

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช*

FACTORS PREDICTING QUALITY OF LIFE IN CHRONIC NCDS CLINIC HUASAI HOSPITAL, HUASAI DISTRICT, NAKHON SI THAMMARAT PROVINCE

อุไรวรรณ ทศนีย์สุวรรณ

Uraivan Thusaneeuwun

โรงพยาบาลหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

Huasai Hospital Nakhon Si Thammarat, Thailand

E-mail: wanthus@hotmail.com

บทคัดย่อ

บทความวิจัยฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 321 ราย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครจซ์และมอร์แกน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ 2) แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.87 และ 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ ภาวดี เหมทานนท์ และคณะ (2563) มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2563 ถึง มกราคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ผลการวิจัยพบว่า 1) ระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวมของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีคุณภาพชีวิตดี และ 2) ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพในระดับดี การศึกษาระดับประถมศึกษา การศึกษาระดับมัธยมศึกษา การเข้าร่วม

* Received 7 January 2021; Revised 13 January 2021; Accepted 15 January 2021



กิจกรรมทางสังคมบ่อย และอายุ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 31.60 ($R^2 = .316, p < .001$)

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Abstract

The objective of this research was to study of quality of life level and determine the predictive of quality of life of elderly in chronic NCDs clinic Hua Sai Hospital, Hua Sai District, Nakhon Si Thammarat Province. The samples were 321 patients, aged 60 years and over who were treated in chronic NCDs clinic. Huasai Hospital, Hua Sai District, Nakhon Si Thammarat Province. They were selected by using the formula of Krejcie & Morgan. The research questionnaire consisted of 1) General data questionnaire, namely personal data, health condition and health care, 2) Thai Geriatric Depression Scale: TGDS, which the alpha Cronbach coefficient = 0.87 and 3) Quality of Life Assessment, that using Hamtanon, P. et al (2020) quality of life assessment, alpha Cronbach coefficient = 0.88. Data were collected from December, 2020 to January, 2021. Data were analyzed using frequency, Percentage, Mean, standard Deviation and stepwise multiple regression analysis. The results showed that 1) the overall quality of life level of most of the elderly subjects had good quality of life and 2) predictive factors of quality of life of the elderly in chronic non - communicable disease clinic were depression, good health, primary education, secondary education, frequent participation in social activities and age, which all factors could predict quality of life with 31.60% ($R^2 = .316, p < .001$).

Keywords: Quality of life, Elderly, Chronic NCDs

บทนำ

สถานการณ์ทั่วโลกกำลังเผชิญกับการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุ เช่นเดียวกับผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aged society) มาตั้งแต่ปี 2548 คือมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 10 และตาม คาดประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ในปี 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society)” เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และ



ในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society)” เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด ทั้งนี้แนวโน้มของประชากรจะเป็นไปตามการคาดการณ์ดังกล่าว โดยผลการสำรวจในปี 2562 มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 11.60 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.50 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2563) ซึ่งเมื่อคนเราก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค จากการศึกษาของอัญชลี อังศธรธรรมรัตน์ และสมใจ รัตนศรีทอง กล่าวไว้ว่า สังคมไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุหรือผู้สูงวัยตามแนวโน้มที่สอดคล้องกับประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก จากการคาดการณ์ของสหประชาชาติคาดว่าปี พ.ศ. 2593 ผู้สูงวัยในประเทศไทยจะมีสัดส่วนเป็นประมาณร้อยละ 26.40 นอกจากผู้สูงวัยมีสัดส่วนมากขึ้นในประชากรแล้วยังมีอายุยืนยาวมากขึ้น เนื่องจากสภาพแวดล้อมและรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป แต่การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย อวัยวะต่าง ๆ ที่เสื่อมการทำงานลงไป จะส่งผลให้เกิดภาวะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Diseases: NCDs) สูงขึ้นมากในกลุ่มผู้สูงวัย (อัญชลี อังศธรธรรมรัตน์ และสมใจ รัตนศรีทอง, 2561)

