



คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ

นงนุช แยมวงษ์

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

บทคัดย่อ

วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางที่เสื่อมลง เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 245 คน เป็นเพศหญิง 147 คน (ร้อยละ 60) เป็นเพศชาย 98 คน (ร้อยละ 40) อายุเฉลี่ย 68 ปี (range = 63-85, SD = 8.85) ร้อยละ 95 นับถือศาสนาพุทธ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล 3 ชุด คือ (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และ (3) แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63 ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ร้อยละ 76.5 ด้านจิตใจ ร้อยละ 52.3 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 63.4 และด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 59.8 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 86.12 จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 70 ซึ่งโรคที่พบบ่อย 4 ลำดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 61.3 โรคเบาหวาน ร้อยละ 32.2 โรคหัวใจ ร้อยละ 1.2 และ โรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 1.1 ส่วนใหญ่ปัญหาทางสุขภาพที่พบเกี่ยวกับการมองเห็น ร้อยละ 60 ผิวหนังแห้งและมีผื่นคัน ร้อยละ 38.5 การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ร้อยละ 22.1 โดยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ($r = 0.77, p < .01$) นอกจากนี้ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และฐานะทางการเงิน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรในทีมสุขภาพ ตลอดจนผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อการเตรียมพร้อมบุคคลที่เข้าสู่วัยสูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรม อาจมีผลช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ความสามารถในการกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุ

ผู้นิพนธ์หลัก:

นงนุช แยมวงษ์

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

62 หมู่ 7 อำเภอบางกร่าง จังหวัดนครนายก 26120

อีเมลล์: nyamwong@gmail.com

Quality of life and physical activities of daily living among elderly patients at HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center

Nongnuch Yamwong

Department of Nursing, HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center

Faculty of Medicine, Srinakharinwirote University

Abstract

A total of 245 elderly patients recruited from Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center were 147 women (60%), and 98 men (40%). The mean age was 68 years (range = 63-85, SD = 8.85), most of elderly's religions were Buddhism (95%). The data collection was using a structured questionnaire including demographic data, activities of daily living questionnaire, and elderly quality of life index. Frequency, percentage, mean, standard deviation, and the Pearson product-moment correlation coefficient were analyzed. The result revealed that overall quality of life in the elderly was in the moderate level (63%) including physical (76.55%), psychological (52.3%), social relationship (59.8%), environmental domains (59.8%) and good level of activities daily living (86.12%). About 70 percents of the elderly have at least one chronic illness. The most common chronic illnesses including hypertension (61.3%), diabetes mellitus (32.2%), heart disease (1.2%), and chronic kidney disease (1.1%). The most common health problems were visual problems (60%), dry and itchy skin (38.5%), and bladder control problems (25%). Quality of life has positively relationship with activities of daily living ($r = 0.77, p < .01$) and the demographic factors including age, gender, marital status, and educational level. Income and economic status had a significant correlation with the quality of life in elderly. These findings suggested that the health care providers and caregiver of the elderly should participate in chronic illness prevention and planning health promotion activities which are appropriate with cultural context in order to improve activities of daily living and quality of life.

Keywords: quality of life, activities of daily living, elderly

Corresponding author:

Nongnuch Yamwong

Department of Nursing, Faculty of Medicine, Srinakharinwirot University

62 Moo 7 Ongkharuk, Nakhon-Nayok 26120

E-mail: nyamwong@gmail.com

■ บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุ รวมทั้งสิ้น 7,537,000 คน คิดเป็นร้อยละ 11.8 ของประชากร ซึ่งคาดการณ์ว่าในปี 2563 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 11 ล้านคน หรือร้อยละ 17 ของประชากรไทยทั่วประเทศ⁽¹⁾ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรแบบนี้ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ” คือ ประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด เป็นผลมาจากปัจจัยที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) คนไทยนิยมมีบุตรน้อยลง จากการวางแผนครอบครัวที่ดี ทำให้เด็กที่เกิดใหม่มีจำนวนน้อยลงเรื่อยๆ 2) การพัฒนาทางการแพทย์และการสาธารณสุขในช่วงระยะเวลาที่สามสิบปีที่ผ่านมาทำให้คนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น โดยปัจจุบันคนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยโดยรวม 72 ปี (เพศชาย 68 ปีและเพศหญิง 75 ปี) จากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างชัดเจนนี้ รัฐบาลได้ให้ความสำคัญโดยมีนโยบายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับประชากรผู้สูงอายุมากขึ้น โดยมีการศึกษาถึงความต้องการของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เช่น การศึกษาคุณภาพชีวิต สวัสดิการ การส่งเสริมสุขภาพ รายได้ การทำงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว และชุมชนของผู้สูงอายุ เป็นต้น ทำให้มีข้อมูลจำนวนมากในการนำมาวางแผนเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่ามีปัจจัยที่ต้องให้การสนับสนุนช่วยเหลือในหลายด้านที่จะสามารถทำให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้สุขสบายขึ้นสอดคล้องกับบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลง

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง มีการเจ็บป่วยบ่อยขึ้น คุณลักษณะผู้สูงอายุโดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) มีประมาณร้อยละ 59.1 2) ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) มีประมาณร้อยละ 31.1 3) ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 70-79 ปี) มีประมาณร้อยละ 9.8 ซึ่งแต่ละช่วงอายุจะมีความแตกต่างกันในเรื่องศักยภาพ ความต้องการ และภาวะสุขภาพ ดังนี้ 1) กลุ่มผู้สูงวัยที่ยังมีพลัง (active aging) ในช่วงนี้ผู้สูงอายุจะช่วยเหลือตนเองได้ดีและยังช่วยเหลือผู้อื่นได้ด้วย ทั้งด้านการเป็นแรงงานและศักยภาพในการผลิต ซึ่งหลายคนถือว่าเป็นจุดสูงสุดในการแบ่งปันประสบการณ์ ภูมิปัญญา และการสร้างประโยชน์ต่อสังคม 2) กลุ่มผู้สูงอายุกึ่งกลาง (70-79 ปี) เป็นช่วงที่สุขภาพโดยรวมค่อนข้างดี แม้จะเริ่มอ่อนแอหรือมีความเจ็บป่วยมารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันไปบ้าง บางคนเริ่มสูญเสียความคล่องแคล่วทางร่างกาย จากความเสื่อมสภาพของร่างกาย

ต้องระมัดระวังในการเคลื่อนไหว การมองเห็นและการได้ยินลดลง มีปัญหาเกี่ยวกับการบดเคี้ยว และข้อเข่าเสื่อม แต่ความจำตลอดจนความคิดวิเคราะห์ยังอยู่ในสภาพค่อนข้างดี บางรายอาจมีโรคเรื้อรังประจำตัว แต่ส่วนใหญ่แล้วยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยเฉพาะในด้านการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวัน บางรายอาจทำงานที่ไม่ต้องออกแรงที่บ้านได้ 3) กลุ่มวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) เริ่มมีความเจ็บป่วยบ่อยขึ้น มีการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ ปากชัดขึ้น ผู้สูงอายุบางท่านอาจทุพพลภาพ ดังนั้น จึงต้องการการช่วยเหลือและการดูแลจากผู้อื่นในการดำรงชีวิต ต้องพึ่งพิงผู้อื่นมาก จากสภาพความเป็นจริงในสังคมไทยและสังคมต่างประเทศทั่วโลกจะพบว่า สังคมไม่ได้ให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุอย่างที่ควรจะเป็นจึงพบว่ามี การทอดทิ้งผู้สูงอายุจำนวนมาก จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽²⁾ พบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 21.8 ประเมินว่าตนเองสุขภาพไม่ดี และร้อยละ 52.3 ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพในรอบปีที่ผ่านมา และพบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 31.7 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13.3 ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 7.0 ป่วยเป็นโรคหัวใจและด้านจิตใจ พบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 51.2 ที่อยู่คนเดียวมากกว่าเหงา และจากการศึกษาของ ปิโนเรศ กาศอุดมและคณะ⁽⁴⁾ พบว่าผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีโรคประจำตัว 3 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและกระดูกและโรคเบาหวาน ซึ่งความชุกของโรคเรื้อรังจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น โดยร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุจะมีโรคเรื้อรังหลายโรค⁽⁵⁾ รวมทั้งวิถีการดำเนินชีวิตก็เปลี่ยนไปเพราะเกษียณอายุทำงาน การร่วมกิจกรรมส่วนรวมและสังคมลดลงเกิดความรู้สึกสูญเสียบทบาทและความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองลดลงจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวผู้สูงอายุต้องปรับตัวมากมาย ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การที่ภาวะสุขภาพแตกต่างกันส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดังการศึกษาของ น้ำฝน กองอรินทร์และคณะ⁽⁶⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ การคมนาคม บทบาทและสัมพันธภาพซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตหมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจและการรับรู้สถานะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสภาพแวดล้อมของบุคคล จากการศึกษาของ จีราพร ทองดีและคณะ⁽⁷⁾ ที่ศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตจังหวัด

ชายแดนภาคใต้ พบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตจังหวัดชายแดนภาคใต้อยู่ในระดับปานกลางและคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะสุขภาพ

การศึกษาคุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ ครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการ และเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ บางรายเป็นภาระแก่ครอบครัวทั้งผู้ดูแลและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ดังนั้น การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับการรักษายาบาลในศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ จะเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุให้สามารถบริการที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการอำนวยความสะดวกและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมและเป็นรูปธรรมมากขึ้น

■ วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ

■ วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคือครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Taro Yamane⁽⁸⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 245 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบสะดวก (Convenient sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. อายุ 60 ปีขึ้นไป
2. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยดี
3. มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ สภาพผู้สูงอายุโดยทั่วไป เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งของรายได้ สถานะทางการเงิน จำนวนสมาชิกในครอบครัว การดูแลสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัวและผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย

2.2 แบบสอบถามความสามารถในกิจวัตรขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ⁽⁹⁾ จาก Barthel ADL Index ของ Mahoney และ Barhtel⁽¹⁰⁾ เป็นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วยการประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ

2.3 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF_THAI) และปรับปรุงโดย สุวัฒน์ มัทธนิรันดร์กุลและคณะ⁽¹¹⁾ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 3 ข้อ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ ส่วนคำถามอีก 2 ข้อเป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมซึ่งไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน แบบวัดคุณภาพชีวิตนี้มีความหมายทางบวก จำนวน 23 ข้อ และมีข้อคำถามในทางลบ จำนวน 3 ข้อ แต่ละข้อจะมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับให้ผู้ตอบคำถามเลือกตอบ ซึ่งการแปลผลคะแนนแบ่งระดับคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี ระดับปานกลาง และระดับดี การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจหาความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุจำนวน 3 คน ตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหาและภาษาและนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำ แล้วตรวจสอบความเชื่อมั่นแบบสอบถาม (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับแบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวม 0.87 และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวม 0.89

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยคำนวณหา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คำนวณหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

■ ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 60-90 ปี ร้อยละ 54.5 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 90 ร้อยละ 96.6 มีลักษณะทั่วไป คือ สามารถเดินได้เอง ร้อยละ 86.12 ร้อยละ 70 พุดจาสื่อสารได้รู้เรื่อง ร้อยละ 82.5 มีสมรสคู่ ร้อยละ 54.5 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 75.2 ไม่ได้

ประกอบอาชีพ ร้อยละ 53.8 มีรายได้เฉลี่ย 2,000-2,500 บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้ที่สำคัญคือ เบี้ยยังชีพ (600 บาท/เดือน) รองลงมาคือ การทำงานหารรายได้เสริม สถานะการเงินพอใช้ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 32.4 อาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 92.3 มีบทบาทในการดูแลสมาชิกคนอื่นในครอบครัว ร้อยละ 86.7 มีปัญหาสุขภาพโดยมีโรคประจำตัว โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 61.3 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 32.2 ส่วนใหญ่มีบุตรคอยดูแลเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 54.6 มีการได้ยินและฟังรู้เรื่อง ร้อยละ 87

2. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง โดยจัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 เป็นผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และช่วยเหลือผู้อื่นและชุมชนได้ ร้อยละ 86.12 มีกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 7.34 และกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ร้อยละ 6.54 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (n=245)

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ
ช่วยเหลือตัวเองได้	211	86.12
ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ	18	7.34
ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้	16	6.54
รวม	245	100

3. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.0 เมื่อพิจารณาเป็น

รายด้านพบว่าทุกองค์ประกอบมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิต ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n=245)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ			
	ระดับคุณภาพชีวิต	ร้อยละ	mean	S.D.
ด้านร่างกาย	ปานกลาง	76.5	22.22	3.35
ด้านจิตใจ	ปานกลาง	52.3	20.13	3.67
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	ปานกลาง	63.4	12.35	2.12
ด้านสิ่งแวดล้อม	ปานกลาง	59.8	23.56	3.24
คุณภาพชีวิตโดยรวม	ปานกลาง	63.0	19.56	12.34

