไหวของบุคคลจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งโดยไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ซึ่งการพึ่งพิงผู้อื่นในการเคลื่อนไหวย่อมมีผลต่อคุณภาพชีวิต แต่บางคนที่มีความพิการ เช่น ผู้ที่ใช้รถเข็นบางคน อาจรู้สึกพึงพอใจกับการเคลื่อนไหวได้ทั้งที่บ้านและที่ทำงานจึงไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน
5. การทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living) ประกอบด้วย ความสามารถของบุคคลในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองและทรัพย์สิน การทำกิจกรรมที่จำเป็นในแต่ละวันอย่างเหมาะสม และพบว่าระดับการพึ่งพิงในการทำกิจวัตรประจำวันจะมีผลต่อคุณภาพชีวิต
6. การพึ่งพิงยาหรือการรักษาทางการแพทย์ (Dependence on medication of treatment) ประกอบด้วย การรับรู้ของบุคคลว่าต้องพึ่งพิงยาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เพื่อให้เกิดความสบายทั้งทางร่างกาย และจิตใจ
7. ความสามารถในการทำงาน (Working capacity) ประกอบด้วยความสามารถในการใช้พละกำลังของบุคคลในการทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน โดยเน้นลักษณะของกิจกรรมหลักที่บุคคลนั้นปฏิบัติอยู่เป็นประจำ

หมวดที่ 2 ด้านจิตใจ (Psychological domain) (The World Health Quality of Life, 1996)
 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง ประกอบด้วยหมวดย่อย
 6 หมวด ดังนี้

1. ความรู้สึกทางบวก (Positive feeling) เป็นประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้สึกทางบวก
 ที่บุคคลมีต่อตนเอง เช่น ความพอดี ความสงบ ความสุข ความหวัง และความสนุกสนานในชีวิต
 ซึ่งเป็นมุมมองและความรู้สึกเกี่ยวกับชีวิตในอนาคต
2. ความคิด ความรู้ ความจำ และสมาธิ (Thinking learning memory and concentration)
 เป็นมุมมองของบุคคลต่อความคิด ความจำ การตัดสินใจ สมาธิ และความสามารถในการเรียนรู้
 เรื่องราวต่าง ๆ ของตนเอง รวมไปถึงความเร็วและความชัดเจนของความคิด
3. ความภาคภูมิใจในตนเอง (Self esteem) เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่มีต่อตนเอง
 อาจเป็นความรู้สึกทางบวกหรือทางลบ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในตนเอง
 การควบคุมตนเอง การประสบความสำเร็จในเรื่องการศึกษา หน้าที่การงานและครอบครัว
 ความรู้สึกมีเกียรติ และการเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น
4. ภาพลักษณ์และลักษณะทั่วไป (Body image and appearance) เป็นมุมมองของบุคคล
 เกี่ยวกับรูปร่างหน้าตาของตนเองที่ปรากฏให้เห็นทั้งด้านบวกและด้านลบ ขึ้นอยู่กับความพึงพอใจ
 ตามอัตมโนทัศน์ของบุคคล รวมถึงการรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองที่เกิดจากการเสริมแต่งด้วย
5. ความรู้สึกทางลบ (Negative feeling) เป็นความรู้สึกทางลบของบุคคลที่มีต่อตนเอง
 ได้แก่ หดหวัง เศร้าใจ เสียใจ หมกมด้อย กลัว วิตกกังวล และขาดความพึงพอใจในชีวิต
6. จิตวิญญาณ ศาสนา ความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality/ Religion/ Personal beliefs)
 เป็นความเชื่อด้านต่าง ๆ ของคนที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ความเชื่อ
 ด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อ
 การดำเนินชีวิตมีผลต่อการเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ช่วยให้ชีวิตมีความสุข

หมวดที่ 3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships domain) (The World
 Health Quality of Life, 1996)

คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับ
 บุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ว่าได้
 เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม ประกอบด้วย 3 หมวดย่อย ดังนี้

1. สัมพันธภาพส่วนบุคคล (Personal relationships) เป็นการแสดงความรู้สึกที่เป็นมิตร
 ความปรารถนาดี ความรักและความผูกพันที่สามารถแสดงออกได้ทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ เช่น

การกอด การสัมผัสจากคนใกล้ชิด การให้และรับความรัก การร่วมทุกข์ร่วมสุข นอกจากนี้ยังรวมถึงความรักระหว่างเพื่อน รักคู่ครอง รักต่างเพศ และรักร่วมเพศ

2. การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นการแสดงความรู้สึกของบุคคลที่ได้รับความช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน ญาติ ในการแก้ปัญหาทั้งเรื่องส่วนตัว ครอบครัว การทำงาน ตลอดจนความรู้สึกที่ไม่ดีที่ได้รับจากครอบครัวหรือเพื่อน เช่น การพุดจาไม่ดี การทำร้ายร่างกาย

3. กิจกรรมทางเพศ (Sexual activity) เป็นการแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับการกระตุ้นและความต้องการทางเพศของบุคคลที่สามารถแสดงออกได้อย่างเหมาะสม โดยจะเป็นเรื่องราวเกี่ยวกับแรงขับทางเพศ การแสดงออกทางเพศ ความสำเร็จทางเพศ ซึ่งเป็นเรื่องที่สังคมอาจมองว่าเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสมในการแสดงออก

หมวดที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) (The World Health Quality of Life, 1996)

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ประกอบด้วย 8 หมวดย่อย ดังนี้

1. ความมั่นคงและปลอดภัยทางกายภาพ (Physical safety and security) โดยพิจารณาถึงความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความมั่นคงและความปลอดภัยในชีวิตจากสิ่งคุกคามทางด้านกายภาพ เช่น การถูกกดขี่จากผู้อื่นหรือจากการเมือง โดยความมั่นคงและปลอดภัยในชีวิตจะมีความหมายในลักษณะของความรู้สึกมีอิสระตั้งแต่การดำรงชีวิตอยู่อย่างอิสระจนถึงการถูกกดขี่หรือถูกกักขัง นอกจากนี้ยังครอบคลุมถึงสถานที่พักอาศัยที่จะให้ความมั่นคงและปลอดภัย

2. สิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัย (Home environment) พิจารณาถึงสถานที่หลักที่บุคคลอาศัยอยู่เพื่อการหลับนอนหรือเก็บทรัพย์สิน คุณภาพชีวิตของสถานที่อยู่อาศัยโดยทั่วไปจะประเมินจากความเป็นส่วนตัว มีสิ่งอำนวยความสะดวกและคุณภาพของโครงสร้างตัวอาคาร นอกจากนี้ที่อยู่อาศัยจะรวมถึงสิ่งที่มีความหมายเช่นเดียวกับที่อยู่อาศัยด้วย เช่น สถานอพยพ เป็นต้น

3. แหล่งด้านการเงิน (Financial resource) พิจารณาจากความรู้สึกพึงพอใจของบุคคลเกี่ยวกับการเงินและความเพียงพอของรายได้ตนเองที่จะทำให้มีชีวิตและสุขภาพที่ดี โดยไม่คำนึงถึงการทำงานทำ

4. การบริการด้านสุขภาพและสังคม (Health and social care: Availability) โดยพิจารณาจากความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับคุณภาพของบริการด้านสุขภาพและสังคม รวมถึงการบริการที่ให้ โดยอาสาสมัครในชุมชนที่ตนได้รับหรือคาดหวังจะได้รับว่าเป็นไปตามความต้องการ

อย่างสมบูรณ์และมีคุณภาพหรือไม่ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงความยากง่าย และความเป็นกันเองของการบริการ

5. โอกาสที่จะได้รับข้อมูลข่าวสาร การเรียนรู้ และการฝึกฝนทักษะใหม่ (Opportunities for acquiring information and skills) พิจารณาถึง โอกาสและความต้องการของบุคคลที่จะเรียนรู้ ทักษะหรือความรู้ใหม่ ๆ หรือสิ่งที่ทันสมัย เป็นต้น

6. การมีโอกาสมือมีส่วนร่วมในการใช้เวลาว่าง และการพักผ่อนหย่อนใจ (Participation in and opportunities for recreation and leisure) พิจารณาจากความสามารถ โอกาส และความสมัครใจของบุคคลที่จะมีส่วนร่วมในการใช้เวลาว่าง ทำงานอดิเรก และการพักผ่อนหย่อนใจ ซึ่งสามารถทำกิจกรรมได้ตั้งแต่การพบปะเพื่อนฝูง การเล่นกีฬา การอ่านหนังสือ การดูโทรทัศน์ ใช้เวลาอยู่กับครอบครัวจนถึงการไม่ทำกิจกรรมอะไรเลย

7. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) พิจารณาจากความคิดเห็นของบุคคล ต่อสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว เช่น เสียง มลภาวะต่าง ๆ ของอากาศและความสวยงามของสิ่งแวดล้อม

8. การคมนาคมขนส่ง (Transport) พิจารณาจากความสะดวกในการเดินทางของบุคคล ชนิดของพาหนะที่ใช้ในการเดินทาง แต่จะไม่เกี่ยวกับประเภทของการขนส่งเพื่อให้สามารถประกอบกิจกรรมได้ตามความต้องการ

ส่วนแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Fillenbaum (1984) กล่าวถึงมิติความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุประกอบด้วย 7 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living [ADL]) ประกอบด้วย ความสามารถในการทำกิจกรรมทางกายภาพ (Physical activities of daily living [PADL]) ได้แก่ ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้ายร่างกาย การแต่งกาย การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม และการแต่งกายด้วยตนเอง และความสามารถในการดำรงอยู่ในชุมชน (Instrumental activities of daily living [IADL])

2. ด้านสุขภาพทางกาย (Physical health) ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพของตนเอง และอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุใน 1 เดือน

3. ด้านสุขภาพทางจิตใจ (Mental health) ประกอบด้วย การรับรู้หน้าที่ ภาวะการเจ็บป่วยทางจิต อารมณ์ และการทำหน้าที่ของจิต

4. ด้านสภาพสังคม (Social resource) ประกอบด้วย ขนาดและความพอเพียงในการติดต่อ และการมีปฏิสัมพันธ์ การได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อน หรือครอบครัว

5. ด้านสภาพเศรษฐกิจ (Economic resource) ประกอบด้วย ความเพียงพอของรายได้ จำนวนเงินที่จำเป็นต้องใช้ในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม

6. ด้านสภาพแวดล้อม (Environmental matters) ประกอบด้วย ความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว การจัดบ้านเรือนเป็นระเบียบ

7. ด้านการได้รับการดูแล (Level of strain or caregiver) จากครอบครัว กลุ่มเพื่อนและชุมชน (Fillenbaum, 1984)

การประเมินคุณภาพชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรม การประเมินคุณภาพชีวิตต้องประเมินตามกรอบแนวคิดซึ่งมีการใช้แนวคิดที่ศึกษาแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการศึกษา โดยต้องมีการประเมินที่ครอบคลุมมิติต่าง ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลมากที่สุด

จากการศึกษาของ ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา (2559) ได้แบ่งการประเมินคุณภาพชีวิตเป็น 2 ประเภท ตามลักษณะของข้อมูลที่จะทำการศึกษา ดังนี้

1. การประเมินเชิงคุณภาพ (Qualitative measurement) เป็นการศึกษาในมุมมองของกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาด้วยการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกจากความคิด ความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีการชี้แนะจากผู้ศึกษา ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปใช้พัฒนากรอบแนวคิดใหม่ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้

2. การประเมินเชิงคุณลักษณะ (Quantitative measurement) เป็นการวัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ตามที่ผู้ศึกษาได้กำหนดไว้ เพื่อเลือกวัดและการใช้แบบประเมินที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิด แบบประเมินที่ใช้เป็นแบบวัตถุวิสัย (Objective measurement) คือเป็นการประเมินผลกระทบของความพิการในระดับของความบกพร่องด้านร่างกายและความสามารถในการทำกิจกรรม และการประเมินทางด้านจิตพิสัยที่ประเมินผลกระทบของความพิการต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม

เกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิตของ United Nations Educational Scientific and Cultural Organization [UNESCO] (1980) แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. ด้านวัตถุวิสัย (Objective) เป็นการประเมินที่แสดงถึงภาวะทางกายภาพ ลักษณะเหตุการณ์ พฤติกรรมหรือลักษณะของบุคคลซึ่งตัดสินใจโดยบุคคลอื่น หรือด้วยตนเองจากข้อมูลที่เป็นจริง โดยอาศัยข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

2. ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินด้วยตนเอง ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (World health organization quality of life brief-Thai [WHOQOLBREFTHAI]) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเชิงจิตพิสัย ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการแสดงความรู้สึกที่มีความสำคัญกับตัวผู้ที่ถูกประเมินเอง ได้ดีที่สุดจึงเลือกใช้ WHOQOLBREFTHAI โดยเครื่องมือสามารถวัดคุณภาพชีวิตได้ในกลุ่มประชากรที่มีวัฒนธรรมที่แตกต่างกันได้ มีความครอบคลุมทั้งแนวคิดและแนวทางการประเมินหลายอย่างรวมกัน ซึ่งมีมาตรฐานมากกว่าเครื่องมืออื่น ๆ

ส่วนการนำเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกมาใช้ในประเทศไทยนั้น ในปี พ.ศ. 2540 สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ได้พัฒนาแบบวัดเพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิต โดยรวมของด้านวัตถุวิสัยและจิตวิสัยที่ปรับปรุงและพัฒนาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาอังกฤษ (World health organization quality of life brief-Thai [WHOQOL-BREF-1996]) เป็นฉบับภาษาไทย (World health organization quality of life brief-Thai [WHOQOL-BREF-THAI-1997]) ให้มีความครอบคลุมทั้งแนวความคิด แนวทางการประเมิน ที่มีมาตรฐานและได้นำไปใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ ประกอบด้วยคำถาม ที่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตทั้งด้านวัตถุวิสัย และจิตวิสัย โดยที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินระดับความพึงพอใจ และการรับรู้สถานะของตนเองในขณะนั้นตามองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการประเมินของผู้สูงอายุจะแสดงถึงระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรไทยที่สื่อสาร รู้เรื่องทั้งชายและหญิง อายุ 16-87 ปี และได้รับความเชื่อมั่นของเครื่องมือในทุกกลุ่มอายุจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น .84

จากการศึกษาของ สุนุตตรา ตะบุญพงศ์, วันดี สุทธิรังสี และพัชรียา ไชยลังกา (2544) ได้ใช้แบบประเมินคุณสมบัติแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลกในกลุ่มผู้สูงอายุไทย เพื่อประเมินความเหมาะสมในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะบริบทสังคมวัฒนธรรมไทย โดยการทดสอบความเที่ยง ความสอดคล้องภายใน และความตรงเชิงโครงสร้าง ผลการวิเคราะห์ความเที่ยง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง และระดับสูง จากแบบวัดทั้งฉบับ 25 ข้อ การวิเคราะห์ความคงที่ภายใน พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์คอนบาร์คแอลฟา ของแบบวัดด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ มีค่าเท่ากับ .89 ($p < .001$) ซึ่งอยู่ในระดับสูง สำหรับความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบสามารถสื่อความหมาย และสะท้อนมิติต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิตได้ จึงมีความเชื่อมั่นว่า WHOQOL-BREF-THAI มีความเหมาะสมในการใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ (สุนุตตรา ตะบุญพงศ์ และคณะ, 2544)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้รับความสนใจและถูกนำมาศึกษาอย่างกว้างขวาง เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นเป้าหมายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก (The World Health Quality of Life, 2003) ซึ่งผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีคุณค่าได้รับการตอบสนองความต้องการในการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีและให้สามารถพึ่งพิงตนเองได้

จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในต่างประเทศและในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามบริบทต่าง ๆ ดังการศึกษาของ Baernholdt et al. (2012) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างความต้องการและพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันตามมิติต่าง ๆ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า ปัญหาด้านความจำ มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และพบว่ากิจกรรมทางกายมีความเชื่อมโยงกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ส่วนการดูแลสุขภาพที่ดีมีความเชื่อมโยงกับความผาสุกทางอารมณ์ด้วย ซึ่งผลการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Rodrigues et al. (2017) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าและภาวะโรคร่วมมีความเกี่ยวข้องกับระดับคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่ำของผู้สูงอายุ ($p < .001$) แต่ระดับคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่ดี (ร้อยละ 51.8) หรือการศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ ดังการศึกษาของ อนันตยา ซื่อตรง และทัศนาศูวรรณะปกรณ (2559) ที่ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Rector, Kubo, and Cohn (1987) และมีการใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่มีความจำเพาะของโรคกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.8 และพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ เพศ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและพบว่า ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ($R^2 = 0.503, p < .05$)

ส่วนการศึกษากิจกรรมของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ดังเช่นการศึกษาของ มุทิตา วรรณชาติ และคณะ (2558) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง โดยใช้แนวคิด Precede-Proceed model มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารอบแนวคิดในการวิจัยและใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตโดยรวม

อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 52.2 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ได้แก่ อายุ รายได้ และความสามารถในการดูแลตนเอง ($p < .05$) ปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ได้แก่ ระยะเวลาในการเข้าถึงการบริการสุขภาพ ($p < .05$) และปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว ($p < .05$) และปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง มี 5 ปัจจัย ได้แก่ อายุ ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเรื้อรัง สัมพันธภาพในครอบครัวและรายได้ โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้ ร้อยละ 37.4 สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen and Chen (2017) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในประเทศไต้หวัน พบว่า ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 58.30 และพบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้ ($R^2 = .049, p < .001$) ในส่วนการศึกษาวัดคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังนั้น Cella and Nowinski (2002) ได้เสนอแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health-related quality of life [HRQOL]) และพบว่ามีการพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อโรคเรื้อรังและการได้รับการรักษามากยิ่งขึ้น

ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นอกจากมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และบทบาททางสังคมแล้ว การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอาจส่งผลต่อทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุได้ ความเสื่อมทางด้านร่างกายนี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพ มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และปัญหาทุพพลภาพระยะยาวทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้กลายเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองลดลง ต้องมีคนคอยดูแลตลอดเวลา ขาดความเป็นอิสระในการดูแลตนเอง และต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการทำกิจกรรมประจำวัน และการดำรงชีวิตในครอบครัว หรือในชุมชน (ชญาณิช ลือวานิช และคณะ, 2557) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เมื่อผู้สูงอายุสูญเสียความเป็นอิสระในการดูแลตนเองนั้นจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย

จากการศึกษาของ พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์ และคณะ (2559) พบว่า การที่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว หรือมีการเจ็บป่วยเรื้อรังจากความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด การติดเชื้อในระบบต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง

และต้องพึ่งพิงผู้อื่น โดยสมบูรณ์ ส่วนใหญ่เกิดจากประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลง มีข้อจำกัดหรือปัญหาด้านการเคลื่อนไหวจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะของโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่อาจเกิดจากอาการข้างเคียง หรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรคทำให้มีการบำบัดรักษาที่ยาวนานจนผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาวอีกด้วย ผลกระทบดังกล่าวอาจทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพิงผู้อื่นในระดับที่รุนแรงมากขึ้นได้ และจากการศึกษาของ พิศสมัย บุญเลิศ และคณะ (2559) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง มีโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 33.3 ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 8.58 ปี และมีระยะเวลาป่วยติดเตียง 2.58 ปี ปัญหาที่สำคัญคือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานยาที่ไม่เหมาะสมจากความเชื่อเรื่องการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง และการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ

จากการรายงานของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) พบว่าในผู้สูงอายุมีปัญหาด้านจิตใจที่สำคัญ คือ ความรู้สึกเหงา ร้อยละ 51.2 (นงนุช โอบะ, 2558) ซึ่งอาจเกิดจากระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุลดลง และความรู้สึกที่ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นตามความต้องการ ประกอบกับความรุนแรงของโรคทำให้เกิดความไม่สุขสบายจนไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้เหมือนเดิมทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำลง และพบว่าผู้สูงอายุที่ใช้ระยะเวลารักษาที่ยาวนานนั้นต้องมีการปรับตัวกับโรคที่เป็นอาจทำให้มีความเบื่อหน่ายได้ (Kuboshima et al., 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชดา อุ่นแก้ว และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (2558) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสจะมีภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว และพบว่าผู้สูงอายุบางรายจะมีความรู้สึกไม่อยากרבกวนบุตรหลานในการช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอาจได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม (วิไล ตาปะสี, ประไพพรรณ ด่านประดิษฐ์ และสินวลรัตน์วิจิตร, 2560) และถ้าหากบุตรหลานไม่เคารพความคิดเห็นของผู้สูงอายุอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกแตกแยกและอาจเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวเกิดขึ้นได้ เป็นต้น (รศพร เพียรรุ่งเรือง และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2558)