นอกจากสภาพปัญหาทางด้านร่างกายที่ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญแล้วนั้น การเพิ่มขึ้นของประชากรวัยสูงอายุทำให้เกิดปัญหาในด้านอื่น ๆ ตามมา เช่น ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ คือ การที่วัยแรงงานมีรายได้ไม่พอเพียงบวกกับภาระที่ต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุ เพราะวัยผู้สูงอายุไม่สามารถทำงาน เพื่อหารายได้เหมือนในอดีต จึงทำให้วัยแรงงานต้องหางานเพิ่มขึ้นโดยย้ายถิ่นฐานไปทำงานในตัวเมือง ทำให้เกิดปัญหาด้านสังคมตามมา การที่ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่ลำพัง หรือถูกละเลย ขาดคนดูแลทำให้ผู้สูงอายุเหงา รู้สึกหดหู่ บางรายคิดว่าตนไร้ค่า หรืออาจทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ (อารดา ธีระเกียรติกำจร, 2554) ซึ่งจากการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุไทย พบว่า ระดับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุ คือ เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพไม่ดี มีโรคประจำตัวเพิ่มขึ้น มีการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550 พบว่าผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีสุขภาพดีเพียง ร้อยละ 43 สุขภาพปานกลาง ร้อยละ 28.29 สุขภาพไม่ดี ร้อยละ 21.5 และสุขภาพไม่ดีมาก ๆ ร้อยละ 2.8 (จิราพร ทองดี และคณะ, 2555) ภาวะสุขภาพสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้วยร่างกายจะเสื่อมและทรุดโทรมตามอายุที่มากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งทางร่างกายและจิตใจ การที่ระดับภาวะสุขภาพแตกต่างกันอาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแตกต่างกันออกไป

คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจและการรับรู้สถานะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และ สภาพแวดล้อมของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม (จิราพร ทองดี และคณะ, 2555) การมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนพึงปรารถนา แต่การที่จะมีคุณภาพชีวิต



ที่ดีได้ต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่เป็นองค์ประกอบมากมาย องค์การอนามัยโลกได้กำหนดองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตที่ดีไว้ 4 ด้าน คือด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ ด้านสิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิตจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อผู้สูงอายุในสังคม ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงเป็นผู้สูงอายุที่สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและมีสุขภาวะในบั้นปลายของชีวิต โดยจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยจาก 5 จังหวัดในทุกภูมิภาคและกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 70.1 และอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 2.3 ผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครมีระดับคุณภาพชีวิตสูงร้อยละ 40.5 (อุทัย สุดสุข และคณะ, 2552) ปัจจัยที่มีผลและมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบปัจจัย อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและปัจจัยด้านสังคม (อารดา ธีระเกียรติกำจร, 2554) นอกจากนี้ อุทัย สุดสุข และคณะ (2552) ยังพบปัจจัย ภาวะสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุมีปัจจัยเหล่านี้ต่างกัน ย่อมทำให้คุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันได้ จากการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ ในอำเภอหัวไทร ปี 2561 - 2563 พบว่าผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นทุกปี คือ 11,421 คน 11,637 คนและ 11,998 คน ตามลำดับ การเพิ่มขึ้นของประชากรวัยสูงอายุและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุทุกด้านในทางที่เสื่อมถอยลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหามากมาย โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพปัญหาด้านจิตใจ (อุทัย สุดสุข และคณะ, 2552)

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับคุณภาพชีวิต และปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่ามีความสุขและได้รับความคุ้มครองจากสังคมตลอดจนสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานที่เหมาะสมต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlation predictive design) มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ในปี 2563 จำนวน 1,379 คน (ระบบสถิติทางการแพทย์) ยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาได้ดี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครจซี่และมอร์แกน ประชากรที่ใช้ในการวิจัยมีจำนวน 1,379 คน ยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างได้ 5% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 ซึ่งผลจากการแทนค่าตามสูตรข้างต้น ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเท่ากับ 300 คน และเพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วนและข้อมูลไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 330 คน (Krejcie, R. V. & Morgan, D. W., 1970)

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากทะเบียนนัดหมายที่เตรียมไว้ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับฉลากเลขคู่และเลขคี่ทุกวันที่ไปเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ เวลา 08.00 - 16.00 น.ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2563 - มกราคม 2564 จนได้ครบตามกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

1) ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป 2) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม 3) มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยมีค่าคะแนนจากแบบประเมิน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป 4) ยินดีให้ข้อมูล 5) ไม่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชและรับประทานยาทางจิตเวช

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ

2. แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลดีแอค (Barthel Activities of Daily Living: ADL) พัฒนาโดยสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุลและคณะ คะแนนเต็ม 20 คะแนน มีการแบ่งช่วงคะแนน ดังนี้ 0 - 4 คะแนน คือ ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์