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

พบว่าปัจจัยด้านอายุ เพศ และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r = -0.177, -0.172$ และ -0.159 ตามลำดับ, $p < .01$) ส่วนปัจจัยด้านการศึกษา รายได้และฐานะทางการเงินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.239, 0.175$ และ 0.359 ตามลำดับ, $p < .01$) ส่วนปัจจัยด้านศาสนาและโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

■ อภิปรายผล

จากผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุประเมินคุณภาพชีวิตตนเองอยู่ในระดับปานกลางทั้งรายด้านและโดยรวม ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 54.5) ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาไม่มาก เมื่อเจ็บป่วยยังดูแลรักษาตนเองได้ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้และเดินทางมาโรงพยาบาลได้อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างเริ่มมีการพึ่งพาคนอื่นเนื่องจากมีปัญหาสุขภาพและมีโรคประจำตัว จากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคข้อเข่าเสื่อม ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์⁽¹²⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีการประเมินคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไล ขำวงษ์และคณะ⁽¹³⁾ และ ประภาพร จินันท์ยา⁽¹⁴⁾ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้นและจะรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระแก่ครอบครัว เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชูติเดช เจียนดอนและคณะ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทวังน้ำเขียวอยู่ในระดับปานกลางอาจเนื่องมาจากระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้ดี ประกอบกับปัจจุบันการสื่อสารด้านสุขภาพและเทคโนโลยีความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้มีความสะดวกในการดูแลตนเองด้านสุขภาพมากขึ้นและผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะประเมินคุณภาพชีวิตในระดับที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มี

ระดับต่ำสอดคล้องกับการศึกษาของ กันยารัตน์ อุบลวรรณ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุถ้าผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาสูงขึ้น คุณภาพชีวิตก็จะมีแนวโน้มที่ดีเพราะการศึกษาคือปัจจัยสำคัญในการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ มีความรู้ในการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมเมื่อเจ็บป่วย มีความเข้าใจวิธีป้องกันและส่งเสริมสุขภาพตนเองได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับบุตร ร้อยละ 96.7 การได้รับความอบอุ่นจากครอบครัวและการได้ช่วยเหลืองานต่างๆ ในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าสอดคล้องกับการศึกษาของ ชูติเดช เจียนดอนและคณะ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจสอดคล้องกับการศึกษาของ วาริ กังวานใจ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวยังแตกต่างจากการศึกษาของ เกียรตินันต์ดา พึ่งสมบัติและปริตา ธนสุกาญจน์⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับสูงทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการได้เข้ามีส่วนร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุซึ่งเป็นกิจกรรมทางสังคมส่งผลให้ผู้สูงอายุได้พบปะผู้คน ได้ถ่ายทอดความรู้สึกซึ่งกันและกัน ช่วยส่งเสริมบทบาทผู้สูงอายุให้โดดเด่นขึ้น

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส และฐานะทางการเงิน โดยพบว่าผู้สูงอายุเพศชายประเมินคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศหญิงสอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลพร ขำวงษ์และคณะ และการศึกษาของ กันยารัตน์ อุบลวรรณ⁽¹⁶⁾ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเพศมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตเพราะในสังคมไทยได้กำหนดให้เพศชายเป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงเป็นแม่บ้านและให้ความเคารพการเป็นผู้นำครอบครัว ขณะเดียวกันเพศชายยังได้รับความเคารพนับถือยกย่องจากสังคมส่งผลให้เพศชายมองตนเองมีคุณค่ามากกว่าเพศหญิง ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตหรือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้⁽¹⁹⁾ สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลด้านสถานภาพสมรส พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่เป็นโสด หย่า หม้าย หรือแยกกันอยู่จะประเมินคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรทอง อินทร์นอก⁽²⁰⁾ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากคู่สมรสทำให้

ผู้สูงอายุมีเพื่อนมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต ไม่รู้สึกเหงาหรือว่าเหว่ นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจัยรายได้และฐานะการเงินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและฐานะทางการเงินไม่ดีสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร จินันทุยา⁽¹⁴⁾ และการศึกษาของ กัญยารัตน์ อุบลวรรณ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ทั้งนี้เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต ซึ่งผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือมีรายได้น้อย ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายก็ไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้เต็มที่โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลสุขภาพตนเอง สำหรับปัจจัยด้านศาสนาและการมีโรคประจำตัวพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Nelson และคณะ⁽²¹⁾ ที่พบว่าความเชื่อทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่นับถือศาสนาพุทธมีความเชื่อเรื่องการเข้าวัดทำบุญแล้วตายไปได้ขึ้นสวรรค์และในช่วงวัยนี้มีโอกาสได้ไปทำบุญมากขึ้นทำให้รู้สึกเป็นสุขมากกว่าในช่วงวัยที่ทำงานและส่วนใหญ่ที่เพิ่งมีโรคประจำตัวและยังสามารถดูแลตนเองได้ดี ยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นเรื่องของธรรมชาติจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจในชีวิตและประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านในระดับปานกลาง

■ สรุป

จากผลการวิจัยที่พบว่าผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้มีมากถึงร้อยละ 90 และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าวทำให้ทีมผู้ศึกษาเล็งเห็นโอกาสในการพัฒนาในด้านการดูแลอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้สูงอายุและเพิ่มพูนทักษะในการจัดการตนเอง เช่น การจัดโครงการเตรียมพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเพิ่มสมรรถนะในการดูแลตนเองในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังตามมา ลดภาระค่าใช้จ่ายซึ่งศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ ควรมีการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมหรือบทบาททางสังคมหรือชุมชนมากขึ้นโดยเฉพาะบทบาทในการถ่ายทอดภูมิปัญญาสู่คนรุ่นหลังให้เกิดการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ที่มีประโยชน์ต่อคนรุ่นหลังเป็นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้สูงอายุ

■ กิตติกรรมประกาศ

ผลงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ รวมทั้งได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการ จึงทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. 50 facts: Global health situation and trends. Retrieved February 18, 2011: 1955-2025. From: http://www.who.int/whr/1998/media_centre/50facts/en/.
2. สถิติแห่งชาติสำนักงาน. ประมวลสถิติที่สำคัญของประเทศไทย พ.ศ. 2551. [CD-ROM] กลุ่มบูรณาการข้อมูลสถิติ. กรุงเทพฯ;2551.
3. สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. สังคมวิทยาภาวะผู้สูงอายุ. ความจริงและการคาดการณ์ในสังคมไทย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2539.
4. ปิ่นนเรศ กาศอุดม, คณิศร แก้วแดง, ธัสมน นามวงษ์. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. จันทบุรี: วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี; 2550.
5. วรณภา ศรีธัญญรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง. การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานา; 2545.
6. น้ำฝน กองอรินทร์, ชลธิชา เรือนคำ, โรชินี อุปรา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตั้งแต่วัยกลางขึ้นไปในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี; 2552.
7. จีราพร ทองดี, ดาราวรรณ ร่องเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์. ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุราษฎร์ธานี; 2550.

8. Yamane, Taro. Statistic: an introductory analysis. 3rded. New York: Harper and Row; 1973.
9. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ. การวิเคราะห์ผู้สูงอายุ. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2541:85-6.
10. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation. The barthel index. Maryland State Med J 1965;14:61-5.
11. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะจิรังกุล. เปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของ WHO 100 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.
12. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ. บริษัทคิวพี จำกัด; 2552.
13. วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานวโรปัญญา, จิตภา ศิริปัญญา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2554;2:32-40.
14. ประภาพร จินนทญา. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง. (วิทยานิพนธ์): มหาวิทยาลัยมหิดล; 2536.
15. ชูติเดช เจียนดอน, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, จวีวรรณ บุญสุยา, นพพร โหวธีระกุล. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2554;41(3):229-39.
16. กัญยรัตน์ อุบลวรรณ. พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคกลางของประเทศไทย. (วิทยานิพนธ์); มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
17. วารี กังวานใจ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน. (วิทยานิพนธ์): มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.
18. เกียรตินัดดา พึ่งสมบัติ, ปรีดา ธนสุกาญจน์. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลโรงช้าง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร. มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2554.
19. ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง. พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. (วิทยานิพนธ์): มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
20. ฉัตรทอง อินทร์นอก. พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. (วิทยานิพนธ์): มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
21. Nelson E, Landgraf J, Hays R, et al. The functional status of patients. How can it be measured in physicians' offices? Med Care 1990;28:1111-2.