3. ด้านครอบครัว

การที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพของตนเองและต้องมีการพึ่งพิงในระดับสูงจัดเป็นภาระงานที่หนักและมีความซับซ้อนในการดูแลต้องมีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัว รวมไปถึงต้องใช้เวลาในการดูแลในแต่ละวันค่อนข้าง

ต่อเนื่องและยาวนาน ซึ่งอาจมีผลทำให้การดำเนินชีวิตไม่สะดวกของผู้ดูแลเกิดขึ้นได้ (พวงเพ็ญ เพือกสวัสดิ์ และคณะ, 2559) จากการศึกษาของ เขียวลักษณ์ ทวีกลีกรรม, ปริญญา ศรีธราพิพัฒน์ และมณีรัตน์ พรหมณี (2557) พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งแบบคู่ชีวิตสามีหรือภรรยา ร้อยละ 36.8 และเป็นบุตรหลาน ร้อยละ 34.2 จากบริบทของสังคมไทยที่เป็นลักษณะของระบบเครือญาติใกล้ชิด แต่ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอาศัยอยู่กับบุตรหลานลดลงและมีการอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสเพิ่มขึ้นเนื่องจากญาติหรือผู้ดูแลต้องไปทำงานนอกบ้านเพราะภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นหรือผู้ดูแลมีครอบครัวของตนเองที่ต้องดูแลเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับบทบาทการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ การมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ (วิชัย เสนอชุ่ม, พงศนิรันดร์ สุฤทธิ, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และ ธนัช กนกเทศ, 2554) นอกจากนี้ยังพบว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอาจเกิดการรับรู้ถึงความยากลำบากจากการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงที่ไม่พร้อม หรือไม่มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโดยตรง ตลอดจนความรู้สึกที่เกี่ยวกับความเป็นอิสระของตนเอง ความเป็นส่วนตัวและการเข้าสังคมลดลงจากการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่การงานอาจทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพของผู้ดูแลตามมา (พวงเพ็ญ เพือกสวัสดิ์ และคณะ, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของ Rocha and Pacheco (2013) ที่พบว่า ภาวะความเครียดหรือความกดดันของผู้ดูแลในสถานการณ์ของการดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพิงมีความสัมพันธ์ทางลบและส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุด้วย

4. ด้านเศรษฐกิจและสังคม

สถานการณ์ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปัจจุบัน พบว่าการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจทำให้ผู้สูงอายุเป็นภาระต่อการดูแลเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิมทำให้ขาดรายได้จากการถูกลดบทบาทหรือเกษียณอายุส่งผลให้ผู้ดูแลเป็นผู้รับผิดชอบในการหารายได้ให้เพิ่มเพื่อมาเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมไปถึงระยะเวลาในการรักษาหรือการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่ยาวนานทำให้ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นด้วยและพบว่าภาระเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอาจขาดคนดูแลจนเกิดเป็นภาระของสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนต่อไป (วิไล ตาปะสี และคณะ, 2560) นอกจากนี้ยังพบว่าสมาชิกในครอบครัวอาจมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ การมีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ส่วนกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น ภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในครอบครัวสมาชิกต้องช่วยกันรับผิดชอบแบ่งเบาภาระซึ่งกันและกัน จากภาวะการดังกล่าว

สะท้อนให้เห็นว่า การตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น จะต้องได้รับการสนับสนุนจากทางสังคมร่วมด้วย (พวงเพ็ญ เพือกสวัสดิ์ และคณะ, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชัย เสนอชุ่ม และคณะ (2554) พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐมีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทการดูแลและการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรม ระดับของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องหลายประการ ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยต่าง ๆ ที่คาดว่าจะร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 5 ปัจจัย ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธภาพในครอบครัว ดังนี้

ภาวะสุขภาพ

สุขภาพ เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ของ โครงสร้างทางร่างกายที่สมบูรณ์ และการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยภาวะสุขภาพของบุคคลมีความเป็นองค์รวมที่ผสมผสานกันของ โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสภาพความเป็นอยู่ในสังคมของตนเองที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง (Orem, 1991) ในการส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง ไม่มีการพึ่งพิงผู้อื่น

Orem (1991) ได้กล่าวว่า ภาวะสุขภาพแสดงถึงข้อมูลเกี่ยวกับ โครงสร้าง และหน้าที่ของมนุษย์ในขณะนั้นว่าเป็นปกติ หรือมีระดับความรุนแรงของโรคเป็นอย่างไร และภาวะสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำกิจกรรม ในกรณีที่บุคคลถูกจำกัดจากพยาธิสภาพของโรค การรักษา การได้รับการฟื้นฟูสภาพ รวมไปถึงการขาดความรู้ ความตระหนักถึงอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของบุคคลในการตอบสนองความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ และนอกจากนี้ ภาวะสุขภาพยังแสดงถึงพัฒนาการที่ต่อเนื่องเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองอีกด้วย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายภาวะสุขภาพตามแนวคิดของ Orem (1991) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเน้นให้เห็นว่า ความสามารถหรือความเป็นอิสระในการทำหน้าที่ของ โครงสร้างของร่างกายผู้สูงอายุที่มีความสมบูรณ์ได้โดยปราศจากอาการ และอาการแสดงของโรค

ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มต่าง ๆ พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละคนมีความแตกต่างกัน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพและการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานที่นำไปสู่การควบคุมการเคลื่อนไหวด้านร่างกายที่ลดลงและข้อจำกัดด้านร่างกายในการทำกิจกรรมประจำวัน (Chen & Chen, 2017) ซึ่งปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง คือ ปัญหาการเจ็บป่วยเฉียบพลันจากอาการกำเริบหรือภาวะแทรกซ้อนจากหลาย ๆ โรค เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคอัมพฤกษ์หรืออัมพาต โรคถุงลมโป่งพอง ข้อเสื่อม เป็นต้น (ชวลีกร คำนุทธศิลป์ และสุรินทร กลัมพากร, 2554) จากการศึกษาของ พวงเพ็ญ เพื่อกสวัสดิ์ และคณะ (2559) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในจังหวัดสุราษฎร์ธานีมีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.67 มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 70.19 และพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการฟุ้งฟิงผู้อื่น โดยสมบูรณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชญานิศ ลือวานิช และคณะ (2557) ที่พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ในกลุ่มติดบ้านเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้มีปัญหากล้ามเนื้อ แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรงหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะกระดูกพรุน โรคหัวใจ รวมไปถึง การบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มทำให้เกิดผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ซึ่งการเจ็บป่วยเหล่านี้มีผลทำให้ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุมีความเสื่อมโทรมลงทั้งการดูแลและการฟื้นฟูสภาพ ต้องใช้เวลานานจนอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาจนไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองได้ จนต้องพึ่งพิงญาติและอุปกรณ์ช่วยเหลือต่าง ๆ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีการศึกษาของ Chen and Chen (2017) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียหรือการมีปัจจัยที่ทำให้เกิดความพิการหรือไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง 5 ประการ ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย การได้รับสารอาหาร การคิดรู้ สัมพันธภาพทางสังคมและภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจะมีความเสี่ยงมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่นด้วย นอกจากนี้ผู้สูงอายุอาจเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการกำเริบหรือได้รับความรุนแรงจากอาการเจ็บป่วยนั้น ๆ แล้วยังทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคส่งผลกระทบต่อสภาพทางอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุด้วย ซึ่งผลจากภาวะสุขภาพเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันด้วย (Ramos, Lopes, Mendes, Parreira, & Fonseca, 2017) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hongthong, Somrongthong, and Ward (2015) ที่พบว่า การเจ็บป่วยในปัจจุบันของผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบมากที่สุด และพบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพในปัจจุบันมีผลทำให้คุณภาพชีวิต

ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี โดยผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยหรือโรคเรื้อรัง ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งเฟิง ที่มีความเสื่อมของร่างกายส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองย่อมลดลง ยิ่งมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพไม่ดี นอกจากนั้นยังพบว่า เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพไม่ดียังส่งผลกระทบต่อบทบาททางสังคมและคุณภาพชีวิตในด้านสัมพันธภาพทางสังคมอีกด้วย ดังการศึกษาของ Hawton et al. (2011) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีจากความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและการทำกิจกรรมประจำวัน ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะแยกตัวจากสังคมจนขาดบทบาทที่เคยมีในสังคมย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งเฟิงนั้นนอกจากต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่น ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมแล้ว ระดับภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันอาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแตกต่างกันได้ และหากมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีย่อมทำให้การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งเฟิงอยู่ด้วยความยากลำบากส่งผลให้คุณภาพชีวิตแย่ลงอีกด้วย หรือการที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งเฟิงมีภาวะสุขภาพที่ดีจะส่งผลให้ความพึงพอใจด้านร่างกายของผู้สูงอายุมีแนวโน้มดีขึ้นส่งผลให้มีการดูแลสุขภาพของตนเองไปในทางที่ดีย่อมส่งผลกระทบต่อามีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (Ramos et al., 2017)

ดังนั้น ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพมีผลต่อประสิทธิภาพในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ดังการศึกษาของ Lee, Ko, and Lee (2006) ที่พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .489, p < .001$) และการศึกษาของ ชูดิเดช เจริญคอน และคณะ (2554) พบว่า ภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.226, p < .001$) สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านร่างกายได้ ร้อยละ 30.5 ($R^2 = 0.314, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร ทองดี และคณะ (2555) ที่พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.77, p < .01$) และการศึกษาของ Chen and Chen (2017) ที่พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมจะทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและการฟุ้งเฟิงผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -0.609, p < .01$) ดังนั้น ภาวะสุขภาพจึงน่าจะมี ความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Chokkanathan & Mohanty, 2017)

การประเมินภาวะสุขภาพ

การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินว่าบุคคลนั้น ๆ มีสุขภาพดีหรือไม่ดี ซึ่งขึ้นอยู่กับ การให้ความหมายและการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนเอง การประเมินภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนกว่าการประเมินภาวะสุขภาพวัยอื่น ๆ และดัชนีที่สามารถนำมาวัด สุขภาพทางกายของผู้สูงอายุในชนบทควรประกอบด้วย อาการที่เกิดขึ้นในรอบ 1 เดือน โรคเรื้อรัง และการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุด้วย ซึ่งในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุสามารถ ประเมินได้จากภาวะสุขภาพทางด้านกายภาพ และการประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของ ผู้สูงอายุเอง ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพทางกายภาพ ได้แก่ การตรวจร่างกายตามระบบ การตรวจ อาการและอาการแสดงที่ผิดปกติของร่างกาย ความดันโลหิตสูง ชีพจร อัตราการหายใจ น้ำหนักตัว และการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ เช่น การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ อุจจาระ การตรวจ รังสี เป็นต้น (พนิชฐา พานิชชีวะกุล, 2537)

2. การประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ โดยใช้แบบวัดภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นการ รวบรวมความคิดของบุคคลเพื่อใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพทั่วไปของตนเองตามความเป็นจริง ที่จะบ่งบอกถึงความสนใจต่อตนเองและทำให้บุคคลมีความเอาใจใส่ต่อการดูแลตนเองตามไปด้วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุมีหลากหลาย ทั้งการวัดการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพโดยทั่วไป หรือการรับรู้ เกี่ยวกับสุขภาพทั้งในอดีต ปัจจุบันและอนาคต นอกจากนั้นยังมีการประเมินภาวะสุขภาพตาม การรับรู้ของผู้ป่วยโรคนั้น ๆ อีกด้วย (อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, 2543)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพของ อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2543) ซึ่งแบบสัมภาษณ์นี้เป็นคำถามที่เกี่ยวกับภาวะของร่างกายและอาการที่เกิดขึ้นจากการ เปลี่ยนแปลงของร่างกายในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ผู้พัฒนาแบบสัมภาษณ์ ภาวะสุขภาพนี้ได้มีการทบทวนตำราและเอกสารต่าง ๆ และมีแนวคิดที่ภาวะสุขภาพที่ดี คือ การมีอาการของความเจ็บป่วยน้อยที่สุดและความสามารถทำหน้าที่ของร่างกายในการตอบสนอง ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป โดยมีข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ มีการให้คะแนน เป็นมาตรฐานค่า ตั้งแต่ 1-3 คะแนน

ความสามารถในการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง เป็นหน้าที่ของบุคคลในการทำหน้าที่ต่อตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งการ มีสุขภาพดีโดยการดูแลตนเองต้องเน้นถึงสิทธิของบุคคลและความสามารถในการที่จะเลือกปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ ดังนั้น เพื่อให้สอดคล้องกับการรักษาการทำหน้าที่ของบุคคลตามระยะของ

การเจริญเติบโตและพัฒนาการ ความต้องการที่เฉพาะเจาะจงตามภาวะสุขภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) บุคคลจึงต้องมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ต้องอาศัยความรู้ พลังอำนาจ หรือความสามารถของบุคคลในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับสติปัญญา อารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับความรู้ เจตคติ ค่านิยม ความเชื่อตามบริบทของบุคคลนั้น สิ่งเหล่านี้เป็นพื้นฐานของบุคคลในการแสดงความสามารถในการทำกิจกรรมต่อไปในอนาคต (Orem, 1991)

Orem (1991) ได้ให้ความหมายของความสามารถในการดูแลตนเองว่า เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกในการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไปของบุคคล มีการกระทำอย่างสม่ำเสมอและการกระทำที่คงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีของตนเอง จากโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองที่ต้องประกอบด้วย ความสามารถที่จะกระทำอย่างจริงจัง โดยมีคุณสมบัติในการเชื่อมโยงการรับรู้และการกระทำเพื่อการดูแลตนเองแล้วยังต้องมีความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมกระบวนการในการดำเนินชีวิตของบุคคล คงไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่ทางร่างกายของบุคคลและเพื่อส่งเสริมความผาสุกในชีวิต

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายความสามารถในการดูแลตนเองตามแนวคิดของ Orem (1991) โดยที่บุคคลจะมีความสามารถในการดูแลตนเองนั้นต้องมีปัจจัยพื้นฐานทั้งจากภายในและภายนอก ซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคมวัฒนธรรมระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สภาพแวดล้อมและแหล่งประโยชน์ ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองเป็นแนวคิดที่สำคัญในการวัดความสามารถในการดูแลตนเองที่มุ่งเน้นตามความต้องการการดูแลตนเองได้อย่างชัดเจน (Orem, 1991)

จากคำจำกัดความดังกล่าว ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสำคัญต่อการแสดงออกของพฤติกรรมในการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้กระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกในชีวิต ซึ่งต้องอาศัยการวิเคราะห์ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมและพอเพียง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (จันทร์จิรา อยู่วัฒนา, ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ และพรนภา หอมสินธุ์, 2560)

ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นสิ่งสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในการควบคุมโรคเรื้อรังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (1991) ที่กล่าวถึง ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ริเริ่มจริงจังและมีเป้าหมายในการปฏิบัติเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุกในชีวิต โดยใช้ความสามารถหรือศักยภาพที่มีอยู่และพบว่า ระดับความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น (มุกิตา วรรณชาติ และคณะ, 2558)

โดยในผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปจะมีระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุกลุ่มอื่น (Kaur, Kaur, & Thapar, 2015) จะเห็นได้ว่า เมื่ออายุมากขึ้น สถิติปัญญาจะเสื่อมถอยลงตามวัยทำให้พลังความสามารถในการควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ลดลงทำให้การใช้กระบวนการทางความคิดอย่างมีเหตุผลในการตัดสินใจปฏิบัติการดูแลตนเอง ลดลงตามไปด้วยส่งผลให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพิงผู้อื่นย่อมส่งผลให้การ ดำเนินชีวิตเป็นไปด้วยความยากลำบากและส่งผลต่อการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไปลดลง เช่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน ความสามารถในการจดจำ ความคิด รวมไปถึงความสามารถในการแสดงบทบาทหน้าที่ ของผู้สูงอายุและการมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ๆ ในครอบครัวหรือในชุมชน จากสาเหตุดังกล่าวทำให้ ผู้สูงอายุต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากกว่าปกติ สอดคล้องกับ การศึกษาของ Luthy, Cedraschi, Allaz, Herrmann, and Ludwig (2015) ที่พบว่า เมื่อผู้สูงอายุมี ความรู้สึกว่าตนเองเรี่ยวแรงน้อยลง กำลังถดถอย ความสามารถในการมองเห็นลดลง มีความกังวล ง่ายและมีความกลัว การหกล้ม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ลดลง การดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไปและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและถ้า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูงเนื่องจากผู้สูงอายุรู้ว่าสภาพร่างกายมีความ เสื่อมตามวัยและต้องมีการดูแลสุขภาพของตนเองจะทำให้ผู้สูงอายุมีความพยายามที่จะพัฒนา ความสามารถในการดูแลตนเองให้เพิ่มขึ้น (Sharoni et al., 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า มีปัจจัย บางประการที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ดังการศึกษาของ Hizmetli, Tel, Tel, and Yildirim (2012) ที่ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองกับระดับ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากโรคและความปวด ซึ่งเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ลดลง คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจึงลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sharoni et al. (2015) ที่ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่า คะแนน ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์กับการได้รับการ สนับสนุนทางสังคม และพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวจะได้รับการสนับสนุนจาก คนในครอบครัวทำให้ระดับการพึ่งพิงสูงขึ้น แต่ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานนั้น พบว่า ผู้สูงอายุ จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อจัดการความรุนแรงของ โรคด้วยตนเอง

มากกว่า ทั้งนี้ ความสามารถในการดูแลตนเองยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านอื่น ๆ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา โรคเรื้อรัง (Sundsl, Soderhamn, Espnes, & Soderhamn, 2012; Sharoni et al., 2015; เพ็ญประภา ไสวดี, ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ และพรนภา หอมสินธุ์, 2559) การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความพึงพอใจในชีวิต (Mohammadi, Alavi, Bahrami, & Zandieh, 2017) เป็นต้น ส่วนการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตพบในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ ดังจากการศึกษาของ วารี กังใจ (2541) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($r = 0.35, p < .001$) และการศึกษาของ ชิวสา ลิวัธนะ, แสงอรุณ อิศระมาลัย และช่อลัดดา พันธุเสนา (2551) ที่ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่าระดับความสามารถในการดูแลตนเองและระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีและความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .59, p < .01$) และการศึกษาของ มุกิตา วรรณชาติ และคณะ (2558) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ($r = 0.326, p < .001$) และสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05, R^2 = 0.317$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เอมอร แสงศิริ และคณะ (2558) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = 0.378, p < .01$) เป็นต้น

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า ปัญหาการมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองของผู้สูงอายุ เนื่องจากความสามารถในการทำหน้าที่ของโครงสร้างของร่างกายของผู้สูงอายุที่เสื่อมถอยลง ภาวะ โรคเรื้อรังต่าง ๆ ปัญหาจากสภาพจิตใจและด้านสังคม มีผลทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุลดลง ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตทั่วไปของผู้สูงอายุ (เอมอร แสงศิริ และคณะ, 2558) ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยและมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง บางรายมีพฤติกรรมการดูแลที่ไม่เหมาะสม บางรายขาดทักษะในการตัดสินใจในการดูแลตนเองอย่างมีเป้าหมายส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความสามารถในการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดภาวะคุกคามของโรคหรือต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น ดังนั้น ความสำคัญของความสามารถในการดูแลตนเอง โดยที่ผู้สูงอายุสามารถควบคุมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองจะส่งผลให้ผู้สูงอายุประสบความสำเร็จในการดำเนินประจำวันอย่างอิสระให้ได้มากที่สุดและลดการพึ่งพิงผู้อื่นให้มากที่สุดและมีการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป (Hizmetli et al., 2012)