5 - 8 คะแนน คือ ภาวะพึ่งพารุนแรง 9 - 11 คะแนน คือ ภาวะพึ่งพาปานกลาง 12 - 20 คะแนน คือ ไม่เป็นการพึ่งพา

3. แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (Train the Brain Forum Thailand) มีจำนวน 30 ข้อ เป็นแบบคำถามแบบ ใช่/ไม่ใช่ แบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.87

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

การแปลผล	คนสูงอายุปกติ	0 - 12 คะแนน
	ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย (Mild depression)	13 - 18 คะแนน
	ผู้มีความเศร้าปานกลาง (Moderate depression)	19 - 24 คะแนน
	ผู้มีความเศร้ารุนแรง (Severe depression)	25 - 30 คะแนน

4. แบบประเมินคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ ภาวะดี เหมทานนท์ และคณะ ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก และแนวคำถามของแบบประเมิน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ภาวะดี เหมทานนท์ และคณะ, 2563) (WHOQOL - OLD) ของ World Health Organization โดยผู้วิจัยนำไปหาค่าความเชื่อมั่นจากผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 แบบประเมินมีการให้คะแนนการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตแบบ Rating scale (ระดับคะแนน 1 - 4/ น้อยที่สุด - มากที่สุด) ได้ข้อคำถามทั้งหมด 38 ข้อ มีข้อความทางบวก 29 ข้อ และข้อความทางลบ 8 ข้อ (ข้อ 3, 5, 6, 7, 13, 18, 35, 36) แบ่งออกเป็น 7 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย (จำนวน 7 ข้อ) 2) ด้านจิตใจและอารมณ์ (จำนวน 9 ข้อ) 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (จำนวน 5 ข้อ) 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (จำนวน 4 ข้อ) 5) ด้านความเป็นตัวของตัวเอง (จำนวน 4 ข้อ) 6) ด้านความสำเร็จและความคาดหวังในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต (จำนวน 4 ข้อ) และ 7) ด้านการเผชิญหน้ากับความตาย (จำนวน 4 ข้อ) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ (World Health Organization, 2006)

น้อยที่สุด หมายถึง ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความพึงพอใจกับข้อคำถามนั้นในระดับน้อยที่สุด

น้อย หมายถึง ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความพึงพอใจกับข้อคำถามนั้นในระดับน้อย

มาก หมายถึง ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความพึงพอใจกับข้อคำถามนั้นในระดับมาก



มากที่สุด หมายถึง ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความพึงพอใจกับข้อความนั้นในระดับมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การแปลค่าคะแนน ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 เกณฑ์การแปลค่าคะแนนแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

องค์ประกอบ	มีคุณภาพชีวิตไม่ดี	มีคุณภาพชีวิต กลาง ๆ	มีคุณภาพชีวิตที่ดี
ด้านร่างกาย	7 - 13	14 - 20	21 - 28
ด้านจิตใจและอารมณ์	9 - 17	18 - 26	27 - 36
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	5 - 9	10 - 14	15 - 20
ด้านสิ่งแวดล้อม	4 - 7	8 - 11	12 - 16
ด้านความเป็นตัวของตัวเอง	4 - 7	8 - 11	12 - 16
ด้านความสำเร็จและความคาดหวังในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต	4 - 7	8 - 11	12 - 16
และด้านการเผชิญหน้ากับความตาย	4 - 7	8 - 11	12 - 16
รวม	37 - 67	68 - 101	102 - 148

จริยธรรมการวิจัย

วิจัยฉบับนี้ผ่านการรับรองจริยธรรม เลขที่ NSTPH 042/2563 เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2563 โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัย ผู้วิจัยประสานผู้รับผิดชอบงานแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมในการเป็นอาสาสมัครวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล คือระหว่างเดือนธันวาคม 2563 – มกราคม 2564

2. ตรวจสอบความสมบูรณ์แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถาม พบว่าแบบสอบถามที่สมบูรณ์มีจำนวน 321 ชุด คิดเป็นร้อยละ 97.27

3. เตรียมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์โดยจัดทำเครื่องมือลงรหัสตามแบบสอบถามแล้วนำข้อมูลทั้งหมดจากแบบสอบถามมาลงรหัสในแบบฟอร์มลงรหัสหลังจากนั้นนำข้อมูลไปประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป



สมมติฐานการวิจัย

อายุ การศึกษา อาชีพในปัจจุบัน ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราชได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปแยกวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพในปัจจุบัน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และการดูแลสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

2. ข้อมูลระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต ใช้สถิติวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบทีละขั้น ตอน (Stepwise) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงพหุ ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551) ของสถิติที่ใช้ ดังนี้

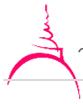
3.1 การมีข้อมูลลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบ ๆ เส้นตรง จึงสรุปได้ว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์เชิงเส้น กรณีที่ตัวแปรอิสระเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ มีระดับการวัดเป็นมาตราส่วน ได้แก่ อายุ และภาวะซึมเศร้า ใช้ข้อมูลนำมาวิเคราะห์เลย กรณีที่ตัวแปรอิสระมีระดับการวัดเป็นกลุ่ม/อันดับ (Nominal/ Ordinal) ได้แก่ การศึกษา อาชีพในปัจจุบัน ภาวะสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ผู้วิจัยนำมาเปลี่ยนค่าโดยใช้ตัวแปรหุ่น และกรณีที่ตัวแปรกลุ่มมี 2 ค่าขึ้นไป จะมีการใช้กลุ่มอ้างอิง

3.2 ตัวแปรอิสระทั้งหมดไม่มีความสัมพันธ์กันเอง หรือไม่เกิด Multicollinearity

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ภาวะสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายอยู่ 1.92 เท่า มีอายุอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้นมากที่สุด เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพคู่ประมาณ $\frac{3}{4}$ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็น 4.72 เท่าของ



ระดับการศึกษาที่สูงกว่า ยังคงมีรายได้จากการประกอบอาชีพในจำนวนที่เท่ากับการไม่ได้ทำงาน และไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของสังคมมากกว่าร้อยละ 50 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 321)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	110	34.27
	หญิง	211	65.73
อายุ	60 – 70 ปี	242	75.39
	71 – 80 ปี	68	21.18
	81 ปีขึ้นไป	11	3.43
	Max = 94 ปี Min = 60 ปี \bar{X} = 67.57 S.D. = 5.95		
สถานภาพสมรส	ศาสนา		
	พุทธ	301	93.77
	อิสลาม	20	6.23
	โสด	7	2.18
	คู่	245	76.32
การศึกษา	ม่าย	59	18.38
	หย่า/แยก	10	3.12
	ประถมศึกษา	258	80.37
	มัธยมศึกษา	32	9.97
อาชีพในปัจจุบัน	ปริญญาตรีและสูงกว่า (reference)	31	9.66
	ไม่ได้ทำงาน	168	52.34
	เกษตรกรกรรม	128	39.88
	ข้าราชการบำนาญ (reference)	83	25.86
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	ไม่เลย (reference)	192	59.81
	ได้ทำบางครั้ง	72	22.43
	ได้ทำสม่ำเสมอ	57	17.76

ภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 รับรู้ว่าคุณภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับปานกลาง โดยความสามารถในการมองเห็นได้ชัดเจนมีประมาณร้อยละ 50 เช่นเดียวกับการมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ช่วย เช่น ไม้เท้า แว่นตา ซึ่งแตกต่างกับการได้ยินที่ส่วนใหญ่ได้ยินชัดเจนดี ทั้งนี้โดยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ซึ่งพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด โดยเป็นโรคหัวใจน้อยที่สุด และพบว่ามีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงรุนแรงร้อยละ 8.41 ดังตารางที่ 3



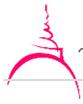
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 321)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพ		
ดี	82	25.55
ปานกลาง	219	68.22
แย่ (reference)	20	6.23
การมองเห็น		
มองเห็นชัดเจน	157	48.91
มองเห็นไม่ชัดเจน/ มัว	164	51.09
การได้ยิน		
ได้ยินชัดเจน	278	86.60
ได้ยินไม่ชัดเจน	43	13.40
การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ไม้เท้า แวนตา เครื่องช่วยฟัง		
ไม่ใช้	157	48.91
ใช้	164	51.09
การมีโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)		
ความดันโลหิตสูง	259	80.69
เบาหวาน	217	67.60
ไขมันในเลือดสูง	217	67.60
หัวใจ	36	11.21
ปวดเรื้อรัง	57	17.76
ภาวะซีมีเศร้า		
ไม่มี (0 – 12 คะแนน)	294	91.59
เล็กน้อย (13 – 18 คะแนน)	12	3.74
ปานกลาง (19 – 24 คะแนน)	14	4.36
รุนแรง (25 – 30 คะแนน)	1	0.31