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นการประเมินเพื่อให้ทราบถึงพฤติกรรมการแสดงถึงศักยภาพของผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามความจำเป็นอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในการมีสุขภาพที่ดี (มุกิตา วรรณชาติ และคณะ, 2558)

จากการทบทวนวรรณกรรม มีการใช้เครื่องมือเพื่อประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย สำหรับการศึกษาวิจัย ครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเองของ วารี กังใจ (2541) ที่แปลจากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง The Appraisal of Self-Care Agency scale [ASA scale] ของ Evers et al. (1986) ที่พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเองที่จำเป็น

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุตามแนวคิดของ Rosenberg (1965) หมายถึง การรับรู้ต่อความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในของผู้สูงอายุที่เกี่ยวกับการยอมรับตนเอง มีความเคารพนับถือในตนเอง มีความเชื่อถือและมั่นใจว่าตนเองมีความสำคัญ เป็นการประเมินตนเองทั้งด้านบวกและด้านลบ

Uccelli, Traversa, and Ponsio (2016) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นที่แสดงถึงคุณภาพของการปรับตัวเพื่อให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมหรือการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนั้นทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ทั้งเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว กระบวนการตัดสินใจและความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่ส่งผลต่อความรู้สึกสิ้นหวัง ตลอดจนการแสดงถึงความสามารถในการจัดการต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ และการเปลี่ยนแปลงบทบาทในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงมีความสำคัญต่อกระบวนการปรับตัวของผู้สูงอายุต่อการเปลี่ยนแปลงของตนเองที่จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความผาสุกในชีวิต ความพึงพอใจหรือสุขภาพของตนเองโดยที่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุ แต่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุจะลดลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านสภาพทางจิตใจของผู้สูงอายุเอง นอกจากนี้ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมก็มีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคล เช่นเดียวกัน

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นรากฐานของภาวะสุขภาพจิต สังคมและการแสดงออกของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและ

จิตใจที่เป็นไปในทางที่เสื่อมลงตามวัย (Veni & Merlene, 2017) ดังการศึกษาของ Blanes, Carmagnani, and Ferreira (2009) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้อื่นจะส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kuboshima et al., (2016) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่พึ่งพิงผู้อื่นด้านการทำกิจวัตรประจำวันจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง เนื่องจากผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าสูญเสียการควบคุมความสามารถของตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีการอ่อนแรงครึ่งซีกของ Lourenco, Blanes, and Salome (2014) ที่พบว่า มีภาวะแทรกซ้อนจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว คือ การเกิดแผลกดทับ ซึ่งส่งผลกระทบต่อไม่เพียงแต่ด้านร่างกาย แต่ยังรวมไปถึงการตอบสนองต่อการรับรู้จากความรู้สึกสูญเสียและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากผู้ป่วยที่อ่อนแรงครึ่งซีกมีการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตัวเอง และต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นระยะเวลานาน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการช่วยเหลือหรือต้องพึ่งพิงผู้อื่น นอกจากต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และภาวะสุขภาพที่ทรุดโทรมกับความไม่เป็นอิสระในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองแล้ว บุคคลนั้นต้องเผชิญต่อความรู้สึกของตนเองที่ต้องเกิดการยอมรับตนเองต่อการสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย และบทบาททางสังคมอื่น ๆ และการเผชิญต่อการรับรู้การตอบสนองความรู้สึกของบุคคลอื่น ๆ ที่แสดงถึงการยอมรับในตัวผู้สูงอายุด้วย ซึ่งจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงตามวุฒิภาวะสิ่งแวดล้อม และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้สูงอายุด้วย (สุพรรณยา แสงพระจันทร์, จินห์จุฑา ชัยเสนา, ภัทร เสงอุคมทรัพย์ และเวทิส ประทุมศรี, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังการศึกษาของ ชูติเดช เจียมดอน และคณะ (2554) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกาย ($r = 0.416, p < .001$) และด้านจิตใจ ($r = 0.390, p < .001$) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ได้ร้อยละ 30.59 ($R^2 = 0.314, p < .001$) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 21.5 ($R^2 = 0.222, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Uccelli et al., (2016) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.6, p < .001$) และการศึกษาของ Tavares et al. (2016) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.534, p < .001$)

การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นการประเมินความคิดของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง ทั้งลักษณะทางกายภาพ ความสามารถ และการปฏิบัติกิจกรรม สภาพทางอารมณ์ และความมุ่งหวังที่ผู้สูงอายุได้กำหนดไว้ สามารถประเมินได้ ดังนี้

1. การซักถามและการสังเกตจากพฤติกรรมจากผู้ถูกวัด ซึ่งเป็นการสังเกตลักษณะคำพูดเกี่ยวกับตนเองด้านลบ (Negative self-talk) หรือลักษณะที่แสดงออกทางพฤติกรรม

2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยใช้กราฟ (Graphic description of self-esteem) ของ Makay and Gaw (1975) โดยประเมินความแตกต่างระหว่างตัวตนของเราที่เป็นอยู่กับตัวตนของเราที่ควรจะเป็น และตัวตนของเราในอนาคต

3. การใช้แบบสอบถามให้ผู้ถูกวัดประเมินถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เช่น แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ วารี กังใจ (2541) เนื่องจากเป็นแบบสัมภาษณ์ที่วัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ถูกวัด ซึ่งมีความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือในระดับสูง และมีความน่าเชื่อถือ

ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกทางลบต่อตนเอง ทำให้มีการแสดงออกไปในทางที่ถดถอยทั้งทางด้านอารมณ์ที่แสดงด้วยสีหน้าเศร้า เฉยชา เงิบขริม หรือการแสดงอารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย การแสดงออกด้านความคิด โดยมีความคิดเชิงข้อ่า ไม่มีสมาธิ มีความคิดอยากตาย ความคิดและการตัดสินใจแย่ง การแสดงออกทางกาย มีอาการทางกาย เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดเรื้อรัง นอนไม่หลับ ตื่นเร็วหรือบางรายอาจหลับมากเกินไปและการแสดงออกทางพฤติกรรม โดยมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นแย่งทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง มีการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายได้ (นริสา พงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557) โดยสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อสัญญาณประสาทจากการที่มีอายุสูงขึ้น หรือสาเหตุทางกายภาพอื่น ๆ ได้แก่ โรคประจำตัวที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง การใช้ยาบางชนิดหรือสาเหตุทางจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกโกรธ มีภาวะสมองเสื่อม สูญเสียความจำ และจากสาเหตุทางสังคม ได้แก่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น ลูกหลาน พ่อแม่ คู่สมรส หรือเพื่อนผู้ใกล้ชิด ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าเหว่ แยกตัวออกจากสังคม รวมไปถึงการขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น (นริสา พงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557)

การวิจัยครั้งนี้ ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุมีการตอบสนองของอารมณ์ต่อความรู้สึกที่จิตใจหม่นหมอง หดหู่ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ต่ำหนืดตนเอง มีความคิดต่อตนเองเป็นลบ (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979)

ภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง

ผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายที่เสื่อมถอยลง ทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง และบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป (จิราพร ทองดี และคณะ, 2555) จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ต้องประสบภาวะฟุ้งฟิงในหลาย ๆ ด้านทั้งภาวะฟุ้งฟิงด้านร่างกาย ภาวะฟุ้งฟิงด้านสังคมและจิตใจ ภาวะฟุ้งฟิงด้านเศรษฐกิจ และภาวะฟุ้งฟิงด้านภาวะสุขภาพที่มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุเป็นเวลานาน ย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะทางอารมณ์ สภาพจิตใจของผู้สูงอายุจนเกิดความรู้สึกไร้คุณค่า วิตกกังวล เครียด และเกิดอารมณ์เศร้าได้ โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอาจส่งผลให้อาการเจ็บป่วยทางกายที่มีอยู่ในปัจจุบันมีอาการแย่ลงหรือหากผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยทางกายก็อาจส่งผลให้อาการของภาวะซึมเศร้ามีมากขึ้น ซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Chen & Chen, 2017) และภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุยังเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุได้ (Blazer & Hybels, 2005; Chen & Chen, 2017) ส่วนการศึกษาของ Mehta, Desale, Kakrani, and Bhawalkar (2016) พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงปานกลางมากที่สุด โดยพบว่าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องฟุ้งฟิงด้านเศรษฐกิจและสังคม เป็นกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป มีการศึกษาในระดับต่ำ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งสาเหตุเหล่านี้นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ามีผลกระทบต่อเชิงลบ โดยตรงกับคุณภาพชีวิต และการศึกษาที่เชื่อว่าความเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคเรื้อรังหลาย ๆ โรค ที่มีลักษณะอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรงจะมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ ดังการศึกษาของ Sivertsen, Bjorklof, Engedal, Selbak, and Helvik (2015) พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นส่วนหนึ่งของโรคร่วมที่พบในผู้สูงอายุและมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต และการศึกษาของ Minac and Feng (2016) ยังพบว่า ระดับการฟุ้งฟิงที่เพิ่มขึ้นจะทำให้อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นด้วย โดยเมื่อผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพไม่ดีจะ使人ไม่สามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีระดับการฟุ้งฟิงรุนแรงเพิ่มมากขึ้น และพบว่าภาวะซึมเศร้าอาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุไม่สนใจการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง อีกต่อไปและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ในที่สุด (Salman & Khattri, 2016) ดังเช่นการศึกษาของ Oros et al. (2016) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมอง ($r = -0.303, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Rodrigues et al. (2017) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคร่วมเรื้อรังที่ต้องดูแลรักษายาวนานจะมีผลต่อระดับของการฟังฟังและความเป็นอิสระในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุจนเกิดภาวะซึมเศร้าย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ และการศึกษาของ Lu et al. (2017) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในประเทศจีนมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -0.63, p < .01$) และสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ($R^2 = 0.55, p < .01$) และการศึกษาของ Chen and Chen (2017) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ($r = -0.420, p < .05$) จึงกล่าวได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่สำคัญและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Trajkov et al., 2018)

การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสำคัญ เพื่อเป็นการประเมินและคัดกรองระยะเริ่มต้นของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ การประเมินอาจประเมินโดยการสังเกตจากผู้อื่นหรือประเมินโดยใช้วิธีการประเมินตนเอง

สำหรับในประเทศไทยได้มีการพัฒนาและนำเครื่องมือการประเมินภาวะซึมเศร้ามาใช้ในผู้สูงอายุที่หลากหลาย สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย ซึ่งเป็นแบบวัดที่กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (Train the brain forum Thailand) ใช้ต้นแบบจากแบบวัดความเศร้า (Geriatric depression screening [GDS]) ของ Yesavage et al. (1983) (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537)

สัมพันธภาพในครอบครัว

ครอบครัว เป็นพื้นฐานของสถาบันทางสังคมที่มีความสัมพันธ์และมีความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดและเป็นสังคมหน่วยแรกที่มีมนุษย์ประสบและเป็นหน่วยของสังคมที่มีความคงทน ซึ่งความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ พ่อแม่พี่น้องที่ให้ความรัก ความใกล้ชิดสนิทสนม การเอาใจใส่เลี้ยงดูทำให้เกิดการขัดเกลาทางสังคม (จิราพร ชมพิกุล, ปราณิ สุทธิสุขนซ์, เกรียงศักดิ์ ชื้อเลื่อม และคุณิ คำมี, 2552) จากทฤษฎีระบบครอบครัวของ Friedman, Bowden, and Jones (2003) กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัว ประกอบด้วย การให้ความเคารพ การแสดงความดูแลเอาใจใส่ การใช้เวลาเพื่อทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวทั้งในบ้านและนอกบ้าน สัมพันธภาพในครอบครัวจึงเป็นการรับรู้ของผู้สูงอายุถึงลักษณะพฤติกรรมภายในครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวแสดงออกถึงความผูกพัน ความรัก ความนับถือ และการแสดงออกถึงความใกล้ชิดทางอารมณ์หรือการแสดงพฤติกรรมที่ดีและการอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข (Friedman et al., 2003)

สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นส่วนหนึ่งของแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้สูงอายุและเป็นส่วนสำคัญต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุด้วยเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ มีความไว้วางใจในการรับความช่วยเหลือต่อการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน และมีความมั่นใจการจัดการปัญหาในชีวิตที่เกิดขึ้น (Nazari et al., 2016) และพบว่าความสามารถในการจัดการด้านสุขภาพ รายได้ และกิจกรรมทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงอายุนั้นจะขึ้นอยู่กับ การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์อันดีต่อกันในการดูแลเอาใจใส่ให้ความช่วยเหลือ ตลอดจนการได้รับคำปรึกษาที่ดี (Harkirat, Harleen, & Mahalingam, 2015)

สัมพันธภาพในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุมีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้สูงอายุจะใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวมากกว่าสังคมอื่นในช่วงบั้นปลายของชีวิตและต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและบทบาททางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ทั้งการได้รับความรู้สึกผูกพันที่มีต่อกัน และการได้รับความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน หรือการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ รวมไปถึงความกตัญญูต่อกันที่ถูกหลานได้กระทำเพื่อตอบแทนบุญคุณผู้สูงอายุ (อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, 2543) และพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ดีได้ ซึ่งหากได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวที่เพียงพอก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ และจิตใจที่มั่นคง มองโลกในแง่ดีทำให้สามารถเผชิญปัญหาและจัดการปัญหาได้ด้วยความมั่นใจ และปรับตัวได้อย่างเหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ (จิราพร ชมพิกุล และคณะ, 2552)

ที่ผ่านมา มีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีการศึกษาถึงโครงสร้างและบทบาทของครอบครัวในการสนับสนุน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังการศึกษาของ Harkirat et al. (2015) พบว่า ผู้สูงอายุต้องพึ่งพิงบุคคลใกล้ชิดซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวด้านเศรษฐกิจการเงินเท่ากับ ร้อยละ 78.9 และพึ่งพิงด้านความต้องการพื้นฐานในชีวิตประจำวันเท่ากับ ร้อยละ 81.7 และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ($r = 0.58, p < .01$) และการศึกษาเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังจากการศึกษาของ ชุตติเดช เกียนดอน และคณะ (2554) ที่พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกาย ($r = 0.324, p < .001$) และด้านจิตใจ ($r = 0.366, p < .001$) และการศึกษาของ ชลกร ศิรวรรณนะ (2556) ที่พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($r = 0.132, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ มุกิตา วรรณชาติ

และคณะ (2558) ที่พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ($r = 0.224, p < .001$) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้ ($R^2 = 0.342, p < .05$) และการศึกษาของ อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข และคณะ (2560) ที่พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ($r = 0.414, p < .001$) และการศึกษาของ Lu et al. (2017) พบว่า ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($r = 0.40, p < .01$) และสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ($R^2 = 0.55, p < .01$)

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าสัมพันธภาพในครอบครัวแสดงถึงคุณภาพของการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัวและแสดงถึงความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตของผู้สูงอายุอีกด้วย ซึ่งหากสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีก็จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมจนเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวและถูกทอดทิ้งย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Couto, Castro, & Caldas, 2016) ดังนั้น ถ้าผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีจะมีความพึงพอใจในชีวิตมาก เนื่องจากทำให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพิงและระบายความรู้สึกกับบุคคลในครอบครัวได้ โดยไม่ต้องหวาดระแวงบุคคลอื่น ๆ ตลอดจนทำให้เกิดความไว้วางใจว่าตนเองจะได้รับการดูแลที่ดีจากครอบครัวด้วย และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย (เกศินี จุฑาวิจิตร, วันเพ็ญ แววีรคุปต์, กรวรรณ สุวรรณสาร และนิภาพรรณ เจนสันติกุล, 2557)

การประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว

การประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องการศึกษาถึงความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีการแสดงออกด้านการได้รับการเคารพ การแสดงความใส่ใจ การทำกิจกรรมร่วมกัน การช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุได้รับ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัวของ อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2543) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีระบบครอบครัวของ Friedman et al. (2003) มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองจากบุคคลในครอบครัว ในด้านการแสดงความเคารพ การแสดงความใส่ใจ การทำกิจกรรมร่วมกันและการแสดงความผูกพันใกล้ชิด

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นที่ศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและคาดว่าจะสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้ ผู้วิจัยจึงเห็นว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะสามารถนำไปหาแนวทาง

ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ความเหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนต่อไป



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชายอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่มีภูมิลำเนาในชุมชนจังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้รับการคัดกรองสมรรถภาพเชิงปฏิบัติ โดยใช้แบบคัดกรองข้อมูลผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จากรายงานทะเบียนแบบสะสมจำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ เขตบริการสุขภาพที่ 10 จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2560 มีคะแนนระหว่าง 5-11 คะแนน จำนวน 3,794 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการคัดกรองสมรรถภาพเชิงปฏิบัติและมีคะแนนระหว่าง 5-11 คะแนน ที่ได้จากการสุ่มจากประชากรที่ศึกษา โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ ไม่มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของการรู้คิด ประเมิน โดยใช้แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา ได้คะแนน 15 คะแนนขึ้นไป

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power ซึ่งเป็น โปรแกรมที่พัฒนามาจากพื้นฐานของ Power analysis โดยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .15 (Cohen, 1977) ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ลดการเกิดความคลาดเคลื่อนแบบที่ 1 และความคลาดเคลื่อนแบบที่ 2 ช่วยเพิ่มอำนาจการทดสอบทางสถิติ และกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 92 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างจากประชากรโดยใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability sampling) ด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยได้เลือกอำเภออุทุมพรพิสัย เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากร โดยพิจารณาจากความหนาแน่นของประชากร เศรษฐกิจ ความสะดวกของการคมนาคม เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่มีลักษณะครอบคลุมประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งจังหวัด เนื่องจากอำเภออุทุมพรพิสัยเป็นอำเภอที่มีลักษณะสังคมผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันตามเขตแต่ละพื้นที่ มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงใน 3 อันดับแรกของจังหวัด

อำเภออุทุมพรพิสัย ประกอบด้วยองค์กรส่วนท้องถิ่น จำนวน 20 ตำบล โดยมีการแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 2 เขตตามลักษณะการปกครองส่วนท้องถิ่นและความเจริญตามเกณฑ์ที่กรมการปกครองได้แต่งตั้ง ดังนี้

1.1 เทศบาลตำบล 5 แห่ง ได้แก่ เทศบาลตำบลกำแพง เทศบาลตำบลสระกำแพงใหญ่ เทศบาลตำบลเต้ เทศบาลตำบลโคกจาน เทศบาลตำบลอุทุมพรพิสัย (ในเขตเทศบาลตำบลกำแพงบางส่วน) มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 56 คน

1.2 องค์การบริหารส่วนตำบล 15 แห่ง ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลอิหล่า องค์การบริหารส่วนตำบลก้านเหลือง องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งไชย องค์การบริหารส่วนตำบลลำโรง องค์การบริหารส่วนตำบลแหมม องค์การบริหารส่วนตำบลหนองไฮ องค์การบริหารส่วนตำบลชะยุง องค์การบริหารส่วนตำบลตาเกษ องค์การบริหารส่วนตำบลหัวช้าง องค์การบริหารส่วนตำบลรังแร้ง องค์การบริหารส่วนตำบลเข้ องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ชัย องค์การบริหารส่วนตำบลปะอ่าว องค์การบริหารส่วนตำบลหนองห้าง องค์การบริหารส่วนตำบลโคกหล่าม มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 208 คน

ขั้นตอนที่ 2 คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละเขตตามสัดส่วนของประชากรใน

อำเภออุทุมพรพิสัย โดยคำนวณจากสูตร
$$n_i = \frac{N_i \times n}{N} = \frac{N_i (92)}{264}$$

กำหนด n_i แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละตำบล

n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ศึกษา เท่ากับ 92 คน

N_i แทน จำนวนประชากรในแต่ละตำบล

N แทน จำนวนประชากรทั้งหมด เท่ากับ 264 คน

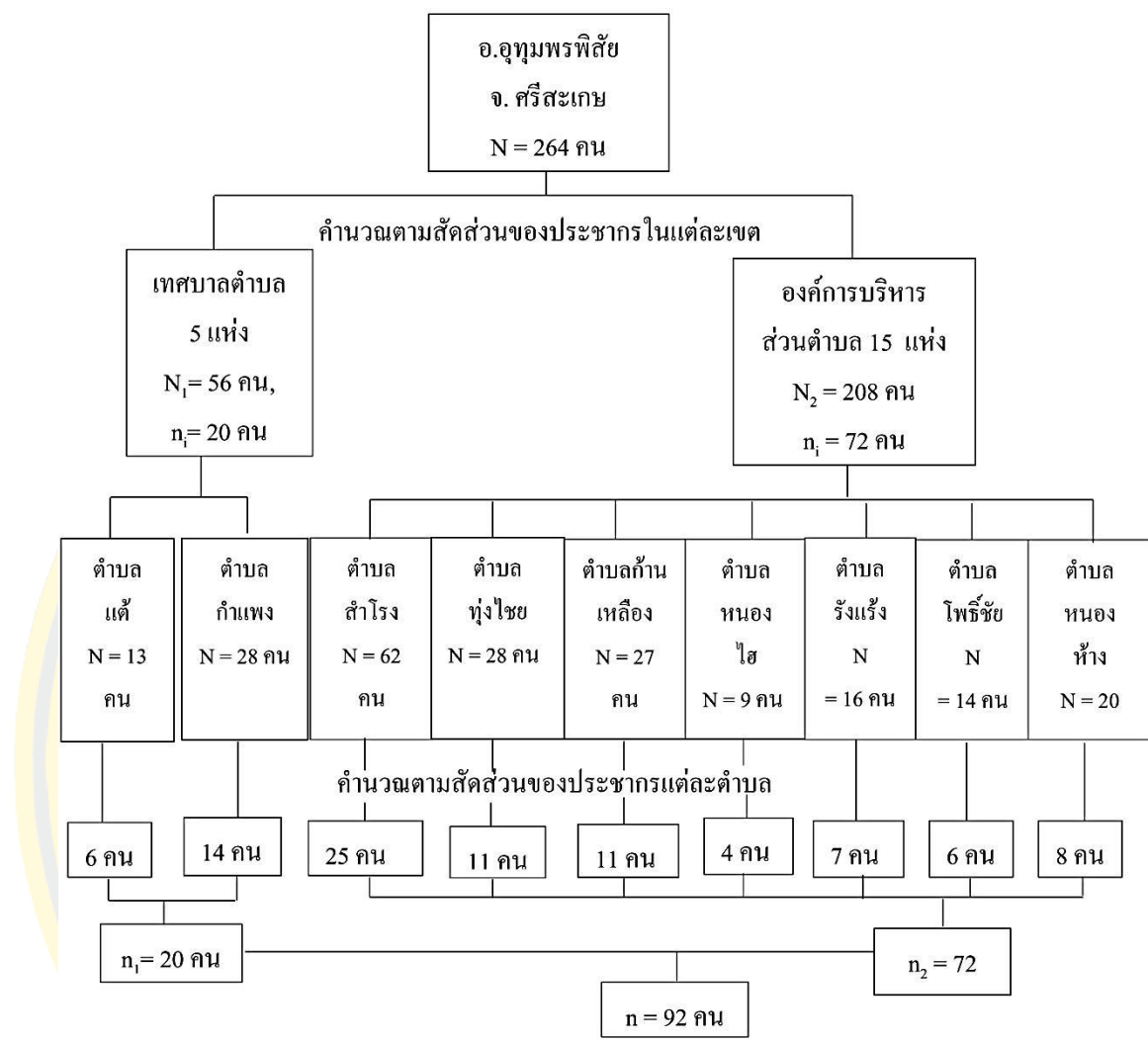
ได้จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้ เทศบาลตำบล จำนวน 20 คน และองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 72 คน

ขั้นตอนที่ 3 เลือกตำบลจากแต่ละเขตการปกครองในขั้นตอนที่ 2 มาร้อยละ 50 ของเขตพื้นที่ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราการ, 2553) ด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย ได้เทศบาลตำบลจำนวน 2 แห่ง ได้แก่ เทศบาลกำแพง และตำบลเต้ มีประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 41 คน และองค์การบริหาร

ส่วนตำบล จำนวน 7 แห่ง ได้แก่ ตำบลทุ่งไชย ตำบลลำโรง ตำบลหนองไฮ ตำบลรังแร้ง ตำบล
ก้านเหลือง ตำบลหนองห้าง และตำบลโพธิ์ชัย มีประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 176 คน

ขั้นตอนที่ 4 คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละตำบลคิดตามสัดส่วนของประชากร
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละตำบลที่สุ่มได้ ได้ดังนี้ เทศบาลตำบล ได้แก่ ตำบลกำแพง จำนวน
14 คน และตำบลเต้ จำนวน 6 คน คน และองค์การบริหารส่วนตำบล ได้แก่ ตำบลทุ่งไชย จำนวน
11 คน ตำบลลำโรง จำนวน 25 คน ตำบลหนองไฮ จำนวน 4 คน ตำบลรังแร้ง จำนวน 7 คน
ตำบลก้านเหลือง จำนวน 11 คนตำบลหนองห้าง จำนวน 8 คน และตำบลโพธิ์ชัย จำนวน 6 คน

ขั้นตอนที่ 5 สุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตามจำนวนที่ระบุไว้ในขั้นตอนที่ 5 โดยสุ่มรายชื่อ
ผู้สูงอายุจากทะเบียนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองสมรรถภาพเชิงปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลแต่ละตำบลด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement)
จนครบ 92 คน



ภาพที่ 2 การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula mental test) แบบทดสอบนี้พัฒนาขึ้นโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) เป็นแบบทดสอบที่มีค่าความเชื่อถือได้และมีความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ดี มีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 83 ถึง 100 และมีค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 90 ถึง 94 ซึ่งมีความน่าเชื่อถือและเหมาะสมในการจำแนกผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมออกจากผู้สูงอายุปกติได้ ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด

13 ข้อหลัก และ 19 ข้อคำถามย่อย ซึ่งมีเกณฑ์การพิจารณาให้ค่าคะแนน คือ ตอบคำถามถูกต้องเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิดได้คะแนน 0 คะแนน

การแปลผลคะแนน คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุด เท่ากับ 19 คะแนน การแปลผลว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะใช้คะแนนจุดตัดที่ 15 คือ ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไป ถือว่าเป็น ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาด้านความจำ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 7 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัวอื่น ๆ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล และสถานบริการสุขภาพที่ใช้บริการ

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพของ อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2543) ที่พัฒนาตามแนวคิดของ Orem (1991) แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นการประเมินความสามารถในการเดินและการมองเห็น ส่วนที่ 2 เป็นการประเมินเกี่ยวกับภาวะของร่างกายและอาการต่าง ๆ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน มีข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ มีการให้คะแนน ตั้งแต่ระดับ 1 -3 คะแนน ดังนี้

- 1 หมายถึง มีอาการมาก
- 2 หมายถึง มีอาการน้อย
- 3 หมายถึง ไม่มีอาการเลย

แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 23-69 คะแนน ค่าคะแนนที่ต่ำ หมายถึง มีภาวะสุขภาพดี (อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, 2543)

แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่านและผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.97 และแบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพนี้มีการกำหนดขอบเขตการประเมินภาวะสุขภาพเฉพาะทางกาย เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนกับการประเมินของตัวแปรอื่นที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ด้วย (อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, 2543)

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเอง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเองของวาริ กังใจ (2541) ที่แปลจากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองที่พัฒนาโดย Evers et al. (1986) แบบสัมภาษณ์นี้มีข้อความ 24 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การพิจารณาเลือกตอบ มีดังนี้

5	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุมากที่สุด
4	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุพอสมควร
3	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุปานกลาง
2	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุเล็กน้อย
1	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกผู้สูงอายุเลย

แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเองมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 24-120 คะแนน ค่าคะแนนที่สูง หมายถึง ระดับของความสามารถในการดูแลตนเองที่สูง (วาริ กังใจ, 2541)

แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเองนี้ วาริ กังใจ (2541) ได้ทำการแปลและผ่านการหาค่าความเที่ยงกับผู้สูงอายุ จำนวน 20 ราย โดยวิธีสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาครอนบาค เท่ากับ .84

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ วาริ กังใจ (2541) ที่ได้แปลจากแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (Rosenberg's self-esteem scale) มีข้อความทั้งหมด 10 ข้อ โดยเป็นคำถามที่มีความหมายทางบวก 5 ข้อ และคำถามที่มีความหมายทางลบ 5 ข้อ การให้คะแนนเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนน จาก 1 = ไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย ถึง 5 = รู้สึกเช่นนั้นเกือบตลอดเวลา ดังนี้

ไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย	คือ	เมื่อท่านไม่เคยรู้สึกตรงตามข้อนั้นเลย
รู้สึกเช่นนั้นน้อยมาก	คือ	เมื่อท่านรู้สึกตรงตามข้อความนั้นนานๆ ครั้ง หรือน้อยครั้ง
รู้สึกเช่นนั้นบางครั้ง	คือ	เมื่อท่านรู้สึกตรงตามข้อความนั้นเป็นบางครั้ง
รู้สึกเช่นนั้นบ่อยครั้ง	คือ	เมื่อท่านรู้สึกตรงตามข้อความนั้นอยู่บ่อยครั้ง
รู้สึกเช่นนั้นเกือบหมด	คือ	เมื่อท่านรู้สึกตรงตามข้อความนั้นเกือบตลอดเวลา

การให้คะแนนแบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีทั้งข้อความที่เป็นไปได้ในด้านบวกและด้านลบ การให้คะแนนจึงขึ้นอยู่กับข้อความนั้น ๆ ดังนี้

ระดับความเห็น	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
	คะแนน	คะแนน
ไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย	1	5
รู้สึกเช่นนี้น้อยมาก	2	4
รู้สึกเช่นนี้บางครั้ง	3	3
รู้สึกเช่นนี้บ่อยครั้ง	4	2
รู้สึกเช่นนี้เกือบหมด	5	1

การแปลผลคะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 10 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 50 คะแนน คะแนนยิ่งสูง หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง (วาริ กังใจ, 2541)

แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนี้ วาริ กังใจ (2541) ได้ทำการแปลและนำไปหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 20 ราย เพื่อตรวจสอบความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาครอนบาค เท่ากับ .80

ชุดที่ 5 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai geriatric depression scale) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาโดย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537 อ้างถึงใน นิพนธ์ พงวารินทร์, 2534) (Train the brain forum Thailand) ได้รวมกลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุพยาบาลจิตเวชศาสตร์และนักจิตวิทยาทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย มาประชุมกันเพื่อพัฒนาแบบคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนหรือในคลินิกผู้สูงอายุ โดยใช้ต้นแบบจากแบบวัดความเศร้า (Geriatric depression screening [GDS]) ของ Yesavage et al. (1983) และได้เรียบเรียงคำถามขึ้นใหม่ในบางหัวข้อ เพื่อให้เกิดความชัดเจนและเข้าใจง่ายสำหรับผู้สูงอายุไทย มีข้อคำถาม 30 ข้อ การให้คะแนนเป็นแบบ ใช่ ไม่ใช่ (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537)

การคิดคะแนน ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนน

คะแนน 0-12 คะแนน หมายถึง มีภาวะปกติ

คะแนน 13-18 คะแนน หมายถึง มีความเศร้าเล็กน้อย (Mild depression)

คะแนน 19-24 คะแนน หมายถึง มีความเศร้าปานกลาง (Moderate depression)

คะแนน 25-30 คะแนน หมายถึง มีความเศร้ารุนแรง (Severe depression)
แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้านี้ ได้รับความทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วย
สูตร KR-20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) มีค่าความเชื่อมั่นรวม เท่ากับ .93

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัวของ อุไรวรรณ
ชัยชนะวิโรจน์ (2543) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีระบบครอบครัวของ Friedman
et al. (2003) ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองจากบุคคล
ในครอบครัวในด้านการแสดงความรัก การแสดงความใส่ใจ การทำกิจกรรมร่วมกัน และ
การแสดงความรู้สึกผิดใจ ให้คะแนนเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|---|---------|---|
| 1 | หมายถึง | ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความจริงเลย |
| 2 | หมายถึง | ข้อความในประโยคตรงกับความเป็นจริงบ้างเล็กน้อย |
| 3 | หมายถึง | ข้อความในประโยคตรงกับความจริงเพียงปานกลาง |
| 4 | หมายถึง | ข้อความในประโยคตรงกับความเป็นจริงเป็นส่วนใหญ่ |
| 5 | หมายถึง | ข้อความในประโยคตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด |

ข้อคำถามจะเป็นประโยคที่แสดงความรู้สึกทั้งในด้านบวกและด้านลบ จำนวน 16 ข้อ
เป็นคำถามด้านบวก 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14 และ 15 ด้านลบ 5 ข้อ ได้แก่
ข้อ 3, 4, 10, 13 และ 16 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	คำถามทางบวก (คะแนน)	คำถามทางลบ (คะแนน)
1	1	5
2	2	4
3	3	3
4	4	2
5	5	1

แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัวมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 16-80 คะแนน

แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัวนี้ ได้รับการตรวจความตรงตามเนื้อหา
โดยผู้ทรงคุณวุฒิและตรวจสอบความเที่ยง โดยวิธีสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha
coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาครอนบาค เท่ากับ .78 (อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์,
2543)

ชุดที่ 7 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย ซึ่ง สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ (2540) แปลมาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (World health organization quality of life assessment-brief [WHOQOL-BRIEF]) มีข้อคำถาม 26 ข้อ มีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 23 ข้อ และมีข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ จำนวน 3 ข้อ แต่ละข้อจะมีคำตอบเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 (ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด) ซึ่งมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

- 1 = ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก
- 2 = เล็กน้อย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ หรือรู้สึกแย่น้อย
- 3 = ปานกลาง หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพึงพอใจระดับกลาง หรือรู้สึกแยระดับกลาง ๆ
- 4 = มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจ หรือรู้สึกดี
- 5 = มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพึงพอใจมาก รู้สึกดีมาก

การแปลผล มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 26-130 คะแนน เมื่อรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนรวมแล้ว สามารถนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด (สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ, 2540) ดังนี้

- คะแนน 26 -60 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี
- คะแนน 61 -95 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง
- คะแนน 96 -130 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตระดับดี

เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทยได้รับการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงเนื้อหาของเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต 0.92 และตรวจสอบความเที่ยง โดยวิธีสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาครอนบาค เท่ากับ .95 (สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ, 2540)

เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทยนี้ ได้ถูกนำไปประเมินความเหมาะสมในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในบริบทสังคมและวัฒนธรรม

ไทย โดย สุนุตตรา ตะบูนพงส์ และคณะ (2544) ผลการทดสอบความเที่ยง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ สัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง และระดับสูงจากแบบวัดทั้งฉบับ 25 ข้อ การวิเคราะห์ความคงที่ ภายใน พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์คอนบราคแอลฟาของแบบวัดด้วยข้อคำถาม จำนวน 25 ข้อ มีค่า เท่ากับ .89 ($p < .001$) ซึ่งอยู่ในระดับสูง สำหรับความตรงเชิงโครงสร้าง ด้วยการวิเคราะห์ องค์ประกอบสามารถสื่อความหมาย และสะท้อนมิติต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิตได้ จึงมีความเชื่อมั่นว่า WHOQOL-BREF-THAI มีความเหมาะสมในการใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ (สุนุตตรา ตะบูนพงส์ และคณะ, 2544))

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาและการตรวจสอบความเที่ยง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคลให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความเหมาะสม ถูกต้องและชัดเจน แล้ว นำมาปรับแก้ไขตามคำแนะนำ สำหรับแบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ความสามารถ ในการดูแลตนเอง แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุของไทย แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต เป็นเครื่องมือที่ผ่านการ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่ได้ดัดแปลง ผู้วิจัยจึง ไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก

2. การตรวจหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เมื่อผู้วิจัยได้รับการอนุญาตให้ใช้ เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแล ตนเอง แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุของไทย แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างและ ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงกับ .66, .79, .71, .86, .71 และ .90 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. เล่าโครงการวิทยานิพนธ์ที่ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการได้จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเมื่อวันที่ 11 มิถุนายน พ.ศ. 2561 (รหัส 04-05-2561)

2. ในขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน ระยะเวลาของการวิจัยและประโยชน์ของการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ อธิบายให้เข้าใจว่าการเข้าร่วมในการศึกษารั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่ก็ได้ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการวิจัยหรือยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาผู้วิจัยทำการเก็บเป็นความลับ มีการนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม โดยไม่ได้ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลผลการวิจัยจะนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยในครั้งนี้นี้เท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมแล้ว ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล โรงพยาบาลอุทุมพิสัย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลในพื้นที่
2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งรายชื่อและที่อยู่ของผู้สูงอายุ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ และนัดเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขอความร่วมมือจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการนัดหมายผู้สูงอายุ
3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุที่บ้านตามรายชื่อที่สุ่มได้ จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมนำไปยินยอมในการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างได้ลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือในใบพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อแสดงความประสงค์ว่ายินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ แล้วสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามและคำตอบ

ให้ผู้สูงอายุฟังทีละข้อ พร้อมทั้งบันทึกคำตอบที่ผู้สูงอายุตอบในแบบสัมภาษณ์ ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาที

4. หลังจากการสัมภาษณ์เสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ ถูกต้องของแบบสัมภาษณ์ และนำมาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

5. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างไปที่ละรายจนครบ 92 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัวอื่น ๆ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล และสถานบริการสุขภาพที่ใช้บริการ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

2. คะแนนของคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน วิเคราะห์โดยการแสดงจำนวน การหาค่าเฉลี่ย และค่าร้อยละ

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จากปัจจัยที่คัดสรร ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกรู้สึกรู้ค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Standard multiple regression)

ข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Multiple regression ดังนี้ (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551)

3.1 ตัวแปรต้นและตัวแปรตามต้องมีการกระจายแบบปกติ (Normal distribution) และเป็นข้อมูลเชิงปริมาณมีระดับการวัดเป็นมาตราส่วน

3.2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเพียงพอต่อการศึกษา

3.3 ความแปรปรวนของตัวแปรตามในทุก ๆ ค่าของตัวแปรต้นต้องเท่ากัน

(Assumption of homoscedasticity)

3.4 ตัวแปรอิสระทั้งหมดต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง หรือไม่เกิด

(Multicollinearity)

3.5 ตัวแปรต้นแต่ละค่าต้องเป็นอิสระจากกัน หรือค่าความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์มีการแจกแจงแบบปกติ และเป็นอิสระต่อกัน หรือไม่เกิด Autocorrelation

3.6 ไม่มี Outlier

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธภาพในครอบครัวในชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 92 คน ระหว่างวันที่ 16 กรกฎาคม ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2561 ผู้วิจัย นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบการบรรยาย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัวอื่น ๆ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล และสถานบริการสุขภาพที่ใช้บริการ แสดงไว้ในตารางที่ 1

ส่วนที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน แสดงไว้ในตารางที่ 2

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแสดงไว้ในตารางที่ 3

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน แสดงไว้ในตารางที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลหลัก และสถานบริการสุขภาพที่ใช้บริการ แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 92)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	30	32.6
หญิง	62	67.4
อายุ ($M = 80.13$ ปี, $SD = 7.451$)		
60-69 ปี	10	10.8
70-79 ปี	29	31.6
80 ปีขึ้นไป	53	57.6
สถานภาพสมรส		
โสด	6	6.5
คู่	31	33.7
หม้าย	55	59.8
ศาสนา		
พุทธ	92	100
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	5	5.4
ประถมศึกษา	87	94.6
รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน	57	62.0
5,000-10,000 บาท/เดือน	33	35.8
10,000 บาทขึ้นไป	2	2.2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มี	27	29.3
มี	65	70.7
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
อยู่ตามลำพัง	10	10.9
2 คน	19	20.6
3 คนขึ้นไป	63	68.5
ผู้ดูแลหลัก		
ไม่มี	5	5.4
คู่สมรส	19	20.7
บุตรชาย/ บุตรสาว	53	57.6
หลาน/ เหลน	13	14.1
พี่สาว/ น้องสาว หรือพี่ชาย/ น้องชาย	2	2.2
สถานบริการสุขภาพที่ใช้บริการ		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	45	48.9
โรงพยาบาลอำเภอ	35	38.1
โรงพยาบาลจังหวัด	12	13.0