ในส่วนของการดูแลสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา มีการรับประทานอาหารที่เหมาะสมคือทั้งโปรตีนและผัก ผลไม้ และส่วนใหญ่แล้วไม่มีการใช้อาหารเสริม ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 321)

การดูแลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การออกกำลังกาย		
ไม่เลย	60	18.69
ได้ทำบางครั้ง	87	27.10
ได้ทำสม่ำเสมอ	174	54.21
การสูบบุหรี่		
ไม่เลย	293	91.28
ได้ทำบางครั้ง	7	2.18
ได้ทำสม่ำเสมอ	21	6.54



การดูแลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การดื่มสุรา		
ไม่เลย	302	94.08
ได้ทำบางครั้ง	16	4.98
ได้ทำสม่ำเสมอ	3	0.93
การรับประทานเนื้อสัตว์		
ไม่เลย	2	0.62
ได้ทำบางครั้ง	53	16.51
ได้ทำสม่ำเสมอ	266	82.87
การรับประทานผักและผลไม้		
ไม่เลย	9	2.80
ได้ทำบางครั้ง	84	26.17
ได้ทำสม่ำเสมอ	228	71.03
การรับประทานอาหารเสริม		
ไม่เลย	219	68.22
ได้ทำบางครั้ง	38	11.84
ได้ทำสม่ำเสมอ	64	19.94

2. ระดับคะแนนคุณภาพชีวิต

ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวมของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเกือบทั้งหมดมีคุณภาพชีวิตดี และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่คุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเลย ยกเว้นคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และด้านการเผชิญหน้ากับความตาย ที่พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างเพียงด้านละ 2 คนที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดี ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n = 321)

คุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิตไม่ดี		คุณภาพชีวิตกลาง ๆ		คุณภาพชีวิตดี		\bar{X}	S.D.
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ด้านร่างกาย	2	0.62	90	28.04	229	71.34	21.75	2.64
ด้านจิตใจและอารมณ์	0	0.00	99	30.84	222	69.16	27.44	2.92
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	0	0.00	91	28.35	230	71.65	15.32	2.68
ด้านสิ่งแวดล้อม	0	0.00	25	7.79	296	92.21	12.31	1.22
ด้านความเป็นตัวของตัวเอง	0	0.00	42	13.08	279	86.92	12.34	2.09
ด้านความสำเร็จและความคาดหวัง	0	0.00	26	8.10	295	91.90	12.63	3.52
ด้านการเผชิญหน้ากับความตาย	2	0.62	198	61.68	121	37.69	11.13	1.28
โดยรวม	0	0.00	14	4.36	307	95.64	112.92	9.62



3. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับคุณภาพชีวิต การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับคุณภาพชีวิต ใช้สถิติ Spearman correlation เนื่องจากตัวแปรส่วนใหญ่เป็นตัวแปรกลุ่ม ผลการวิเคราะห์ พบว่า อายุ ภาวะซึมเศร้า การศึกษาระดับประถม การไม่ได้ทำงาน การมีภาวะสุขภาพปานกลาง มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($r = -.178, -.446, -.271, -.250$ และ $-.168$ ตามลำดับ) การมีภาวะสุขภาพดี และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมบ่อยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($r = .306$ และ $.165$ ตามลำดับ) การมีอาชีพเป็นเกษตรกรความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = .128$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนาย กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ($n = 321$)

ตัวแปรอิสระ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. อายุ										
2. ภาวะซึมเศร้า	.046									
3. การศึกษาระดับประถมศึกษา	.155**	.189**								
4. การศึกษาระดับมัธยมศึกษา	.011	-.133								
5. ไม่ได้ทำงาน	.253**	.150**	.329**	-.120*						
6. เกษตรกรรม	-.192**	-.087	-.030	.069						
7. ภาวะสุขภาพดี	-.003	-.212**	-.160**	.091	-.128*	.092				
8. ภาวะสุขภาพปานกลาง	.011	.063	.101	-.063	.059	-.045				
9. การร่วมกิจกรรมทางสังคมบางครั้ง	.012	-.030	-.204**	.145**	-.100	.050	-.058	.062		
10. การร่วมกิจกรรมทางสังคมบ่อยครั้ง	.024	-.146**	-.078	.090	-.112*	.104	.120*	-.068		
11. คุณภาพชีวิต	-.178**	-.446**	-.271**	.067	-.250**	.128*	.306**	-.168**	.080	.165*