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.4 อยู่ในช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 57.6 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 80.13 ปี ($SD = 7.45$) มีสถานภาพสมรสหม้าย ร้อยละ 59.8 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 94.6 มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 62 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.7 สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีจำนวน 3 คนขึ้นไป ร้อยละ 68.5 ผู้ดูแลหลักเป็นบุตรชาย/ บุตรสาว ร้อยละ 57.6 สถานบริการสุขภาพที่ใช้บริการ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 48.9 รองลงมา คือ โรงพยาบาลประจำอำเภอ ร้อยละ 38.1

ส่วนที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต (n = 92)

คุณภาพชีวิต	ระดับดี		ระดับปานกลาง		ระดับไม่ดี	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านร่างกาย ($M = 21.14, SD = 4.43$)	9	9.8	61	66.3	22	23.9
ด้านจิตใจ ($M = 21.20, SD = 3.15$)	30	32.6	60	65.3	2	2.1
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($M = 12.63, SD = 2.34$)	67	72.8	24	26.1	1	1.1
ด้านสิ่งแวดล้อม ($M = 31.30, SD = 3.96$)	57	62.0	34	36.9	1	1.1
ภาพรวม ($M = 92.61, SD = 12.43$)	41	44.6	51	55.4	0	0

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.4 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 92.61 ($SD = 12.43$) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตเป็นรายด้าน พบว่า ด้านสัมพันธภาพทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 72.8 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.63 ($SD = 2.34$) ด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.0 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 31.30 ($SD = 3.96$) ส่วนด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.3 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.14 ($SD = 4.43$) และด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.3 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.20 ($SD = 3.15$)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธภาพในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน แสดงดังตารางที่ 4-3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนาย กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงในชุมชน (n = 92)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ภาวะสุขภาพ	1				
2. ความสามารถในการดูแลตนเอง	.096	1			
3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	.042	.516**	1		
4. ภาวะซึมเศร้า	-.292**	-.461**	-.382**	1	
5. สัมพันธภาพในครอบครัว	-.064	.416**	.325**	-.365	1
6. คุณภาพชีวิต	.249**	.661**	.412**	-.555**	.428**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 3 พบว่า ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .249, .661, .412$ และ $.428$ ตามลำดับ) และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.555$)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

วิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณ (Standard multiple regression) ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ ได้แก่ ตัวแปรต้นและตัวแปรตามต้องมีการกระจายแบบปกติ (Normal distribution) และเป็นข้อมูลเชิงปริมาณมีระดับการวัดเป็นมาตราส่วน ตัวแปรอิสระทั้งหมดต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง หรือไม่เกิด Multicollinearity ค่าความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์มีการแจกแจงแบบปกติและเป็นอิสระต่อกัน (Independence) หรือไม่เกิด Autocorrelation ความแปรปรวนของตัวแปรตามในทุก ๆ ค่าของตัวแปรต้นต้องเท่ากัน (Assumption of homoscedasticity) และไม่มี Outlier ผลการทดสอบพบว่า ข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ โดยวิธี Standard multiple regression (ภาคผนวก ฉ) หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ผลดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธภาพในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (n = 92)

ตัวทำนาย	B	Beta
ภาวะสุขภาพ	.405*	.145*
ความสามารถในการดูแลตนเอง	.471***	.462***
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	.081**	.029**
ภาวะซึมเศร้า	-.531*	-.233*
สัมพันธภาพในครอบครัว	.215*	.150*
Intercept = 19.12, R = .74, R ² = .547, R ² adj = .521, F = (5, 86) = 20.796, Sig. of F < .01		

* = $p < .05$, ** = $p < .01$, *** = $p < .001$

จากตารางที่ 4 พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชน ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ($\beta = .145, p < .05$) ความสามารถในการดูแลตนเอง ($\beta = .462, p < .001$) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($\beta = .029, p < .01$) ภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.233, p < .05$) และสัมพันธภาพในครอบครัว ($\beta = .150, p < .05$) โดยพบว่าปัจจัยทั้ง 5 สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้ ร้อยละ 54.7 ($R^2 = .547, p < .01$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ จำนวน 92 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเอง แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติการถดถอยพหุคูณ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.4 อยู่ในช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 57.6 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 80.13 ปี ($SD = 7.45$) มีสถานภาพสมรสหม้าย ร้อยละ 59.8 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 94.6 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 62 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.7 สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีจำนวน 3 คนขึ้นไป ร้อยละ 68.5 ผู้ดูแลหลักเป็นบุตรชาย/บุตรสาว ร้อยละ 57.6 สถานบริการสุขภาพที่ใช้บริการ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 48.9 รองลงมา คือ โรงพยาบาลประจำอำเภอ ร้อยละ 38.1
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.4 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 92.61 ($SD = 12.43$) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตเป็นรายด้าน พบว่า ด้านสัมพันธภาพทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 72.8 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.63 ($SD = 2.34$) ด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.0 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 31.30 ($SD = 3.96$) ส่วนด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.3 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.14 ($SD = 4.43$) และด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.3 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.20 ($SD = 3.15$)
3. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธภาพ

ในครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้ ร้อยละ 54.7 ($R^2 = .547, p < .01$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ ดังนี้

1. การศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.4 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 92.61 ($SD = 12.43$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.3 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.14 ($SD = 4.43$) และระดับไม่ดี ร้อยละ 23.9 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่ง ร้อยละ 57.6 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 80.13 ($SD = 7.45$) ซึ่งมีลักษณะของช่วงวัยที่มีความเสื่อมตามกระบวนการสูงอายุ โดยส่วนใหญ่ มีโรคเรื้อรัง ร้อยละ 70.7 ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น ได้รับการดูแลรักษาเป็นระยะเวลานาน จนอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่นำไปสู่การพึ่งพิงในระดับที่รุนแรงมากขึ้นได้ จึงทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen and Chen (2017) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในประเทศไต้หวัน พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.30 เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านร่างกายทำให้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ลดลงได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของธาริน สุขอนันต์, สุภาวัลย์ จาริยะศิลป์, ทศนันท์ ทูมมานนท์ และปิยรัตน์ จิตรภักดี (2554) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี มีคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.2 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 93.76 และคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.51

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.3 ($M = 21.20, SD = 3.15$) และระดับดี ร้อยละ 32.6 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 80.13 ปี ($SD = 7.45$) เป็นผู้ที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมาเป็นระยะเวลานาน ผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมาในชีวิตมากกว่าวัยอื่น ๆ ทำให้การรับรู้และการปรับตัวด้านจิตใจและอารมณ์ตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสิ่งแวดล้อมไปในทางที่ดิ่งามมากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดีกว่า อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวที่มีสมาชิก 3 คนขึ้นไป ร้อยละ 68.5 ซึ่งเป็นครอบครัวขยาย ถึงแม้ว่าสถานภาพสมรสพบว่า ส่วนใหญ่เป็นหม้าย ร้อยละ 59.8 แต่กลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแลหลักเป็นบุตร ร้อยละ 57.6 ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตมีความสำคัญจากการได้รับการดูแลจากสมาชิก

ในครอบครัว และแสดงถึงความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตของผู้สูงอายุ และจากบริบทที่ศึกษา เป็นชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีสภาพแวดล้อมมีความมั่นคง ปลอดภัย และคุ้นเคยต่อ การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ เมื่อมีสภาพแวดล้อมที่ดีและสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว จะทำให้ผู้สูงอายุ มีอารมณ์และจิตใจที่มั่นคง มองโลกในแง่ดี สามารถเผชิญปัญหา และปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพได้ จึงทำให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟังอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ มุทิตา วรรณชาติ และคณะ (2558) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 51.9 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 46.2

คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 73 ($M = 12.63, SD = 2.34$) และระดับปานกลาง ร้อยละ 26 อธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสมาชิก ในครอบครัวที่มีสมาชิก 3 คนขึ้นไป ร้อยละ 68.5 และมีผู้ดูแลหลักเป็นบุตร ร้อยละ 57.6 กล่าวคือ ครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้สูงอายุและเป็นส่วนสำคัญ ต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุในวัยปลายจะใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว มากกว่าสังคมอื่น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุจะยังได้รับการช่วยเหลือและการเกื้อกูลจากสมาชิก ในครอบครัวเป็นอย่างดี เนื่องจากสังคมวัฒนธรรมไทยที่บุตรหลานต้องทำหน้าที่ในการดูแล บุพการี หรือการให้ความเคารพผู้สูงอายุ การดูแลเมื่อเจ็บป่วย หรือการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุตติเดช เจริญดอน และคณะ (2554) ที่พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงสถาน บริการสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้านได้เป็นอย่างดี คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 49 ถึงแม้จะมีโรคประจำตัวและมีความยากลำบากในเดินทาง แต่ก็ยังสามารถเข้าถึงการดูแลด้านสุขภาพ ปฐมภูมิได้ เนื่องจากการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี คือ ครอบครัว จึงทำให้คุณภาพชีวิต ด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางถึงดี สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชัย แสนชุ่ม และคณะ (2554) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการได้รับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 62 ($M = 31.30, SD = 3.96$) และระดับปานกลาง ร้อยละ 36.9 อธิบายได้ว่า บริบทที่ศึกษาเป็นชุมชนที่มีสภาพแวดล้อม และความเป็นอยู่เรียบง่ายแบบสังคมชาวพุทธ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ และถึงแม้จะพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 62 แต่รายได้ก็เพียงพอต่อการดำรงชีวิต เนื่องจากผู้สูงอายุไม่มีภาระหนี้สิน จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่มี 3 คนขึ้นไป ร้อยละ 68.5 รวมไปถึง สถานบริการสุขภาพที่ใช้บริการ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ร้อยละ 49 จึงทำให้การรับรู้ต่อความเป็นอยู่ของตนเองอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เพราะการมีสิ่งแวดล้อมที่ดี มีสิ่งอำนวยความสะดวกและใกล้สถานบริการทางสุขภาพทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น ถึงแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงบริบททางสังคมที่ความเป็นอยู่ของชนบทในปัจจุบันคล้ายคลึงเขตเมืองมากขึ้น แต่ผู้สูงอายุย่อมมีการรับรู้และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อมได้ดี จึงทำให้คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี

2. การศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธภาพในครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้ ร้อยละ 54.7 ($R^2 = .547, p < .01$) สามารถอภิปรายได้ดังนี้

2.1 ภาวะสุขภาพ สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้ ($\beta = .145, p < .05$) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค โดยโรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 64.4 และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($M = 60.19, SD = 4.30$) ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีสภาวะของร่างกายตามการรับรู้ของตนเองค่อนข้างดี และพบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ($r = .249, p < .01$) อธิบายได้ว่า กระบวนการสูงอายุที่เกิดขึ้นส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง และมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีความต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ รวมไปถึงการที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวด้วย (Chokkanathan & Mohanty, 2017) สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 ที่พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง อัมพาตอัมพฤกษ์ และมะเร็ง ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นภาวะการเจ็บป่วยที่ต้องพึ่งพิงผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร ทองดี, ดาราวรรณ รongเมือง และฉันทนา นาคฉัตรีย์ (2555) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ ($r = .77, p < .01$) จึงกล่าวได้ว่า การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทำให้ประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุลดลง บทบาททางสังคมลดลง ต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้นย่อมส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพจึงเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้

2.2 ความสามารถในการดูแลตนเองสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้ ($\beta = .462, p < .001$) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($M = 82.20, SD = 11.78$) และความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ($r = .661, p < .01$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในการแสดงพฤติกรรมและปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลพึงกระทำได้ด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตและการมีสุขภาพดี (Orem, 1991) ซึ่งสามารถดูแลตนเองได้ตามข้อจำกัดตามเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จึงทำให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพที่มีความยุ่งยากซับซ้อนของตนเองได้ภายใต้บริบทของตนเองตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ The World Health Organization Quality of Life Group (1998) อย่างไรก็ตาม ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีโรคประจำตัว แต่ก็ยังสามารถดูแลตนเองตามข้อจำกัดที่มี และถ้าหากมีระดับความสามารถในการดูแลตนเองที่สูงก็จะนำไปสู่ความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข และคณะ (2560) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่นมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.2 และความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ($r = .748, p < .001$) จึงกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่พึ่งพิงผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันจะทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อดูแลตนเองด้านสุขภาพลดน้อยลงด้วย จึงส่งผลกระทบต่อความผาสุกและการดำเนินชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเองจึงเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้

2.3 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้ ($\beta = .029, p < .01$) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ($M = 42.10, SD = 4.34$) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ($r = .412, p < .01$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายที่มีความเข้าใจความหมายและคุณค่าของตนเอง จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้สูงอายุที่ผ่านมาได้ กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีผู้ดูแลหลัก คือ บุตรหลาน ซึ่งได้รับความรัก ความเอาใจใส่และความเคารพนับถือทำให้ผู้สูงอายุมองตนเองว่ามีคุณค่าต่อบุตรหลานก่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ ตลอดจนการมีแหล่งประโยชน์ที่เพียงพอต่อรายได้ที่ได้รับ ไม่มีหนี้สิน มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า แสดงให้เห็นถึงการยอมรับ และรู้สึกพึงพอใจในตนเองจึงประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับ

การศึกษาของชุดิเดช เจียนคอน และคณะ (2554) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกาย ($r = 0.416, p < .001$) และด้านจิตใจ ($r = 0.390, p < .001$)

2.4 ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้ ($\beta = -.233, p < .05$) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ ($M = 9.64, SD = 5.28$) คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ($r = -.555, p < .01$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย คือ มีสมาชิกในครอบครัว 3 คนขึ้นไป ร้อยละ 68.5 และมีผู้ดูแลเป็นบุตร ร้อยละ 57.6 ซึ่งบริบทโครงสร้างทางด้านครอบครัวของพื้นที่ศึกษาเป็นชุมชนชนบท จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับการดูแล เอาใจใส่จากบุตรหลาน และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่มีหน้าที่หลักในการหารายได้มาจุนเจือครอบครัว เพราะคิดว่าตนเองแก่แล้ว บุตรหลานมีหน้าที่ในการดูแลบิดามารดาตามประเพณีของความกตัญญูทดแทนที่ต่อผู้มีพระคุณ รวมไปถึงการที่อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี สะดวก และปลอดภัยในการใช้ชีวิต จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Ibrahim, Kell, Adams, and Glaze (2013) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนของประเทศมาเลเซีย พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ($r = -.232, p < .01$) และคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ($r = -.362, p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lu et al. (2017) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -0.63, p < .01$) และสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ($R^2 = 0.55, p < .01$) ทั้งนี้ หากผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงมีภาวะซึมเศร้าอาจส่งผลให้มีการเจ็บป่วยทางกายแย่ลงได้ หรือหากมีการเจ็บป่วยทางกายก็อาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้น ได้ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ (Chen & Chen, 2017)

2.5 สัมพันธภาพในครอบครัวสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้ ($\beta = .150, p < .05$) ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างดี ($M = 54.91, SD = 8.41$) และสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ($r = .428, p < .01$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับดี ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการแสดงออกถึงความผูกพัน ความรัก ความเคารพนับถือต่อบุพการีไปในทางที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ มุกิตา วรรณชาติ และคณะ (2558) ที่พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ที่มีโรคเรื้อรัง ($r = 0.224, p < .001$) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้ ($R^2 = 0.342, p < .05$)

สรุปการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยทั้ง 5 ปัจจัย ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธภาพในครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้ ร้อยละ 54.7 ($R^2 = .547, p < .01$) อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมส่วนใหญ่ก่อนไปในทางที่ดี ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่ผ่านมา อาจเป็นเพราะการคัดกรองที่มีความคลาดเคลื่อนของระยะเวลาการคัดกรองเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้ผลการวิจัยนี้ มีความแตกต่างจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาได้ ทั้งนี้ ปัจจัยทั้ง 5 ปัจจัยยังมีความสำคัญต่อการตอบสนองความต้องการในการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี สามารถพึ่งพิงตนเองได้ตามบริบทของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จึงจำเป็นต้องมีแนวทางในการช่วยเหลือและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมาและเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงการดูแลตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพดี มีความรู้สึกสมคูลทางด้านอารมณ์และความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ยากลำบากในชีวิต ดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ด้วยความพึงพอใจ ลดภาวะพึ่งพิงที่รุนแรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรให้ความสนใจในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ควรมีการส่งเสริมในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพ โดยให้ความสำคัญในการรับรู้สภาพร่างกาย อารมณ์ และสุขภาวะต่าง ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมไปถึงการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและผู้ดูแล
2. ด้านจิตใจ ควรมีการส่งเสริมให้มีกิจกรรมในชุมชน หรือในครอบครัวเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ทั้งการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัว และการส่งเสริมให้มีการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็นในบทบาทสมาชิกในครอบครัวด้วย

4. ด้านสิ่งแวดล้อม ควรมีการส่งเสริมในการจัดกิจกรรมทั้งในครอบครัวและในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรับรู้ถึงความรู้สึกลับมั่นคง ปลอดภัย และเพื่อให้ชุมชนได้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

พยาบาลควรมีการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เน้นการส่งเสริมภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และลดภาวะซึมเศร้าเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี



บรรณานุกรม

- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. *สารศิริราช*, 46(1), 1-9.
- เกศินี จุฑาวิจิตร, วันเพ็ญ แววีร์คุปต์, กรวรรณ สุวรรณสาร และนิภาพรรณ เจนสันติกุล. (2557). ผู้สูงอายุและสัมพันธภาพในครอบครัว: ภาพสะท้อนจากวรรณกรรมไทย. *วารสารรวมคำแห่ง ฉบับมนุษยศาสตร์*, 33(1), 51-70.
- คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. เข้าถึงได้จาก <https://www.Rachakitcha.Soc.go.th>
- จินต์นิชา พงษ์ดี และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2558). ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองแบ่ง ตำบลหนองหญ้าปล้อง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน*, 3(4), 561-576.
- จินตนา อาจสันเทียะ และรัชณี ป้อมทอง. (2561). แนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21: ความท้าทายในการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 39-46.
- จิราพร ชมพิกุล, ปราณี สุทธิสุขนธ์, เกียรติศักดิ์ ชื้อล้อม และคุณิณี คำมี. (2552). *สัมพันธภาพในครอบครัวไทย*. นครปฐม: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราพร ทองดี, คาราวรรณ ร่องเมือง และฉันทนา นาคจัตริย์. (2555). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(3), 88-99.
- จิราภรณ์ ใจสบาย, พรสุข หุ่นนิรันดร์ และทรงพล ต่อนี่. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. *วารสารคณะพลศึกษา*, 14(1), 214-225.
- จันทร์จิรา อยู่วัฒนา, ชัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และพรนภา หอมสินธุ์. (2560). ปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(2), 69-81.
- จุฑาทิพย์ ออยจันทร์ศรี และอรสา กงตาล. (2553). *การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จุฬาลักษณ์ บาร์มี. (2551). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS*. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.