3.2 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ ซึ่งก่อนทำการวิเคราะห์ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลง



เบื้องต้นของสถิติ พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ดังที่กล่าวไว้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพในระดับดี การศึกษาระดับประถมศึกษา การศึกษาระดับมัธยมศึกษา การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมบ่อย และอายุ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 31.60 ($R^2 = .316, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 6 โดยสามารถเขียนสมการทำนายได้ดังนี้

คะแนนดิบ

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง = $132.381 - .560(\text{ภาวะซึมเศร้า}) + 4.590(\text{ภาวะสุขภาพในระดับดี}) - 8.651(\text{การศึกษาระดับประถมศึกษา}) - 8.805(\text{การศึกษาระดับมัธยมศึกษา}) + 3.414(\text{การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมบ่อย}) - .157(\text{อายุ})$

คะแนนมาตรฐาน

$Z(\text{คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง}) = -.298(\text{ภาวะซึมเศร้า}) + .209(\text{ภาวะสุขภาพในระดับดี}) - .358(\text{การศึกษาระดับประถมศึกษา}) - .275(\text{การศึกษาระดับมัธยมศึกษา}) + .136(\text{การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมบ่อย}) - .097(\text{อายุ})$

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพในระดับดี การศึกษาระดับประถมศึกษา การศึกษาระดับมัธยมศึกษา การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมบ่อย และอายุ กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n = 321)

ปัจจัยทำนาย	β	SE	Beta	t
ค่าคงที่	132.381	5.156		25.673***
ภาวะซึมเศร้า	-.560	.090	-.298	-6.190***
ภาวะสุขภาพในระดับดี	4.590	1.060	.209	4.331***
การศึกษาระดับประถมศึกษา	-8.651	1.581	-.358	-5.437***
การศึกษาระดับมัธยมศึกษา	-8.805	2.043	-.275	-4.309***
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมบ่อย	3.414	1.191	.136	2.867**
อายุ	-.157	.077	-.097	-2.029*

$R = .562, R^2 = .316, \text{adj } R^2 = .303, \text{df} = 6, F = 24.172^{***}, \text{SE}_{\text{est}} = 8.027$

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

นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 6 ยังพบว่า เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นให้คงที่

1. ผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาระดับมัศึกษามีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่า 8.805 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า



2. ผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตดี มีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตดีกว่า 4.590 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตดี
3. ผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมบ่อยมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตดีกว่า 3.414 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเลย
4. ผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่า 8.651 และระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่า 8.805 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า
5. ผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตดี มีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตดีกว่า 4.590 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตดี
6. ผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมบ่อยมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตดีกว่า 3.414 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเลย

อภิปรายผล

1. ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลการวิจัย พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวมของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีคุณภาพชีวิตดี และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่คุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเลย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงดี และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามบริบทต่าง ๆ (Rodrigues, L. R. et al., 2017) หรือกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ (อณัญญา ชี้อตรง และทัศนาศู วรธรรมะปกรณ์, 2559); ที่สำคัญผู้สูงอายุของการวิจัยนี้เป็นผู้ที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทุกคน และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.32) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอารดา ธีระเกียรติกำจร ที่พบว่า ถ้าผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรสและคู่สมรสยังมีชีวิตอยู่ มีโอกาสทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตดีอยู่ มีคนคอยดูแล รู้สึกปลอดภัยในการใช้ชีวิต (อารดา ธีระเกียรติกำจร, 2554)

แม้ว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จะเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน หัวใจ อย่างน้อย 1 โรค ซึ่งมีการศึกษากล่าวว่าการมีโรคประจำตัวจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง และส่งผลต่อการ



ดำเนินชีวิต แต่สำหรับการศึกษาในครั้งนี้กลับพบว่าแม้ผู้สูงอายุจะมีโรคประจำตัว ก็ยังมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพที่ดี เช่น การไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การไปพบแพทย์ตามนัด ทำให้อยู่กับโรคประจำตัวได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่งผลต่อความผาสุกของบุคคล เพื่อการดำรงอยู่ในสังคมด้วยความพึงพอใจ มีความสุขตามองค์ประกอบทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม (ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา, 2559)

2. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ภาวะซึมเศร้า สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ($\beta = -.560$; $p < .001$) ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 91.59) และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ($r = -.446$; $p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนของประเทศจีนมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -0.63$; $p < .001$) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุได้ ($\beta = 0.307$; $p < .01$) (Lu, C. et al., 2017) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และยังอยู่กับครอบครัวที่คอยเกื้อหนุนดูแลเอาใจใส่ อีกทั้งในเขตอำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราชยังเป็นเขตชนบท และกิ่งเมืองกิ่งชนบทเป็นส่วนใหญ่ ประชาชนส่วนใหญ่มีการติดต่อไปมาหาสู่กันในกลุ่มชน แม้จะไม่ค่อยได้ทำกิจกรรมในลักษณะกลุ่มด้วยกัน แต่ก็มี การพูดคุยกับเพื่อนบ้าน มีการไถ่ถามทุกข์สุขทุกครั้งเมื่อมีใครเจ็บไข้ไม่สบาย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เป็นไปในทางเสื่อมถอย มีการเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง เกิดภาวะพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น ก็ไม่ส่งผลกระทบให้ผู้สูงอายุไม่มีความสุขมีความรู้สึกท้อแท้ รู้สึกไร้ค่า รู้สึกสิ้นหวัง ไม่อยากทำอะไร (Chen, H. M. & Chen, C. M., 2017)

ภาวะสุขภาพในระดับดี สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ($\beta = 4.590$; $p < .001$) แม้ว่าผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพปานกลาง (ร้อยละ 68.22) รองลงมาคือ ภาวะสุขภาพดี (ร้อยละ 25.55) และภาวะสุขภาพดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ($r = .306$; $p < .01$) ซึ่งภาวะสุขภาพ เป็นสภาพร่างกายในปัจจุบันตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีต่อร่างกายของ ตนเองและการประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง ดังเช่นการศึกษาของ Chen, H. M. & Chen, C. M. พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมจนเกิดภาวะทุพพลภาพ และมีการพึ่งพิงผู้อื่นในการทำกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.609$; $p < .01$) ดังจะเห็นได้จากผลการวิจัยที่พบว่าผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับรู้ว่าคุณภาพสุขภาพดี มีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตดีกว่า 4.590 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับรู้ว่าคุณภาพสุขภาพแย่ (Chen,



H. M. & Chen, C. M., 2017) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร ทองดี และคณะ พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.77$; $p < .01$) (จิราพร ทองดี และคณะ, 2555)

การศึกษาระดับประถมศึกษา และการศึกษาระดับมัธยมศึกษา สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ($\beta = - 8.651, - 8.805$; $p < .001$) ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 80.37) แม้ว่าการศึกษาระดับประถมศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ($r = .155, p < .01$) ส่วนการศึกษาระดับมัธยมศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่ก็สามารถทำนายได้ กล่าวคือ ผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่า 8.651 และระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่า 8.805 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ซึ่งอธิบายได้ว่าการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจในภาวะการเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีกว่า สามารถใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้ที่มากขึ้น รวมไปถึงการมีทักษะการปรับตัวที่ดีต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมบ่อย สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ($\beta = 3.414$; $p < .01$) กล่าวคือ ผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมบ่อยมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตดีกว่า 3.414 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเลย ดังผลการวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (ร้อยละ 59.81) แต่การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมบ่อยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ($r = .165, p < .01$) ในขณะที่การเข้าร่วมกิจกรรมบางครั้งไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม นำมาซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นการรับรู้ที่เกี่ยวกับการยอมรับ การเคารพนับถือในตนเอง ความเชื่อและความรู้สึกมั่นใจว่าตนเองมีความสำคัญมองตนเองในทางบวก โดยเห็นว่าตนเองมีคุณค่าและตัดสินใจมีความสำคัญในตนเองมีความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จได้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสำคัญต่อกระบวนการปรับตัวของผู้สูงอายุในด้านการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตใจที่เป็นไปในทางที่เสื่อมลง (Veni, R. K. & Merlene, A. M., 2017)

อายุ สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ($\beta = - 157$; $p < .05$) และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ($r = - .178$; $p < .01$) อธิบายได้ว่า เมื่อมีอายุมากขึ้นจะส่งผลต่อการทำหน้าที่