- ชญาณิช ลือวานิช, รัตนา ลือวานิช และจิตรา โรมินทร์. (2557). บริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และความต้องการของญาติผู้ดูแลสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของจังหวัดภูเก็ต. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 26(2), 73-85.
- ชมพูนุท กาบคำมา และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2557). ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและชาย. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 37(2), 71-81
- ชวลิต สวัสดิ์ผล, ชวิษฐ์ เฟื่องพินิจ, อัครเดช เสนานิกรณ และวาริ ศรีสุรพล. (2559). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย*, 5, 387-405.
- ชลกร ศิริวรรณ. (2556). การยอมรับตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในชุมชนกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเคหะชุมชนดินแดง กรุงเทพมหานคร. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 39(2), 80-94.
- ชุตติเดช เขียมคอน, นวรัตน์ สุวรรณพ่อง และฉวีวรรณ บุญสุยา. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 41(3), 229-239.
- ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์ และสุรินทร์ กลัมพากร. (2554). การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์, ฉบับพิเศษ*, 99-108.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, ละเอียด จารุสมบัติ, จารุฉัย รัตนมงคลกุล, วิรัตน์ โปะคะรัตน์ศิริ และเวทิส ประทุมศรี. (2553). ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 28(2), 57-76.
- เด่น นวลไธสง และสุภาภรณ์ สุดหนองบัว. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอน อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์, ฉบับพิเศษ*(11), 89-104.
- ทศิยา เทพขุนทอง และพ่องพรรณ อรุณแสง. (2559). ภาวะพึ่งพาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการหน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแผนกผู้ป่วยนอก. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 39(3), 75-85.
- ที่ทำการปกครองจังหวัดศรีสะเกษ. (2560). *ข้อมูลจังหวัดศรีสะเกษ*. เข้าถึงได้จาก <http://www.sisaket.nso.go.th>
- ธารินทร์ คุณยศยิ่ง, ลินจง โปธิบาล และทศพล คำผลศิริ. (2558). การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาระการดูแลการสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 42, 107-117.

- ธาริน สุขอนันต์, สุภาวัลย์ จาริยะศิลป์, ทศนันท์ ทูมมานนท์ และปิยรัตน์ จิตรภักดี. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 41(3), 241-249.
- ธิวาสา ลีวัธนะ, แสงอรุณ อิศระมาลัย และช่อลดา พันธุเสนา. (2551). การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(2), 141-150.
- นนุช เข้มวงษ์. (2557). คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 21(1), 37-44.
- นนุช โอบะ. (2558). สมรรถภาพทางสมองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชนบทไทย. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 9(1), 17-31.
- นภัสวรรณ ทรัพย์มา และใจไล สักดิ์วีรพงศ์. (2557). แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวในชุมชนดอนคา อำเภอท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 40(2), 108-120.
- นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ. (2557). ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 24-31.
- นริสา วงศ์พนารักษ์ และอภิญา วงศ์พิริยโยธา. (2558). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของคนพิการในเขตเมือง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 16(3), 14-22.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2534). *โรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- พนิชฐา พานิชชิวะกุล. (2537). *การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสมมติสำหรับผู้สูงอายุในชนบท*. คุษณินิพนธ์สาธารณสุขศาสตรคุษณินิพนธ์, สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์, นิสาชล นาคกุล และวิชญา โรจนรักษ์. (2559). สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(2), 54-64.

- เพ็ญประภา ไสวดี, ชนัญชิตาคุยฎี ทูลศิริ และพรนภา หอมสินธุ์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(1), 89-101.
- พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และศุภวดี แถวเพ็ญ. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*, 23(2), 79-87.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559*. นครปฐม: พรินเตอร์.
- ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา. (2559). กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต. *วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่*, 49(2), 171-184.
- ภาณุวัฒน์ มีชนะ, ฉิมชาภัทร ชันสาคร, ทศนีย์ ศีลววรรณ, ทศนีย์ รวีวรกุล และเพ็ญศรี พิชัยสนิธ. (2560). การเตรียมความพร้อมของประชากรผู้สูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพตำบลหนองหญ้าไซ อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 11(1), 259-271.
- มุกดา หนูศรี. (2559). การป้องกันภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 8(1), 227-240.
- มุกิตา วรรณชาติ, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์ และพิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. (2558). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์, ฉบับพิเศษ*, 18-29.
- มลจินทร์ เกียรติสังวร. (2557). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางนมโค อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารวิชาการ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เขต 4*. 16(3), 222-229.
- เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม, ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์ และเมณิรัตน์ พรหมณี. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในเขตอำเภอมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 24(3), 104-118.
- รัชณี นามจันทร์. (2553). การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ วิชาการ*, 14(27), 137-150.
- รัชณี สรรเสริญ, สมสมัย รัตนกริชากุล, วรรณรัตน์ ลาวัง, อโนชา ทศนาชนชัย, ชรัญญากร วิริยะ, และทรงศนีย์ โสรจธรรมกุล. (2554). สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 2-15.

- รัตนาวดี จุละยานนท์. (2545). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครชัยศรี*. วิทยานิพนธ์เกศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- รสพร เพียรรุ่งเรือง และพีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย. (2558). ปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดพิษณุโลก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 60(1), 23-34.
- วารี กังใจ. (2541). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 6(1), 13-20.
- วิชุดา อุ่นแก้ว, ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2558). ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(4), 577-589.
- วิชัย เสนอชุ่ม, พลุดินันท์ สุฤทธิ, ณรงค์ หนูสอน และธัช กนกเทศ. (2554). ปัจจัยพยากรณ์บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลพะวอ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 5(2), 23-33.
- วิไล ตาปะสี, ประไพวรรณ คำประดิษฐ์ และสินวล รัตนวิจิตร. (2560). รูปแบบการจัดการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังตะกู จังหวัดนครปฐม. *วารสารเกี่ยวกับการแพทย์*, 24(1), 42-54.
- วิรดา อรรถเมธากุล และวรรณิ ศรีวิลัย. (2556). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี. *วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์ทางสุขภาพ*, 7(2), 18-27.
- วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานวโรปัญญา และจิตภา ศิริปัญญา. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(2), 32-40.
- ศิริธานี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง. (2556). *ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- ศิริธานี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, วัชร อมรโรจน์วรวุฒิ, ปิยะธิดา คูหิรัญญรัตน์, ชารา รัตนอำนวนศิริ และนวลละออง ทองโคตร. (2560). *ข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะกองทุนระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC)*. ขอนแก่น: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น.
- ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์. (2558). ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการพยาบาลบทบาทที่ทำนายของพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(1), 1-12.

- ศิริพันธ์ุ สาสัตย์. (2553). ทิศทางและแนวโน้มในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(3), 5-10.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2553). *โครงการวิจัย การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลระยะยาว โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2534). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์*. กรุงเทพฯ: วิสิฐสิน.
- สมชาย วิริกรมย์กุล, ดลพัฒน์ ยศธร, เกียรติศักดิ์ ธรรมอภิพล, สุพัตรา ศรีวณิชชากร และกวินรัตน์ สุทธิสุคนธ์. (2557). สถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ: กรณีศึกษาอำเภอท่ามะกา และอำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารวิทยาลัยราชสุดา*, 11(14), 24-42.
- สุนุดตรา ตะบูนพงศ์, วันดี สุทธิรังสี และพัชรียา ไชยลังกา. (2544). การประเมินแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลกในกลุ่มผู้สูงอายุไทย. *วารสารพญาวิทยานและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 2(2), 6-12.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพรรณยา แสงพระจันทร์, จินห์จุกา ชัยเสนา ดาลลาส, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ และเวทิส ประทุมศรี. (2559). การรับรู้ความหมายควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(2), 76-88.
- สุภาพร สุภหัตถิ. (2554). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านหนองเป็ดน้ำ ตำบลโลกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา*, 5(2), 11-16.
- สุรัตน์ ตะเภา. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โลก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 23(2), 79-87.
- สุรจิตต์ วุฒิการณ, พิสิษฐ์ จอมบุญเรือง และไพศาล สรวิสุทธิ. (ม.ป.ป.). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลบางมูลนาก อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร. ใน *การประชุมสัมมนาวิชาการการนำเสนองานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ (Proceedings) เครือข่ายบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 15* (หน้า 341-357). นครสวรรค์: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ ตัวชีวิต, *วารสารกรมสุขภาพจิต*, 5(3), 4-15.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *ตัวชี้วัดที่สำคัญ: สำมะโน/สำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2551*. เข้าถึงได้จาก <https://www.nso.go.th>
- สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ. (2560). *รายงานทะเบียนแบบสะสมจำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ*. เข้าถึงได้จาก <http://ssko.moph.go.th>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *กองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)*. เข้าถึงได้จาก <https://www.nhso.go.th>
- สำนักวิจัยและสังคมสุขภาพ. (2557). *แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-พ.ศ.2561*. เข้าถึงได้จาก <http://www.shi.or.th>
- อมรรัตน์ ภิรมย์ชม และอนงค์ หาญสกุล. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น*, 19(1), 1-10.
- อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข, พิษสุดา เดชบุญ, กฤติเดช มิ่งไม้, ศศิวิมล โพธิ์ภักตร์, สานุรักษ์ โพธิ์หา และสุชานรี พานิชเจริญ. (2560). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอสีชมภู จังหวัดขอนแก่น. *วารสารราชพฤกษ์*, 15(2), 16-26.
- ออมสิน ศิลสังวรณ์, สมลักษณ์ เทพสุรียานนท์, อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และทวิศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 8(3), 80-91.
- อนัสยา ชื่อดรง และทัศนาศูววรรณ. (2559). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 27(2), 58-70.
- อารดา ธีระเกียรติกำจร. (2554). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่. *Verridiam E-journal, Silapakorn University*, 4(2), 1-19.
- อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์. (2560). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคนายุประเทศไทย 4.0. *วารสารวิชาการธรรมทรรศน์*, 17(3), 235-243.
- เอมอร แสงศิริ, ดวงกมล วัตราคุลย์, สุชานิธิ กาญจนกุล, ศรีรัตน์ ฌ์ฐารังกุล, สถิตพร นพพลับ และสะอาด วงศ์อนันต์. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 26(1), 104-118.
- อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพ ารปฏิบัติธรรมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

อุทัย สุขสุด, พิทยา จารุพูนผล, ประยูร ฟองสถิตกุล, จริญญา เกวดินสฤยดี, สัมฤทธิ์ จันทราช, จรรยา เสี่ยงเสนาะ. (2552). การศึกษาสถานการณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

Angleman, S. B., Santoni, G., Strauss, E. V., & Fratiloni, L. (2015). Temporal trends of functional dependence and survival among older adults from 1991 to 2010 in Sweden: Toward a healthier aging. *Journal of Gerontology: Medical sciences*, 70(6), 746-752.

Baernholdt, M., Hinton, I., Yan, G., Rose, K., & Mattos, M. (2012). Factors associated with quality of life in older adults in the United States. *Quality of Life Research*, 21(3), 527-534.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Blanes, L., Camagnani, M. I. S., & Ferreira, L. M. (2009). Quality of life and self-esteem of persons with paraplegia living in Sao Paulo, Brazil. *Quality of Life Research*, 18, 15-21.

Blazer, D. G., & Hybels, C. F. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological Medicine*, 35, 1-12.

Brainin, M., & Heiss, W. (2010). *Textbook of stroke medicine*. New York: Cambridge University Press.

Cella, D., & Nowinski, C. J. (2002). Measuring quality of life in chronic illness: The functional assessment of chronic illness therapy measurement system. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83(2), 10-17.

Chen, H. M., & Chen, C. M. (2017). Factor associated with quality of life among older adults with chronic disease in Taiwan. *International Journal of Gerontology*, 11, 12-15.

Chen, J., Murayama, S., & Kamibeppu, K. (2010). Factors related to well-being among the elderly in urban China focusing on multiple roles. *Journal of BioScience Trends*, 4(2), 61-71.

Chokkanathan, S., & Mohanty, J. (2017). Health, family strains, dependency, and life satisfaction of older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 71, 129-135.

Cohen, J. (1977). *Statistical power of analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.

- Couto, A. M., Castro, E. A., & Caldas, C. P. (2016). Experience to be a family caregiver of dependent elderly in the home environment. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 17(1), 76-85.
- Evers, G., Isenberg, M., Phillipsen, G., Brouns, G., Halfens, R., & Smeets, H. (1986). The appraisal of self-care agency ASA-scale: Research program to test reliability and validity. In *Proceeding of the International nursing research conference new frontiers in nursing research* (p. 130). Edmonton, Canada: University of Alberta, Canada.
- Fillenbaum, G. G. (1984). *The wellbeing of the elderly, Approaches to multidimensional assessment*. Carolina: Duke University Medical Center.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family nursing: Research, theory and practice*. New Jersey: Prentice Hall.
- Gu, J., Chao, J., Chen, W., Xu, H., Zhang, R., He, T., & Deng, L. (2018). Multimorbidity and health-related quality of life among the community dwelling elderly: A longitudinal study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 74, 133-140.
- Harkirat, K., Harleen, H., & Mahalingam, V. (2015). Perceived family support and quality of life of elderly population. *International Journal of Nursing Education*, 7(4), 91-97.
- Hawton, A., Green, C., Dickens, A. P., Richards, S. H., Taylor, R. S., Edwards, R., Greaves, C. J., & Campbell, J. L. (2011). The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Quality of Life Research*, 20, 57-67.
- Hizmetli, S., Tel, H., Tel, H., & Yildirim, M. (2012). Self-care agency and status to maintain activities of daily living elderly people with osteoarthritis. *Anadolu Hemsirelik ve Saglik Bilimleri Dergisi*, 15(1), 27-32.
- Hongthong, D., Somrongthong, R., & Ward, P. (2015). Factor influencing the quality of life among Thai older people in a rural area of Thailand. *Iranian Journal of Public Health*, 44(4), 479-485.
- Kaur, N., Kaur, J., & Thapar, K. (2015). Perceived self care deficit and social support system among elderly. *Nursing and Midwifery Research Journal*, 11(3), 112-119.
- Ibrahim, A. K., Kell, S. J., Adams, C. E., & Glaze, B. C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal Psychiatric Research*, 47(3), 391-400.

- Kuboshima, V., McIntosh, J., & Marques, B. (2016). *Improving the sense of wellbeing for dependent older people living in supported housing*. Retrieved from <http://researchgate.net/publication/309132822>
- Lee, S., Ko, C., & Lee, V. (2005). Sense of coherence, coping and quality of life following a critical illness. *Leading Global Nursing Research, 49*(2), 173-181.
- Lourenco, L., Blanes, L., & Salome, G. M. (2014). Quality of life and self-esteem in patients with paraplegia and pressure ulcer: A controlled cross-sectional study. *Journal of Wound care, 28*(6), 331-337.
- Lu, C., Yuan, L., Lin, W., Zhou, Y., & Pan, S. (2017). Depression and resilience mediates the effect of family function on quality of life of the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 71*, 34-42.
- Luthy, C., Cedraschi, C., Allaz, A. F., Herrmann, A. R., & Ludwig, C. (2015). Health status and quality of life: Results from a national survey in a community-dwelling sample of elderly people. *Quality of Life Research, 24*, 1687-1696.
- Makay, J. J., & Gaw, B. A. (1975). *Personal and interpersonal communication: Dialogue with the self and with others*. Columbus: Merrill.
- Mehta, C. P., Desale, A. V., Kakrani, V. A., & Bhawalkar, J. S. (2016). Economic dependency and depression in elderly. *Journal of Krishna Institute of Medical Sciences University, 5*(1), 100-109.
- Mlinac, M. E., & Feng, M. C. (2016). Assessment of activities of daily living, self-care and independence. *Archives of Clinical Neuropsychology, 31*, 506-516.
- Mohammadi, M., Alavi, M., Bahrami, M., & Zandieh, Z. (2017). Assessment of the relationship between spiritual and social health and the self-care ability of elderly people referred to community health centers. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 22*(6), 471-475.
- Nazari, S., Foroughan, M., Shahboulaghi, F. M., Rassouli, M., Sadeghmoghadam, L., Farhadi, A., & Shabestari, A. N. (2016). Perceived social support in Iranian older adults: A qualitative study. *Educational Gerontology, 42*(6), 443-452.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed.). St. Louis, MO: C. V. Mosby.

- Oros, R. I., Popescu, C. A., Iova, S. O., Mihancea, P., & Iova, C. (2016). Depression, activities of daily living and quality of life in elderly stroke patients. *Human & Veterinary Medicine International Journal of the Bioflux Society*, 8(1), 24-28.
- O' Shea, E. (2002). *Improving the quality of life of elderly persons in situations of dependency*. Ireland: Council of Europe Publishing.
- Pestieau, P., & Ponthiere, G. (2016). Long-term care and births timing. *Journal of Health Economics*, 50, 340-357.
- Pierre, P., & Ponthiere, G. (2016). Long term care and births timing. *Journal of Health Economic*, 50(7), 340-357.
- Ramos, A. F., Lopes, M., Mendes, F., Parreira, P., & Fonseca, C. (2017). Self-care in older people with functional deficit: Needs of long-term care. *Nursing and Palliative Care*, 2(1), 1-2.
- Rector, T. S., Kubo, S. H., & Cohn, J. N. (1987). Patients' self-assessment of their congestive failure. *Scientific Electronic Library Online*, 3, 198-209.
- Rocha, B. M. P., & Pacheco, J. E. P. (2013). Elderly persons in a situation of dependence: Informal caregiver stress and coping. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(1), 50-56.
- Rodrigues, L. R., Tavares, D. S., Dias, F. A., Pegorari, M. S., Marchiori, G. F., & Tavares, D. M. (2017). Quality of life of elderly people of the community and associated factors. *Journal of Nursing*, 11(3), 1430-1438.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press.
- Salman, A., & Khattri, P. K. (2016). Effect of depression on life satisfaction among elderly. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 7(7), 746-749.
- Sharoni, S. K. A., Shdaifat, E. A., Majid, H. A. M. A., Shohor, N. A., Ahmad, F., & Zakaria, Z. (2015). Social support and self-care activities among the elderly patients with diabetes in Kelantan. *Malaysian Family Physician*, 10(1), 34-43.
- Sivertsen, H., Bjorklof, G. H., Engedal, K., Selbak, G., & Helvik, A. S. (2015). Depression and quality of life in older persons: A review. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 40, 311-339.
- Sundslø, K., Soderhamn, U., Espnes, G. A., & Soderhamn, O. (2012). Ability for self-care in urban living older people in southern Norway. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 5, 85-95.