ทั้งร่างกายและจิตใจ ดังจะเห็นได้จากผลการวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีด้านร่างกาย และด้านการเผชิญหน้ากับความตาย ซึ่งเมื่ออายุมากขึ้นร่างกายมีความเสื่อมตามกระบวนการสูงอายุ รวมไปถึงการมีโรคประจำตัวเพิ่มขึ้น เช่น การมองเห็น การได้ยินที่เสื่อมลงอย่างชัดเจน ทำให้ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ต่าง ๆ เข้ามาช่วยและต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ได้รับการดูแลที่ยาวนานอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนได้ ส่งผลต่อภาวะจิตใจที่รู้สึกถึงศักยภาพในตัวเองที่ลดลง ซึ่งนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงได้

สรุป/ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยครั้งนี้มีข้อค้นพบปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ คือ อายุ แต่ปัจจัยอื่น ๆ ล้วนที่จะส่งเสริม ป้องกัน และบำบัดได้ เช่น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้มีความรู้เพิ่มขึ้นทั้งในเรื่องการเจ็บป่วยและข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางสุขภาพ เพื่อให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคม รวมถึงการได้มีอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ ที่สำคัญคือการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้า แม้จะมีอายุยืนยาวขึ้น แต่เป็นการอยู่อย่างมีความสุขกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีข้อเสนอแนะ ดังนี้ 1) พยาบาลควรมีการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลที่เน้นการป้องกันหรือการบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง รวมไปถึงการส่งเสริมสุขภาพให้อยู่ในระดับดี และการส่งเสริมให้มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมให้มากขึ้น 2) จากผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่ดี ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี หน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างเสริมให้พลังความเชื่อในความสามารถของตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุให้ได้อย่างต่อเนื่อง และควรมีการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุทุกปี เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดทัศนคติที่ดีต่อตนเอง เกิดความพึงพอใจในสุขภาพร่างกายที่เป็นอยู่ได้ 3) หน่วยงาน ชุมชนหรือหมู่บ้านควรมีความเอาใจใส่เกี่ยวกับสุขภาพให้มากยิ่งขึ้น ควรมีการรณรงค์ให้มีการจัดสวนหย่อม หรือปลูกต้นไม้ เพื่อสร้างความร่มรื่นให้แก่คนในชุมชนไว้พักผ่อน ออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่เป็นการสร้างความสุขให้กับคนในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาช่วยเหลืออย่างดีจาก ดร.ภาวดี เหมทานนท์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ คำปรึกษา การปรับปรุงเครื่องมือ ข้อเสนอแนะข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ตลอดจนตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่และเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้จิวราพร



เอกสารอ้างอิง

- จิราพร ทองดี และคณะ. (2555). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 22(3), 88-99.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2551). สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา. (2559). กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต. วารสารเทคนิคการแพทย์ เชียงใหม่, 49(2), 171-184.
- ภาวดี เหมทานนท์ และคณะ. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความภาคภูมิใจในตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์, 7(12), 1-14.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2563). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อนันตยา ชี้อตรง และทัศนาศูววรรณปะกรณ์. (2559). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 27(2), 58-70.
- อัญชลี อังศธรมรัตน์ และสมใจ รัตนศรีทอง. (2561). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยสูงวัย ที่เข้ารับการรักษาโรคเรื้อรังซับซ้อนที่ศูนย์ชิวินันท์โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. ศรีนครินทร์เวชสาร, 33(5), 398-403.
- อารดา อีระเกียรติกำจร. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. ใน วิทยานิพนธ์เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุทัย สุตสุข และคณะ. (2552). โครงการศึกษาสถานการณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันความต้องการ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. ใน รายงานการวิจัย. สมาคมคลังปัญญาอาวุโสแห่งประเทศไทย.
- 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(1), 12-15.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement, 30(3), 607-610.
- Lu, C. et al. (2017). Depression and Resilience Mediates the Effect of Family Function on Quality of Life of the Elderly. Archives of Gerontology and Geriatrics, 71(July 2017), 34-42.



- Rodrigues, L. R. et al. (2017). Quality of Life of Elderly People of the Community and Associated Factors. *Journal of Nursing*, 11(3), 1430-1438.
- 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.
- World Health Organization. (2006). whoqol-old manual world health organization european office. Retrieved January 2, 2020, from https://www.who.int/mental_health/evidence/WHOQOL_OLD_Manual.pdf?ua=1