- Tavares, D. M. S., Matias, T. G. C., Ferreira, P. C. S., Pegorari, M. S., Nascimento, J. S., & Paiva, M. M. (2016). Quality of life and self-esteem among the elderly in the community. *Ciencia and Saude Coletiva Journal*, 21(11), 3557-3564.
- The World Health Organization Quality of Life Group. (1994). *The development of the world health organization quality of life assessment instrument: Quality of life assessment instrument perspectives*. New York: Springer-Verlag.
- The World Health Organization Quality of Life Group. (1998). The World Health Organization Quality of Life assessment: Development and general psychometric properties. *Social Sciences Medicine Journal*, 46(12), 1569-1585.
- The World Health Quality of Life. (1996). *Measuring quality of life: Division of mental health and prevention of substance abuse*. Switzerland: Geneva.
- The World Health Quality of Life. (2003). *The world oral health report 2003*. Switzerland: Geneva.
- Trajkov, M., Eminovic, F., Radovanovic, S., Dopsaj, M., Pavlovic, D., & Kljajic, D. (2018). Quality of life and depression in elderly persons engaged in physical. *Vojnosanitetski Pregled Journal*, 75(2), 177-184.
- Uccelli, M. M., Traversa, S., & Ponzio, M. (2016). A survey study comparing young adults with MS and healthy controls on self-esteem, self-efficacy, mood and quality of life. *Journal of the Neurological Sciences*, 368, 369-373.
- United Nations Educational Scientific and Cultural Organization [UNESCO]. (1980). *Evaluation the quality of life in Belgium: Indicators of environmental quality and quality of life*. Retrieved from <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000135765>
- Veni, R. K., & Merlene, A. M. (2017). Gender differences in self-esteem and quality of life among the elderly. *Indian Journal of Health and Well-being*, 8(8), 885-887.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal Psychiatric Research*, 17(2), 37-49.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
Predictive Factors of Quality of Life among Dependent Elderly

ชื่อนิสิต นางสาวมัจฉรินทร์ สมคิด

รหัสประจำตัวนิสิต 59920416 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 04-05-2561

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการคัดกรองสมรรถภาพเชิงปฏิบัติ และมีคะแนนระหว่าง 5-11 คะแนน จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 92 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล บ้านของผู้สูงอายุ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดสระแก้ว

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 11 มิถุนายน พ.ศ. 2562

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 11 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2561

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



ภาคผนวก ข

เอกสารชี้แจงจริยธรรมและใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง **ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**

รหัสจริยธรรมการวิจัย **04-05-2561**

ชื่อผู้วิจัย **นางสาวมุขจรินทร์ สมคิด**

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำนายคุณภาพชีวิต ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกลีลาคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธภาพในครอบครัว ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ตอบคำถามตามแบบสัมภาษณ์ตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง จำนวน 7 ชุด คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ 3) แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเอง 4) แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกลีลาคุณค่าในตนเอง 5) แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้า 6) แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว 7) แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 45-60 นาที

ประโยชน์ของผลการวิจัยนี้ จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อและสิ่งใดๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาว मुखจรินทร์ สมคิด หมายเลขโทรศัพท์ 0831381101 หรือที่ ผศ.ดร. วารี กังใจ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

นางสาว मुखจรินทร์ สมคิด

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823





ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
วันที่คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวมุขจรินทร์ สมคิด)



ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test : [CMT])

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
1. ปีนี้ท่านอายุเท่าไร	.....	1/0
2. ขณะนี้กี่โมง (อาจตอบคลาดเคลื่อนได้ 1 ชั่วโมง)	.....	1/0
3. พูดคำว่า “ร่ม กระทะ ประตุ” ให้ฟังซ้ำ ๆ ซ้ำ ๆ 2 ครั้ง	“ร่ม”	1/0
แล้วบอกว่าให้ผู้ถูกทดสอบทวนชื่อทั้งสามดังกล่าวทันที	“กระทะ”	1/0
(ชื่อที่ถูก 1 ชื่อ = 1 คะแนน)	“ประตุ”	1/0
4. เดือนนี้เดือนอะไร (อาจตอบเป็นเดือนไทย หรือเดือนสากลก็ได้)	.....	1/0
5. คนนั้นเป็นใคร (ให้ถามถึงบุคคล 2 คน เช่น บุคคลใกล้เคียง)	.....	1/0
6. ข้าว 1 ถังมีกี่ลิตร/ กิกิโลกรัม	.....	1/0
7. ให้ผู้ถูกทดสอบทำตามคำสั่ง ที่จะบอกดังต่อไปนี้ “ให้ตบมือสามทีแล้วกอดอก” ให้ 1 คะแนน ถ้าทำได้ถูกต้องครบทุกขั้นตอน	.....	1/0

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
8. จงบอกความหมายของสุภาษิตต่อไปนี้ “หนีเสือปะจระเข้” ตัวอย่างคำตอบที่ถูกต้อง 1. หนีจากสิ่งที่ไม่ดี 2. หนีจากสถานการณ์หรือบุคคลที่เป็นอันตรายไปพบสถานการณ์หรือบุคคลที่เป็นอันตรายอีก 3. หนีจากสิ่งที่เลวร้ายไปพบสิ่งที่เลวร้ายกว่าเดิม	1/0
9. บอกผู้ถูกทดสอบว่า จงฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดี เมื่อฟังจบแล้วให้พูดตามทันที “ฉันชอบดอกไม้ เสียงเพลง แต่ไม่ชอบหมา” (ให้ 1 คะแนน ถ้าพูดได้ถูกต้องตามลำดับทั้งประโยค)	1/0
10. ถามผู้ถูกทดสอบว่า “ถ้าลืมกุญแจบ้านจะทำอย่างไร” (ให้ 1 คะแนน ถ้าคำตอบมีเหตุผลเหมาะสม โดยที่คำตอบนั้นแสดงถึงความพยายามที่จะแก้ไขปัญหาด้วยความเป็นไปได้ และไม่ก่อให้เกิดความเสียหายมาก) ตัวอย่างคำตอบที่ได้คะแนน 1. ทดลองนำกุญแจอันอื่นหรือวัสดุที่ใช้แทนได้ที่มีอยู่ในบริเวณใกล้เคียงมาลองไขกุญแจ 2. ตามช่างทำกุญแจ (ถ้าอยู่ไม่ไกลนัก) 3. ไปขอกุญแจที่ผู้อื่นมีเก็บไว้ (เช่น ญาติ) ในกรณีที่อยู่ไม่ไกลจากบ้าน 4. หาทางเข้าบ้าน (ถ้าสามารถทำได้) หรือขอความช่วยเหลือจากผู้ที่อยู่ใกล้เคียง เช่น ปีนหน้าต่าง หรือจัดช่องลม ตัวอย่างคำตอบที่ไม่ได้คะแนน 1. ไม่รู้จะทำอย่างไร นั่งรอคนอื่นจนจะมีคนอื่นกลับมา 2. ฟังประตูเข้าไป 3. ไปเอากุญแจที่บุคคลอื่นในบ้านเก็บไว้ แต่อยู่ไกลมาก เช่น อยู่ต่างจังหวัดหรือใช้เวลาเดินทางนานมาก	1/0

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
11. บอกให้ผู้ถูกทดสอบนับเลขจาก 10-20 (ให้ 1 คะแนน ถ้าสามารถนับได้ถูกต้องตามลำดับทั้งหมด)	1/0

12. ชี้ไปที่ นาฬิกา แล้วถามว่า คืออะไร / เรียกว่าอะไร ชี้ไปที่ปากกา แล้วถามว่าคืออะไร / เรียกว่าอะไร	1/0
---	-------	-----

13. บอกให้ผู้ถูกทดสอบลบเลขที่ละ 3 จาก 20 ทั้งหมด 3 ครั้ง		
20-3 = a	a = 17	1/0
17-3 = b	b = 14	1/0
14-3 = c	c = 11	1/0
(ให้คะแนนตามจำนวนเลขที่ลบได้ถูกต้อง ครั้งละ 1 คะแนน)		

คำตอบ.....

การแปลผล

1. คะแนนที่ได้ต่ำสุด คือ 0 และสูงสุด คือ 19
2. คะแนนที่ต่ำกว่า 15 แสดงว่า น่าจะมีความผิดปกติของ cognitive function

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ขอให้ท่านตอบคำถามต่อไปนี้ตามความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี
2. เพศ ชาย หญิง
3. ศาสนา.....
4. สถานภาพสมรส โสด คู่
 หม้าย หย่าร้าง/แยกทาง
5. ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษา ประกาศนียบัตร
 อนุปริญญา ปริญญาตรี
 สูงกว่าปริญญาตรี
6. รายได้.....บาท/ เดือน
7. โรคประจำตัว ไม่มี มี ได้แก่.....
8. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน
9. ผู้ดูแล.....
10. สถานบริการสุขภาพที่ใช้บริการ.....

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงข้อมูลสภาพร่างกายของท่าน และอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

1. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการเดินหรือไม่
 1 เดินไม่ได้ 2 เดินได้แต่ต้องมีผู้ช่วยหรืออุปกรณ์ช่วย 3 เดินได้เอง
 2. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นหรือไม่
 1 มองไม่เห็น 2 มองเห็นไม่ชัดเจน หรือต้องใส่แว่น 3 มองเห็นชัดเจน
- ข้อความต่อไปนี้ให้ท่านตอบว่า มีอาการเหล่านี้หรือไม่ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

ข้อความ	มี 4 ครั้งขึ้นไป (1)	มี 1-3 ครั้ง (2)	ไม่มี (3)
3. ปวดหลัง.....
4. ปวดตามข้อ/ แขนขา.....
5. เจ็บแน่นหรือเจ็บร้าวหน้าอก.....
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.
19.
20.
21.
22. ผิวหนังแห้งคัน.....
23. หกล้ม.....

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเอง

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงข้อมูลการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความรู้สึกของท่านให้มากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว การเลือกคำตอบมีเกณฑ์ ดังนี้

หมายเลข (5)	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
หมายเลข (4)	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก
		พอสมควร
หมายเลข (3)	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง
หมายเลข (2)	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย
หมายเลข (1)	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย

ข้อความ	ไม่ตรงกับความจริงเลย (1)	ตรงกับความจริงเล็กน้อย (2)	ตรงกับความจริงปานกลาง (3)	ตรงกับความจริงมาก (4)	ตรงกับความจริงมากที่สุด (5)
1. แม้ว่าอายุจะมากขึ้นท่านปรับปรุงการปฏิบัติตัวเพื่อให้สุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอ					
2. ท่านคิดว่าสิ่งที่ท่านอยู่เพียงพอที่จะทำให้ท่านมีสุขภาพดี					
3. เมื่อท่านรู้สึกอ่อนเพลีย ทำอะไรไม่ค่อยไหว ท่านจะปรับกิจกรรมให้เหมาะสม					
4.					
5.					
6.					
7.					

ข้อความ	ไม่ตรงกับความจริงเลย (1)	ตรงกับความจริงเล็กน้อย (2)	ตรงกับความจริงปานกลาง (3)	ตรงกับความเป็นจริงมาก (4)	ตรงกับความจริงมากที่สุด (5)
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					

ข้อความ	ไม่ตรงกับความจริงเลย (1)	ตรงกับความจริงเล็กน้อย (2)	ตรงกับความจริงปานกลาง (3)	ตรงกับความเป็นจริงมาก (4)	ตรงกับความจริงมากที่สุด (5)
.....					
21.					
22.					
23.					
24. ท่านสามารถเคลื่อนไหวได้ดี จึงสามารถดูแลตนเองได้ตามความต้องการ					

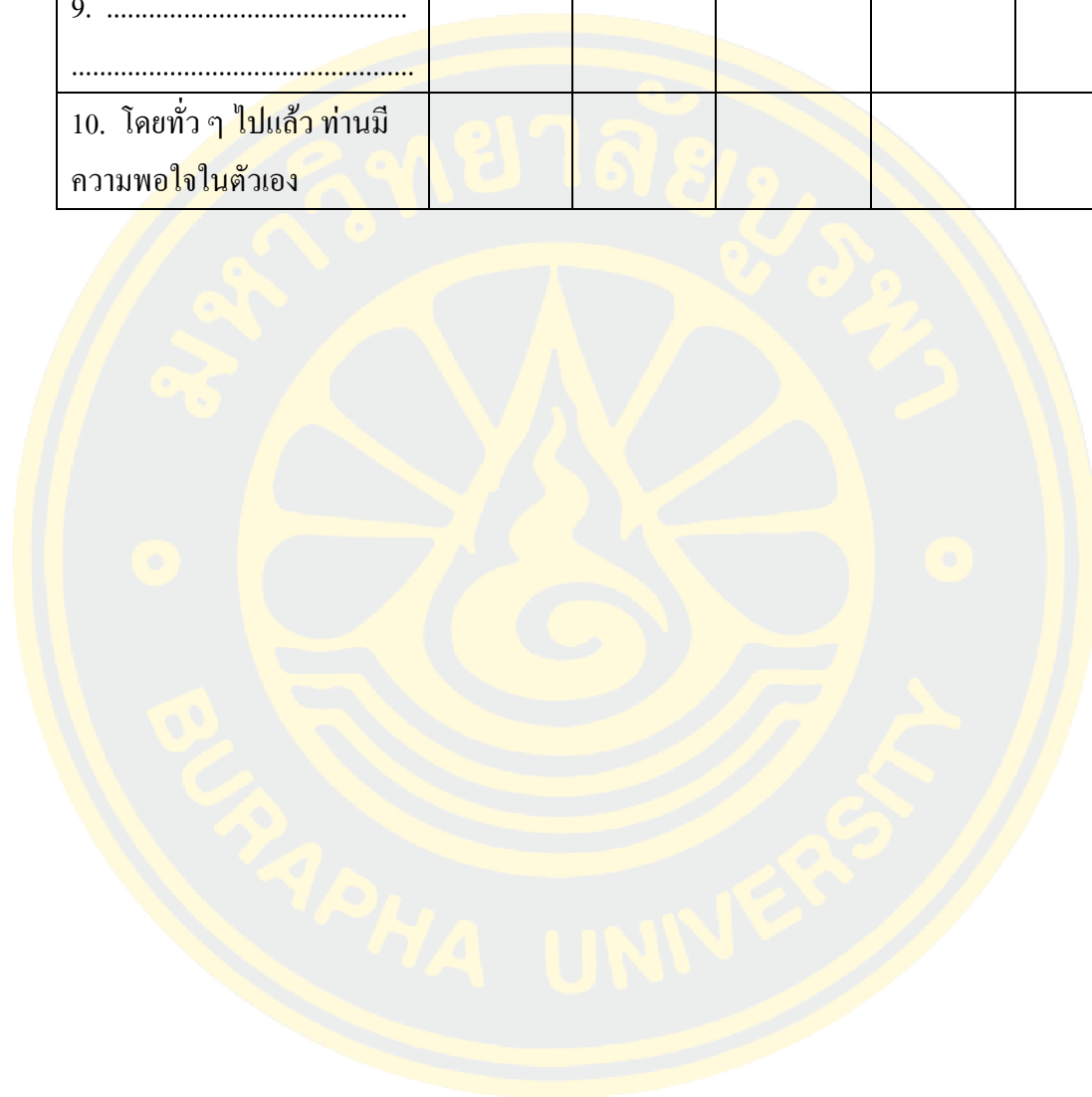
ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านที่มีต่อตัวท่านเอง แต่ละข้อ ไม่มีคำตอบใดที่ถูกต้องหรือผิด และคำตอบที่ดีที่สุดคือคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับสภาพที่แท้จริงของท่านมากที่สุด ขอให้ท่านเลือกเพียงคำตอบเดียว โดยมีข้อความให้เลือกตอบ ดังนี้

- ไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย คือ เมื่อท่านไม่เคยรู้สึกตรงตามข้อนั้นเลย
- รู้สึกเช่นนั้นน้อยมาก คือ เมื่อท่านรู้สึกตรงตามข้อความนั้นนานๆ ครั้ง หรือน้อยครั้ง
- รู้สึกเช่นนั้นบางครั้ง คือ เมื่อท่านรู้สึกตรงตามข้อความนั้นเป็นบางครั้ง
- รู้สึกเช่นนั้นบ่อยครั้ง คือ เมื่อท่านรู้สึกตรงตามข้อความนั้นอยู่บ่อยครั้ง
- รู้สึกเช่นนั้นเกือบหมด คือ เมื่อท่านรู้สึกตรงตามข้อความนั้นเกือบตลอดเวลา

ข้อความ	ไม่เคย รู้สึกเช่นนั้น เลย (1)	รู้สึกเช่นนั้น น้อยมาก (2)	รู้สึกเช่นนั้น บางครั้ง (3)	รู้สึกเช่นนั้น บ่อยครั้ง (4)	รู้สึกเช่นนั้น เกือบหมด (5)
1. ท่านรู้สึกว่าท่านมีดีหลาย อย่าง					
2. ท่านรู้สึกว่า ท่านนับถือ ตัวเองน้อยกว่าที่ควรจะเป็น					
3. ท่านรู้สึกว่าท่านเป็นคนที่ม ค่าอย่างน้อยก็พอ ๆ กับคนอื่น					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

ข้อความ	ไม่เคย รู้สึกเช่นนี้ เลย (1)	รู้สึกเช่นนี้ น้อยมาก (2)	รู้สึกเช่นนี้ บางครั้ง (3)	รู้สึกเช่นนี้ บ่อยครั้ง (4)	รู้สึกเช่นนี้ เกือบหมด (5)
9.					
10. โดยทั่ว ๆ ไปแล้ว ท่านมี ความพอใจในตัวเอง					



ชุดที่ 5 แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุของไทย

คำชี้แจง: แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงความรู้สึกและประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา

ให้ตอบคำถามว่า “ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน

ให้ตอบคำถามว่า “ไม่ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

	ในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่
1.	ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้		
2.	ท่านไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ		
3.	ท่านรู้สึกชีวิตของท่านช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		

	ในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.	ท่านมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนเมื่อก่อน		

หมายเหตุ

1. การคิดคะแนน ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน
ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน

2. การแปลผล

คะแนน 0-12 คะแนน หมายถึง มีภาวะปกติ

คะแนน 13-18 คะแนน หมายถึง มีความเศร้าเล็กน้อย (Mild depression)

คะแนน 19-24 คะแนน หมายถึง มีความเศร้าปานกลาง (Moderate depression)

คะแนน 25-30 คะแนน หมายถึง มีความเศร้ารุนแรง (Severe depression)

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว

คำชี้แจง: แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงพฤติกรรมที่ท่านได้รับการปฏิบัติจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งบุคคลในครอบครัว หมายถึง บุคคลที่อยู่ในครอบครัวของท่าน ได้แก่ สามีหรือภรรยา บุตรหลาน และคนอื่น ๆ ที่อยู่ร่วมกับท่าน ผู้สัมภาษณ์จะอ่านข้อความให้ท่านฟัง แล้วเลือกตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การเลือกดังนี้

- | | | |
|---|---------|---|
| 1 | หมายถึง | ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความจริงเลย |
| 2 | หมายถึง | ข้อความในประโยคตรงกับความเป็นจริงบ้างเล็กน้อย |
| 3 | หมายถึง | ข้อความในประโยคตรงกับความจริงเพียงปานกลาง |
| 4 | หมายถึง | ข้อความในประโยคตรงกับความเป็นจริงเป็นส่วนใหญ่ |
| 5 | หมายถึง | ข้อความในประโยคตรงกับความเป็นจริงทั้งหมด |

ข้อความ	ระดับความรู้สึกรู้สึก				
	1	2	3	4	5
1. บุคคลในครอบครัวให้ความเคารพท่าน					
2. บุตรหลานเชื่อฟังคำสั่งสอนของท่าน					
3. บุคคลในครอบครัวพุดจาให้ท่านน้อยใจ					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16. บุคคลในครอบครัวปิดบังเรื่องราวในครอบครัวไม่ให้ท่านรู้					

ชุดที่ 7 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อยฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง: แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจและประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน ผู้สัมภาษณ์จะอ่านข้อความให้ผู้สูงอายุฟัง แล้วเขียนเครื่องหมายให้ตรงกับที่ผู้สูงอายุเลือกคำตอบที่เหมาะสม และเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยมีลักษณะคำตอบ 5 ระดับ ดังนี้

- 1 = ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก
- 2 = เล็กน้อย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ หรือรู้สึกแย่
- 3 = ปานกลาง หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพึงพอใจ ระดับกลาง หรือรู้สึกแยระดับกลาง ๆ
- 4 = มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจ หรือรู้สึกดี
- 5 = มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึก ว่าสมบูรณ์ รู้สึกพึงพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
	1	2	3	4	5
ด้านร่างกาย					
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างไร					
2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ท่านต้องการมากนักน้อยเพียงใด					
3. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวันได้ไหม (ทั้งเรื่องงาน และการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4.					
5.					
6.					
7.					
8. ท่านสามารถเดินทางไปที่ไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
ด้านจิตใจ					
9. ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต เช่น มีความสุข มีความสงบ มีความสมหวัง มากน้อยเพียงใด					

ข้อคำถาม	ระดับความรู้สึก				
	1	2	3	4	5
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม					
15. ท่านรู้สึกพอใจต่อการผูกมิตร หรือการเข้ากับคนอื่น ๆ เช่น เพื่อนบ้านอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
16.					
17.					
ด้านสิ่งแวดล้อม					
18. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคง ปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
19.					
20.					
21. ท่านพอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น เพียงใด					
22.					
23.					
24.					
25.					
26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

การคิดคะแนน

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ซึ่งข้อคำถามมีความหมายทางบวกทั้งหมดมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ไม่เลย เท่ากับ 1 คะแนน

เล็กน้อย	เท่ากับ	2 คะแนน
ปานกลาง	เท่ากับ	3 คะแนน
มาก	เท่ากับ	4 คะแนน
มากที่สุด	เท่ากับ	5 คะแนน

การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26 - 130 คะแนนโดยเมื่อสัมพันธ์รวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนรวมแล้ว สามารถนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 - 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี

คะแนน 61 - 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง

คะแนน 96 - 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตระดับดี





ภาคผนวก ง

หนังสือขออนุญาตใช้พื้นที่ในการวิจัย
และหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย

ที่ ศก ๐๐๓๒.๐๐๘/๗ ๓๔๓๐



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ถนนศรีสะเกษ-กันทรลักษณ์ ศก.๓๓๐๐๘

๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอให้การอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลงานวิจัยของนักศึกษา

เรียน สาธารณสุขอำเภอราชีไศล และสาธารณสุขอำเภออุทุมพรพิสัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือมหาวิทยาลัยบูรพาที่ ศธ ๒๒๐๖/๑๓๓๕ ลงวันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๑

ด้วยมหาวิทยาลัยบูรพา โดยคณะพยาบาลศาสตร์ ได้ขอความอนุเคราะห์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษพิจารณาอนุญาตให้นักศึกษาระดับปริญญาโทจากคณะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คือนางสาวมุขจรินทร์ สมคิด เข้าเก็บข้อมูลงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในช่วงเดือนกรกฎาคม - กันยายน ๒๕๖๑ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของอำเภอราชีไศล และอำเภออุทุมพรพิสัย

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จึงขอให้ท่านแจ้งให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเป้าหมาย ทั้งพื้นที่เก็บข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และพื้นที่เก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย ได้อำนวยความสะดวกตามสมควรด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายธีระพงษ์ แก้วมร)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

โทร ๐ ๔๕๖๑ ๖๐๔๐-๖ ต่อ ๓๑๒

โทรสาร ๐ ๔๕๖๑ ๖๐๔๒

ที่ ศร ๖๒๐๖/ ๑๓๓๕



๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๑

 รับที่..... ๐๐๑๗๗๘
 วันที่..... ๒๕๖๑
 เวลา..... ๑๕.๕๑

 มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
 ๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
 อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๑๑๑

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ

รับที่..... ๕๗๓

วันที่..... ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๑

เวลา..... ๑๕.๕๑ น.

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

 สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
 ๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวมุขจรินทร์ สมคิด นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการคัดกรองสมรรถภาพเชิงปฏิบัติ และมีคะแนนระหว่าง ๕-๑๑ คะแนน โดยแบ่งดังนี้

๑. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน ๓๐ ราย ระหว่างวันที่ ๑๐-๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ประกอบด้วย

- ๑.๑ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่าน จำนวน ๑๐ ราย
- ๑.๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแค จำนวน ๑๐ ราย
- ๑.๓ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสัมปอ้อย จำนวน ๑๐ ราย

๒. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย จำนวน ๙๒ ราย ระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม - ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑

- ๒.๑ ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลกำแพง จำนวน ๑๔ ราย
- ๒.๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ จำนวน ๖ ราย
- ๒.๓ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งไชย จำนวน ๑๑ ราย
- ๒.๔ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำโรง จำนวน ๒๕ ราย
- ๒.๕ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไฮ จำนวน ๔ ราย
- ๒.๖ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรังแร่ จำนวน ๗ ราย
- ๒.๗ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก้านเหลือง จำนวน ๑๑ ราย
- ๒.๘ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองห้าง จำนวน ๘ ราย
- ๒.๙ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ชัย จำนวน ๖ ราย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

เรียน นร. นสว. ๑๖๖.๑๖๖.

1. นสว. ๑๖๖/ปรจ.๑๖๖

2. น. รุจก. โฉม: ๑๖๖/ปรจ.๑๖๖/๑๖๖

ขอแจ้งให้ทราบว่า นสว. ๑๖๖/ปรจ.๑๖๖/๑๖๖ โดย กศ. นร. นสว. ๑๖๖.๑๖๖.๑๖๖
และ นสว. ๑๖๖.๑๖๖.๑๖๖/๑๖๖

3. นสว. ๑๖๖.๑๖๖.๑๖๖/๑๖๖
นสว. ๑๖๖.๑๖๖.๑๖๖/๑๖๖

๑๖๖.๖๑

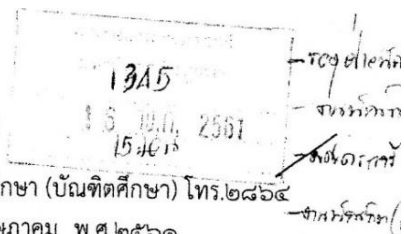
(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจังหวัดศรีสะเกษ

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) กลุ่มงานบริการการศึกษาและวิเทศสัมพันธ์
โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๘๓๖, ๑๐๒๘๐๘
โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๔๗๖
ผู้วิจัยโทร ๐๘-๓๑๓๘-๑๑๐๑



บันทึกข้อความ



ส่วนงาน มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) โทร.๒๕๖๔
ที่ ศธ ๖๒๐๖.๐๑/- วันที่ ๑๕ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ด้วย นางสาวขจรินทร์ สมคิด รหัสประจำตัว ๕๕๙๒๐๔๑๖ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร-
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติ
เค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” โดยมี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขอ
อนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ คือ

๑. แบบวัดภาวะสุขภาพ และแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่ง
ของวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติธรรม
กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ” ของ คุณอุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ หลักสูตรพยาบาลศาสตร-
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ โดยมี รองศาสตราจารย์
ดร.เรณา พงษ์เรืองพันธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

๒. แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง และแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็น
ส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง “ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต
ของผู้สูงอายุ” ของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ ที่ตีพิมพ์ในวารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
บูรพา ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๑ มกราคม - เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๑ หน้า ๑๓ - ๒๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง



(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียววิศเรศ)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

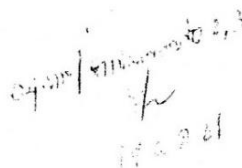
เรียน คณบดี

ด้วย นิสิต นางสาวขจรินทร์ สมคิด หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่อง
การวิจัย ของ

๑. คุณอุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ หลักสูตรพยาบาลศาสตร-
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา ปี พ.ศ. ๒๕๕๓
โดยมี รศ.ดร.เรณา พงษ์เรืองพันธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

๒. ผศ.ดร.วารี กังใจ ที่ตีพิมพ์ในวารสารคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๑ ม.ค. - เม.ย. ๒๕๕๑ หน้า ๑๓-๒๐
เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าว จึงเรียนมาเพื่อ

๑. โปรดทราบและพิจารณาอนุญาต
๒. เห็นควรสำเนาแจ้งรองฯ ฝ่ายบัณฑิตศึกษา, งานฝ่าย
บัณฑิต (นางสาวพรรณนิภา) ทราบเพื่อดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป
๓. สำเนาแจ้งงานบัณฑิต(นางตุ้ม) ทราบต่อไป



ที่ สธ ๐๘๒๒๘/พิเศษ



01402
 28 พ.ค. 2561 - ๒๕๖๑
 ๒๕๖๑
 ๒๕๖๑

โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต
 ๑๓๑ ถนนช่างหล่อ ตำบลทรายยา
 อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๑๐๐

๐/ พฤษภาคม ๒๕๖๑

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือมหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ ที่ ศธ ๖๒๐๖/๑๐๓๘ ลงวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๑

ตามหนังสือที่อ้างถึง มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ ขออนุญาตให้ นางสาวมุขจรินทร์ สมคิด นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขออนุญาตใช้เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เพื่อทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” นั้น

กระผมพิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ ตามความประสงค์

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล
 นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านจิตเวช)

เรียน คณบดี

ด้วย นายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต ได้ตอบอนุญาตให้นางสาวมุขจรินทร์ สมคิด นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ใช้เครื่องมือวิจัยคือ แบบชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เพื่อประกอบ การทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าวได้

๑. จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

๒. เห็นควรสำเนาแจ้งรองคณบดีฝ่ายบัณฑิตฯ

ประธานหลักสูตรฯ ผู้สูงอายุ (ผศ.ดร.พรชัย) อาจารย์ที่ปรึกษา (ผศ.ดร.วารีย์) และงานบัณฑิตฯ เพื่อแจ้งนิสิต (นางสาวมุขจรินทร์ สมคิด) ทราบต่อไป

สำนักงานผู้อำนวยการ

โทร ๐ ๕๓๙๐ ๘๕๐๐ ต่อ ๖๐๑๑๒

โทรสาร ๐ ๕๓๙๐ ๘๕๙๕

E-mail unobppm@surabpa.go.th

ชานี้/ ๒๘ พ.ค. ๒๕๖๑



ภาคผนวก จ

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ของคะแนนภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกรู้สีก่อนค่าในตนเอง

ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธภาพ ในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($n = 92$)

ตัวแปร	Possible range		Actual range		<i>M</i>	<i>SD</i>
	Min	Max	Min	Max		
ภาวะสุขภาพ	23	69	50	68	60.19	4.30
ความสามารถในการดูแลตนเอง	24	120	55	105	82.20	11.78
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	10	50	22	50	42.10	4.34
ภาวะซึมเศร้า	0	30	1	24	9.64	5.28
สัมพันธภาพในครอบครัว	16	80	33	74	54.91	8.41



ภาคผนวก ฉ

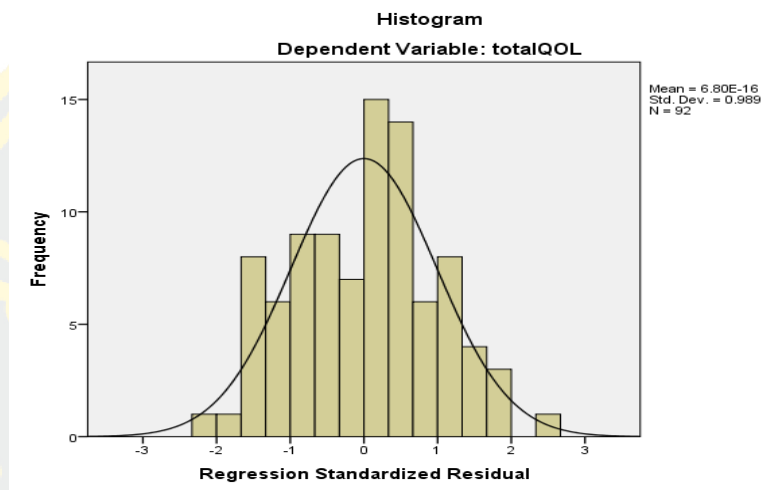
ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ

ข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Multiple regression

1. ตัวแปรต้นและตัวแปรตามต้องมีการกระจายแบบปกติ (Normal distribution)

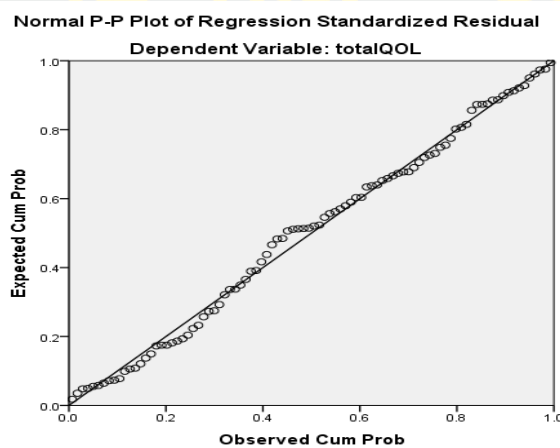
และเป็นข้อมูลเชิงปริมาณมีระดับการวัดเป็นมาตราส่วน

ทดสอบด้วย Histogram และ Normal P-P Plot ได้ผลดังนี้



ภาพที่ 3 แสดงกราฟ Histogram

จากภาพ กราฟที่ได้เป็นรูปประหนึ่งคว่ำ มีความสมมาตรระหว่างซีกซ้ายและขวา แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ (Normal distribution) ตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ (จุพาลักษณ์ บารมี, 2551)



ภาพที่ 4 แสดงกราฟ Normal P-P-Plot

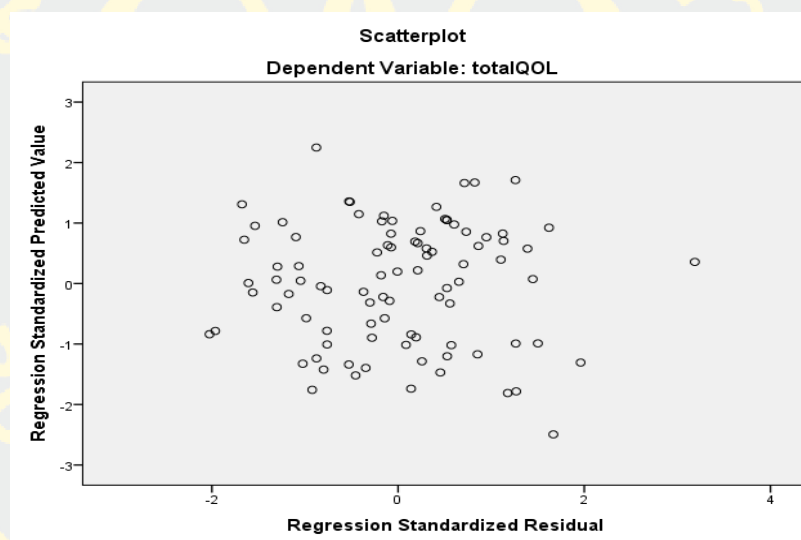
จากภาพ จุดที่แสดงในกราฟอยู่ใกล้ ๆ เส้นตรง แสดงว่า ข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ หรือใกล้เคียงปกติ (Normal distribution) ตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551)

2. จำนวนกลุ่มตัวอย่างต้องมากพอ โดยกลุ่มตัวอย่างมีเป็น 5 เท่าของจำนวนตัวแปรต้น สูตรของ Green (1991) อ้างถึงใน จุฬาลักษณ์ บารมี คือ $N \geq 50 + 8m$ (m = จำนวนตัวแปรต้น)

จากสูตร $50 + 8(5) = 90$ ซึ่งในการศึกษานี้ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 92 ราย แสดงว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมากพอตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551)

3. ความแปรปรวนของตัวแปรตามในทุก ๆ ค่าของตัวแปรต้นต้องเท่ากัน (Assumption of homoscedasticity)

ทดสอบด้วย Scatterplot ได้ผลดังนี้



ภาพที่ 5 กราฟแสดง Scatterplot

เมื่อลากเส้นตรงตามแนวนอนจากค่าศูนย์ พบว่า จุดกระจายอยู่ระหว่าง -3 และ +3 แสดงว่าข้อมูลมีความแปรปรวนของตัวแปรตามในทุก ๆ ค่าของตัวแปรต้นเท่ากัน หรือมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) ตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551)

4. ตัวแปรอิสระทั้งหมดต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง หรือไม่เกิด

(Multicollinearity)

ทดสอบด้วยค่าการยอมรับ (Tolerance) และค่า VIF จากตาราง Coefficients ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 6 ผลการทดสอบ Multicollinearity

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	36.890	6.699		5.507	.000		
	totalselfcre	.674	.081	.661	8.356	.000	1.000	1.000
2	(Constant)	56.112	8.015		7.001	.000		
	totalselfcre	.525	.085	.515	6.198	.000	.788	1.269
	totaldepress	-.722	.189	-.318	-3.824	.000	.788	1.269

a. Dependent Variable: totalQOL

ค่าการยอมรับ (Tolerance) = .788 ซึ่งมีค่าไม่น้อยกว่า .20 และค่า VIF = 1.269 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 4 แสดงว่า ไม่เกิด Multicollinearity (Garson, 2006 อ้างถึงใน จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551)

5. ตัวแปรต้นแต่ละค่าต้องเป็นอิสระจากกัน หรือค่าความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์มีการแจกแจงแบบปกติ และเป็นอิสระต่อกัน หรือไม่เกิด Autocorrelation

ทดสอบด้วยค่า ค่า Durbin -Watson จากตาราง Model Summary ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 7 แสดงตาราง Model Summary

Model Summary^c

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.661 ^a	.437	.431	9.06974	.437	69.828	1	90	.000	
2	.719 ^b	.516	.505	8.45264	.079	14.621	1	89	.000	1.766

a. Predictors: (Constant), totalselfcre

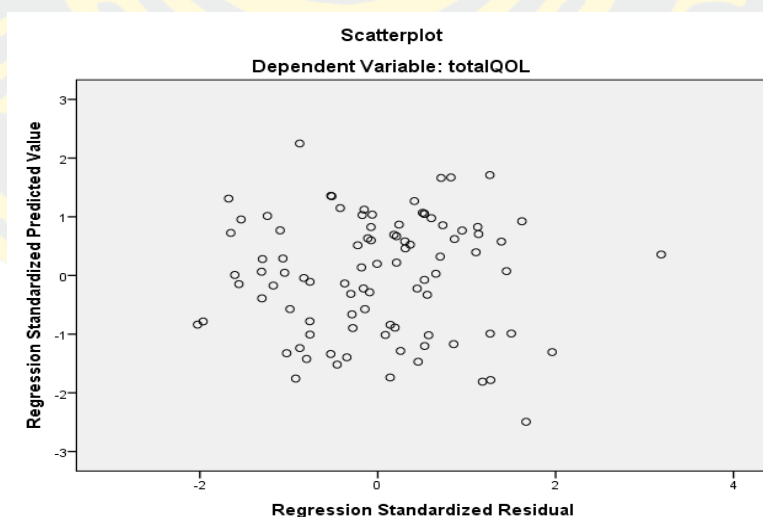
b. Predictors: (Constant), totalselfcre, totaldepress

c. Dependent Variable: totalQOL

ค่า Durbin -Watson = 1.766 ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 1.5-2.5 แสดงว่า ข้อมูลมีความเป็นอิสระต่อกัน หรือไม่เกิด Autocorrelation (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551)

6. ไม่มี Outlier

ทดสอบด้วย Scatterplot ได้ผลดังนี้



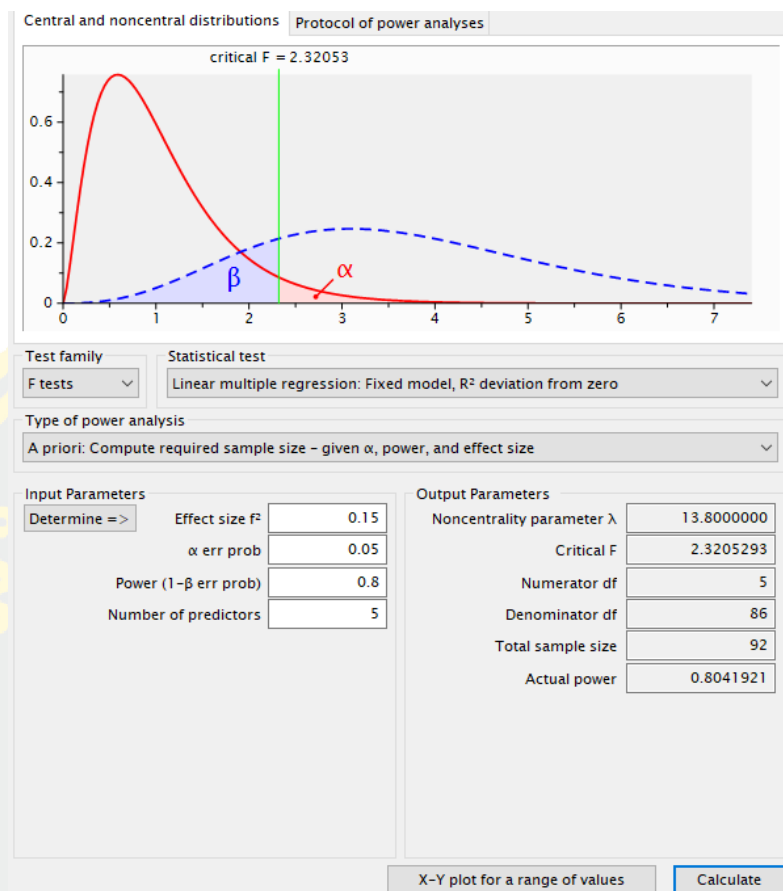
ภาพที่ 6 Scatterplot

เมื่อลากเส้นตรงตามแนวนอนจากค่าศูนย์ พบว่า จุดกระจายอยู่ระหว่าง -3 และ +3 แสดงว่า ไม่มี Outliers ตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551)



ภาคผนวก ข

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power



ภาพที่ 7 การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาว मुखจรินทร์ สมคิด
วัน เดือน ปี เกิด	27 สิงหาคม พ.ศ. 2529
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	19 หมู่ 11 ตำบลทุ่งสว่าง อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ 33270
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2552-2553 พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนครชน กรุงเทพฯ พ.ศ. 2553-2556 พยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสะเกษ พ.ศ. 2556-2559 พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนครชน กรุงเทพฯ
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2551 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2561 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยบูรพา