

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว กับ
คุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2562
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Relationships among activities of daily living capabilities, family support, quality of life
and mental health in the elderly in Laplae District, Uttaradit province



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

FACULTY OF MEDICINE

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์
โดย	น.ส.ธัญญารัตน์ จินเฮ็ง
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงษ์ วัชรสินธุ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพโรจน์ ลีอบุญธวัชชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์)

ัญญารัตน์ จีนเฮียง : ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. (Relationships among activities of daily living capabilities, family support, quality of life and mental health in the elderly in Laplae District, Uttaradit province) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. พญ.ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 381 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือน สิงหาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square, t-test, One-way ANOVA และการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.9) มีอายุเฉลี่ย 70 ปี จบการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 85.3) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 42.5) รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 34.1 และ 16.0 ตามลำดับ) มีรายได้ประจำน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 78.2) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 59.6) การพักอาศัยส่วนใหญ่อยู่กับบุตร (ร้อยละ 64.04) และไม่ได้เป็นสมาชิกของชมรมหรือสังคม (ร้อยละ 69.6) ส่วนมากมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 68.5) ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 58.79) เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 31.76 และ 23.62 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดสังคมมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.12 ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.14 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 92.63 ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 46.73 จากการหาความสัมพันธ์ พบว่า อาชีพหลัก รายได้ประจำ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว สถานะโรค ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า อายุอาชีพหลัก รายได้ประจำ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าคุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ($r = 0.669, p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษานี้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย และเป็นแนวทางในวางแผนการให้การดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างเหมาะสม นำไปสู่การพัฒนาและเป็นแบบอย่างของการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

สาขาวิชา สุขภาพจิต

ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6174009730 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORD: Activities of daily living capabilities, Family support, Quality of life, Mental health, Elderly
Tanyarat Jeenheng : Relationships among activities of daily living capabilities, family support, quality of life and mental health in the elderly in Laplae District, Uttaradit province. Advisor: Assoc. Prof. SIRILUCK SUPPAPITIPORN, M.D.

A cross-sectional descriptive study was conducted to identify the association between the ability to perform activities of daily living (ADL), family support, quality of life and mental health in the elderly living in Laplae district, Uttaradit Province. A total of 381 elderly persons aged 60 years and above were selected using multi-stage sampling. Data were collected by questionnaires during August - October 2019. Data were analyzed by using descriptive statistics including percentage, mean, and standard deviation. The relationships were then analyzed by using Chi-square, t-test, One-way ANOVA and Pearson's correlation coefficient

The results show that most of the subjects were women (65.9%), mean aged 70 years, the highest level of education in elementary school (85.3%), were agriculturist (42.5%), regular monthly income less than 3,000 baht (78.2%), married (59.6%), currently lived with child (64.0%) and were not members of a club or society (69.6%). Most of them had medical problems (68.5%) such as hypertension (58.8%), diabetes (31.8%), and dyslipidemia (23.6%). Most of the participants were in the social-bound group (mean = 19.12), were supported by the family in the moderate level (mean = 2.14), and their overall quality of life were in the moderate level (mean = 92.63). Approximately half of the participants had average mental health. Age, occupation, regular income, abilities to perform ADL, and family support were associations with the level of mental health in the elderly with statistical significance. There were associations between related factors such as occupation, regular income, marital status, medical problems, disease status, abilities to perform ADL, family support and quality of life in the elderly with statistical significance. Moreover, the results also show the moderately positive correlation between quality of life and mental health in the elderly ($r = 0.669$, $p < 0.001$).

The results of this study would be beneficial for understanding quality of life and mental health in Thai elderly. In addition, this study can be the model of a care plan for the elderly by supporting them to be taken care appropriately of their physical, mental, and social health in order to develop and promote the elderly care system.

Field of Study: Mental Health

Student's Signature

Academic Year: 2019

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งเป็นผู้ที่คอยชี้แนะ ให้ข้อคิด คำแนะนำ ช่วยเหลือ ตลอดจนการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ และคอยให้กำลังใจอย่างเสมอมาตลอดการทำวิทยานิพนธ์ ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมาไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ นายแพทย์แพทย์พิรพจน์ ลือบุญวิชัย ที่ให้เกียรติเป็นประธาน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์ ที่ให้เกียรติเป็นกรรมการสอบจาก ภายนอกมหาวิทยาลัย ที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ทำให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้และรู้จักคิดพิจารณา โดยใช้เหตุผลเพื่อทำวิทยานิพนธ์นี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อนุเคราะห์ให้ใช้แบบสอบถามการ สนับสนุนจากครอบครัว ในการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณอาสาสมัครผู้สูงอายุอำเภอลับแลทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บ ข้อมูล และขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขอำเภอลับแล ที่สนับสนุนและอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัย ตลอดจนขอขอบคุณบุคลากรทางด้านสาธารณสุขอำเภอลับแลทุกท่าน ที่ช่วยแนะนำ พร้อมทั้งแจก แบบสอบถาม และให้การช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ที่ได้กรุณาถ่ายทอดความรู้และการนำไปปรับใช้ในชีวิต ซึ่งถือว่าเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ธุรการที่คอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ สนับสนุน และคำแนะนำที่ดีมาตลอด ระยะเวลาที่ทำการศึกษา

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณบิดา มารดา คุณวุฒิชัย สีนอนเตร และสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนบุคคลรอบข้างที่คอยให้กำลังใจและให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้านแก่ผู้วิจัยอย่างเสมอมาจนสำเร็จ การศึกษา

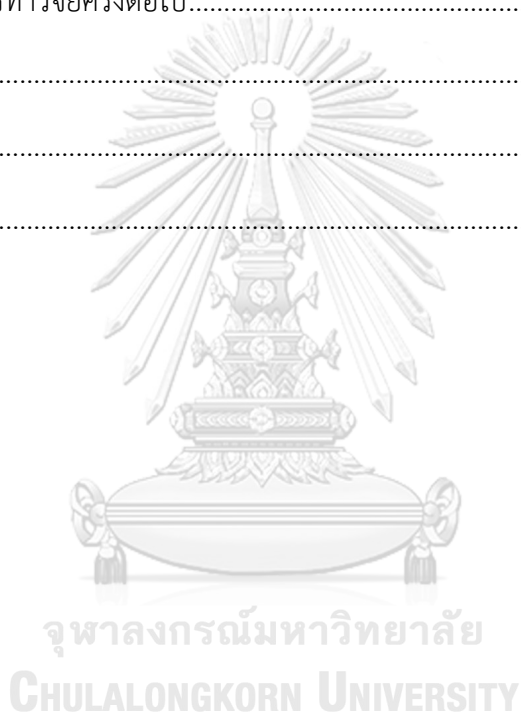
ธัญญารัตน์ จินเฮ็ง

สารบัญ

	หน้า
.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่ 1	1
บทนำ.....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
บทที่ 2	8
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	9
2. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต.....	13
3. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	15

4. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัว.....	18
5. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน	19
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	21
บทที่ 3	28
วิธีดำเนินการวิจัย	28
รูปแบบการวิจัย	28
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	28
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	30
การเก็บรวบรวมข้อมูล	33
การวิเคราะห์ข้อมูล	34
บทที่ 4	36
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	36
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป	38
ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ โดยนำเสนอในรายชื่อ และแปลผลโดยรวม.....	41
ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์การสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุ โดยนำเสนอในรายชื่อ รายด้าน และแปลผลโดยรวม.....	45
ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยนำเสนอในรายชื่อและแปลผลโดยรวม	48
ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยนำเสนอในรายชื่อและแปลผลโดยรวม	53
ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ความสามารถในการทำกิจกรรม ประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.....	55
ส่วนที่ 7 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ความสามารถในการทำกิจกรรม ประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	58
ส่วนที่ 8 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน การ สนับสนุนจากครอบครัว คุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	63

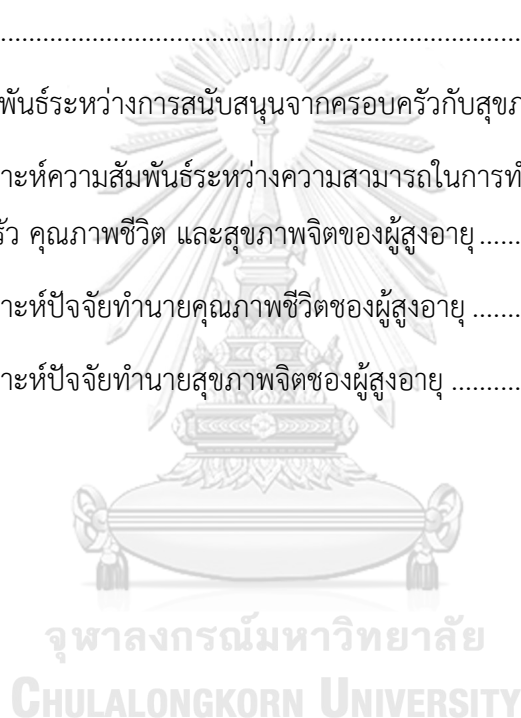
บทที่ 5	65
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	65
สรุปผลการวิจัย	66
อภิปรายผล	71
ข้อจำกัดการวิจัย	78
ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้	78
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	79
บรรณานุกรม	80
ภาคผนวก	87
ประวัติผู้เขียน	104



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนผู้สูงอายุแยกตามอำเภอในจังหวัดอุดรดิตถ์.....	10
ตารางที่ 2 จำนวนผู้สูงอายุในอำเภอลับแล แบ่งตามหน่วยบริการสาธารณสุข	11
ตารางที่ 3 จำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละตำบลจากการคำนวณสัดส่วนประชากร	29
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	38
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ.....	41
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง แปลผลโดยรวม.....	44
ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนจากครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ.....	45
ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลการสนับสนุนจากครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้าน และแปลผลโดยรวม.....	48
ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ.....	49
ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้าน และแปลผลโดยรวม.....	52
ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ.....	53
ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง แปลผลโดยรวม.....	54
ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.....	55
ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.....	57
ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.....	57

ตารางที่ 16	ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	58
ตารางที่ 17	ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับอายุ แบบรายคู่.....	60
ตารางที่ 18	ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับอาชีพหลัก แบบรายคู่	61
ตารางที่ 19	ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับรายได้ประจำ แบบรายคู่	61
ตารางที่ 20	ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	62
ตารางที่ 21	ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	62
ตารางที่ 22	การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การ สนับสนุนจากครอบครัว คุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	63
ตารางที่ 23	การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	64
ตารางที่ 24	การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	64



บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุของโลกในปัจจุบัน อยู่ในภาวะที่กำลังเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง สืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี รวมถึงความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ประชากรมีอายุที่ยืนยาวขึ้น ส่งผลให้โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย จากข้อมูลขององค์การสหประชาชาติที่คาดการณ์ไว้ว่า ประชากรโลกจะเพิ่มอีกพันล้านคนภายในปี พ.ศ. 2573 โดยขณะนี้ ญี่ปุ่นเป็นเพียงประเทศเดียวในโลกที่มีประชากรอายุมากกว่า 60 ปีมากกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก⁽¹⁾ และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุนี้องค์การสหประชาชาติยังได้แบ่งสังคมผู้สูงอายุออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing society หรือ Aging society) คือการมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี เกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ 2) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) คือการมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 หรือประชากรอายุ 65 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 14 ของประชากรโดยรวมทั้งหมดของประเทศ และ 3) สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society) คือสังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ แต่อย่างไรก็ตาม ทุกประเทศทั่วโลกมีการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในช่วงเวลาที่แตกต่างกันตามความเจริญมั่งคั่ง ซึ่งมีผลต่อสุขภาพและการมีอายุยืนของประชาชน⁽²⁾

จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุโลกที่มีมากถึง 962 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรโลกทั้งหมด ถือได้ว่าโลกได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้วในขณะนี้ และในเขตอาเซียนที่กำลังมีการเติบโตของจำนวนประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วด้วยเช่นกัน โดยเรียงตามร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า สิงคโปร์มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20 ไทย ร้อยละ 17 และเวียดนาม ร้อยละ 11 ตามลำดับ สำหรับบรูไน กัมพูชา ลาว และฟิลิปปินส์ ยังเป็นประเทศที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุน้อย ในขณะที่อินโดนีเซีย พม่า และมาเลเซีย ถูกจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบัน⁽³⁾ โดยในส่วนของประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ. 2560 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 11,312,447 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 แยกเป็นเพศชาย 5,083,681 คน คิดเป็นร้อยละ 44.9 และเพศหญิง 6,228,766 คน คิดเป็นร้อยละ 55.1⁽⁴⁾ ซึ่งการคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2562 เป็นต้นไป จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยจะเพิ่มมากขึ้น และกลายเป็น “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” คือจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และในอีก 4 ปีข้างหน้า ประชากรรุ่นเกิดล้าน (เกิดในช่วง

พ.ศ. 2506 - 2526) จะกลายเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของประชากรในประเทศค่อนข้างมาก โดยเฉพาะตัวผู้สูงอายุเอง ที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้นตามมา ปัญหาในผู้สูงอายุที่พบบ่อยมากที่สุด คือ ปัญหาทางกาย ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ โดยการมีอายุที่เพิ่มมากขึ้น จะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ได้ง่าย โรคที่มักพบในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันเลือดสูง เบาหวาน ข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต ซึ่งโรคเหล่านี้อาจเกิดขึ้นจากพฤติกรรมการใช้ชีวิต การออกกำลังกาย พันธุกรรม หรือความเสื่อมถอยของร่างกาย แต่ไม่ว่าผู้สูงอายุจะมีภาวะสุขภาพเป็นเช่นไร ผู้สูงอายุไทยก็ยังคงมีบทบาทสำคัญในบริบทต่าง ๆ อยู่ด้วยเช่นกัน โดยผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มากด้วยประสบการณ์และความรู้ พร้อมทั้งคุณวุฒิและวัยวุฒิ เป็นบุคคลที่มีคุณค่าต่อวัยรุ่นหลังเป็นอย่างมาก แม้ว่าจะเข้าสู่วัยที่ร่างกายมีความเสื่อมถอยแล้ว แต่ยังสามารถมีส่วนร่วมและพร้อมที่จะช่วยเหลือครอบครัวและสังคมได้เสมอ เช่น ช่วยเฝ้าบ้าน ทำความสะอาดบ้าน ซื้ออาหาร ประกอบอาหาร หรือเลี้ยงหลาน และการมีส่วนร่วมในชุมชนหรือสังคมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ยังเป็นการสะท้อนถึงศักยภาพและพลังของผู้สูงอายุ ซึ่งกิจกรรมที่มีการเข้าร่วมมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ ร้อยละ 32.4 ตามด้วยการเข้ากลุ่มหรือชมรม ร้อยละ 26.1 กลุ่มอาชีพ และกลุ่มสหกรณ์/กลุ่มออมทรัพย์ มีสัดส่วนที่เท่ากัน ร้อยละ 11.2⁽⁵⁾

นอกจากนี้ ปัญหาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ยังส่งผลกระทบต่อวัยแรงงานค่อนข้างมากด้วยเช่นกัน โดยอัตราการเกื้อหนุนผู้สูงอายุมีการลดลงอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันวัยแรงงานประมาณ 4 คน สามารถเลี้ยงดูผู้สูงอายุได้ 1 คน ซึ่งลดลงจากปี พ.ศ. 2553 ที่วัยแรงงาน 6 คน สามารถเลี้ยงดูผู้สูงอายุเพียงแค่ 1 คนเท่านั้น เพราะถ้าวัยแรงงานที่เป็นกำลังสำคัญในการสร้างงานสร้างรายได้ไม่เพียงพอ ย่อมมีผลกระทบต่อการจัดหาสวัสดิการต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ ยังมีปัญหาการจัดการด้านความมั่นคงหรือหลักประกันชีวิตผู้สูงอายุ เช่น ด้านผู้ดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ การจัดสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย สุขภาพ และการเงิน ปัญหาด้านการกีดกันผู้สูงอายุจากทัศนคติทางลบต่อการสูงอายุและการเป็นผู้สูงอายุของสังคม⁽⁶⁾ ปัญหาเรื่องมนุษยธรรมและจริยธรรมผู้สูงอายุ เช่น การขาดผู้ดูแลรับผิดชอบ การทำร้ายผู้สูงอายุ หรือวิธีการดูแลที่ไม่เหมาะสม และยังพบว่าผู้สูงอายุไทยอาศัยอยู่ตามลำพังเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากรูปแบบการอยู่อาศัยของคนไทยเปลี่ยนแปลงไป คือมีการอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีขนาดเล็กลง ผลการสำรวจพบว่า มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพังในครัวเรือนเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า จากร้อยละ 3.6 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 10.8 ในปี พ.ศ. 2560⁽⁷⁾ อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจและเป็นสาเหตุด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้วย

เช่นกัน สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตที่พบร่วมในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความวิตกกังวลและกลัวว่าจะต้องพึ่งบุตรหลาน การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และความคิด การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม การถูกระงับการกระทำรุนแรงทางด้านจิตใจ การถูกทอดทิ้ง การถูกเอารัดเอาเปรียบ การสูญเสียตำแหน่งและความสามารถ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และปัญหาที่มาจากตัวผู้สูงอายุเอง เช่น ด้านอารมณ์ ด้านอาการและความเจ็บป่วยต่าง ๆ ด้านฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น หากผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองที่เหมาะสม ทั้งด้านร่างกาย ด้านความมั่นคงปลอดภัย ด้านความผูกพันของสังคม ด้านการยกย่อง และด้านความสำเร็จในชีวิตครบทุกด้านตามความต้องการ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี มีความพึงพอใจในชีวิตและมีความสุข รวมไปถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี นำไปสู่จุดมุ่งหมายในชีวิตที่ประสบความสำเร็จ

ด้วยเหตุนี้ รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข จึงมีนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวง และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ที่ให้ความสำคัญด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน สร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและใจที่ดี อยู่ในสภาพแวดล้อมและสังคมที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิต ภายใต้โครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care)⁽⁸⁾ โดยจังหวัดอุดรธานีตั้งขึ้นเป็นจังหวัดที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุดลำดับที่สองของประเทศ มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 84,878 คน คิดเป็นร้อยละ 24.2⁽³⁾ และได้มีการเข้าร่วมและดำเนินการตามโครงการดังกล่าว โดยอำเภอลับแลมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 11,902 คน มากเป็นลำดับที่สามของจังหวัด จำแนกผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า ปีงบประมาณ 2561 มีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 9,452 คน กลุ่มติดบ้าน จำนวน 274 คน และกลุ่มติดเตียง 35 คน⁽⁹⁾ ซึ่งเป็นการแบ่งกลุ่มเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามสภาพร่างกายและความสามารถ จากประสบการณ์การทำงานในพื้นที่ของผู้วิจัย พบว่า ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมีจำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็นปัญหาสุขภาพกาย เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือโรคทางกายต่าง ๆ นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพที่ต้องได้รับการรักษาและบริการแบบต่อเนื่อง ปัญหาผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ตามลำพัง โดยสังเกตจากการเยี่ยมบ้านที่ผู้วิจัยเคยปฏิบัติงานในพื้นที่จริง สาเหตุมาจากการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทสู่สังคมเมือง และปัญหาขนาดครัวเรือนที่เล็กลง ส่งผลให้ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ถดถอยลง บางครอบครัวมีผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงหรือติดบ้านและขาดผู้ดูแล ผู้สูงอายุบางรายช่วยเหลือตนเองได้บ้างเล็กน้อยไปจนถึงช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลยแต่ต้องอาศัยอยู่บ้านคนเดียว เพราะบุตรหลานออกไปทำงานนอกบ้านในช่วงเวลากลางวัน หรือในครอบครัวที่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก็ยังคงเป็นปัญหาในเรื่องของการเป็นภาระของผู้ดูแลหรือบุตรหลานไม่มากนักน้อย ครอบครัวจึงมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุไม่มากนักน้อย หาก

ครอบครัวให้การสนับสนุนที่ดี ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลที่ดีตามไปด้วย แต่หากครอบครัวไม่ให้การสนับสนุนที่ดี ก็อาจเกิดปัญหาที่ไม่ดีตามมาและปัญหาเหล่านี้อาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ด้วยบริบทและสภาพทางสังคมที่มีความหลากหลาย และจากการเป็นอำเภอต้นแบบของโครงการดำเนินการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นประโยชน์ทางด้านสาธารณสุข และเป็นแนวทางในวางแผนการให้การดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างเหมาะสมนำไปสู่การพัฒนาและเป็นแบบอย่างของการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ มีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร และสุขภาพจิตอยู่ในระดับใด
2. ผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นอย่างไร
3. ผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับใด
4. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ มีความสัมพันธ์กันหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์
3. เพื่อศึกษาการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา

โดยศึกษาคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

ขอบเขตด้านประชากร มีรายละเอียด ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - ประชากรกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุ ในอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ มีจำนวน 11,902 คน

- กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 390 คน จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling)

2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดดังนี้

ตัวแปรอิสระ ได้แก่

- ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพ การพักอาศัย และการเป็นสมาชิกชมรมหรือสังคม
- ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน
- การสนับสนุนจากครอบครัว

ตัวแปรตาม ได้แก่

- ระดับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
- คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ขอบเขตด้านพื้นที่ ได้แก่ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

คุณภาพชีวิต (Quality of life) หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคมทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งงานวิจัยนี้ประเมินโดยใช้แบบประเมินชีวิตคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

สุขภาพจิต (Mental Health) หมายถึง ภาวะที่จิตใจที่เป็นสุข รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการปรับตัวให้เข้ากับเข้ากับสภาวะแวดล้อมได้ดี รู้ศักยภาพของตน สามารถรับมือกับความเครียดในชีวิต สามารถทำงานให้เกิดประโยชน์และสร้างสรรค์แก่ตนเองและสังคมได้ ซึ่งงานวิจัยนี้ประเมินโดยใช้แบบประเมินสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool: T-GMHA-15)

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living capabilities) หมายถึง กิจกรรมพื้นฐานที่ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกน 3) การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 4) การใช้ห้องน้ำ 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การกลั่นการถ่ายอุจจาระ และ 10)

การกลั่นปัสสาวะ ซึ่งงานวิจัยนี้ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (Barthel of Activities of Daily Living: ADL)

การสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) หมายถึง การช่วยเหลือสนับสนุนในครอบครัวที่ประกอบด้วยกิจกรรม 9 ด้าน ได้แก่ การให้เงิน การให้สิ่งของหรือสิ่งอื่นที่ไม่ใช่เงิน การดูแลยามเจ็บป่วย การทำงานบ้าน การเลี้ยงหลาน การให้การศึกษา การติดต่อเยี่ยมบ้าน การสนใจเอาใจใส่ การอบรมสั่งสอน ซึ่งงานวิจัยนี้ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวที่สร้างโดยนารีรัตน์ เชื้อสูงเนิน และคณะ จากแนวคิดการสนับสนุนจากครอบครัวของจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย และคณะ

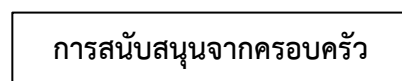
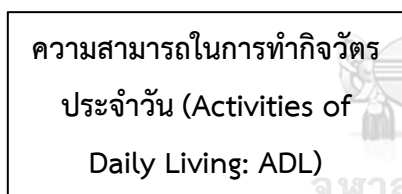
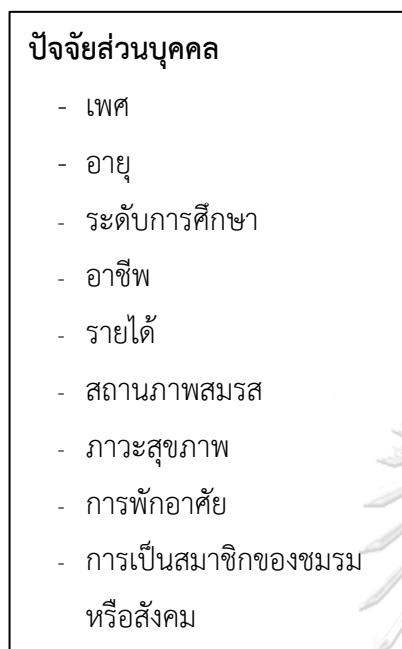
ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปตามปีปฏิทิน และมีสัญชาติไทย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

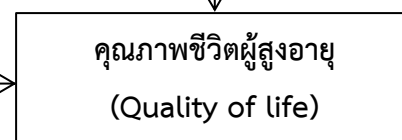
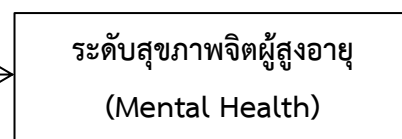
1. ทราบถึงคุณภาพชีวิตและระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อเป็นแนวทางในวางแผนการให้การดูแล และส่งเสริมให้ได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างเหมาะสม
2. ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและสุขภาพผู้สูงอายุไทย และเป็นแนวทางในการศึกษาและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ



ตัวแปรตาม



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้ในการศึกษาตัวแปร กรอบแนวคิดในการวิจัย และแนวทางการดำเนินงานวิจัย จากวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
 - 1.1 สถานการณ์และแนวโน้มผู้สูงอายุ
 - 1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต
 - 2.1 สุขภาพจิตผู้สูงอายุ
 - 2.2 การประเมินสุขภาพจิต
3. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
 - 3.1 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
 - 3.2 การประเมินคุณภาพชีวิต
4. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัว
 - 3.1 การสนับสนุนจากครอบครัว
 - 3.2 การประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว
5. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน
 - 5.1 ขอบเขตของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน
 - 5.2 การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1.1. สถานการณ์และแนวโน้มผู้สูงอายุ

จากจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และจะกลายเป็น “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” คือจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ จะส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของประชากรในประเทศค่อนข้างมาก ไม่เพียงแต่ขนาดของจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นเท่านั้น แต่ผลที่ตามมาคือ ผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานจะได้รับผลกระทบมากที่สุด จากการสำรวจพบว่า วัยแรงงานประมาณ 4 คน สามารถเลี้ยงดูผู้สูงอายุได้ 1 คน ซึ่งลดลงจากปี พ.ศ. 2553 ที่วัยแรงงาน 6 คน ต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุเพียงแค่ 1 คน จะเห็นได้ว่าอัตราการเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่ลดลงอย่างต่อเนื่องนี้ จะส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้ นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านการจัดการความมั่นคงหรือหลักประกันในชีวิตสำหรับประชากรสูงอายุ และปัญหาเรื่องมนุษยธรรมและจริยธรรมผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ ยังพบปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาเรื่องสุขภาพ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกินกว่าร้อยละ 80 ไปรับการรักษาจากบุคลากรด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง สำหรับสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่ไปรับการรักษา จะเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มที่มีอายุมากขึ้น ผู้สูงอายุ 80 - 89 ปี และผู้สูงอายุ 90 ปีขึ้นไป มากถึงร้อยละ 10 และ 16 ตามลำดับ สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง คือ ผู้สูงอายุคิดว่าโรคที่เป็นอยู่นั้นไม่มีวิธีการรักษาที่ได้ผล (ร้อยละ 35) เดินทางไม่สะดวก (ร้อยละ 15) ไม่มีเวลาไปรับการรักษา (ร้อยละ 14) ไม่มีผู้พาไป (ร้อยละ 7) ไม่เชื่อมั่น/ไม่ประทับใจในสถานบริการ/ผู้ให้บริการ (ร้อยละ 7) ไม่มีค่ารักษาพยาบาล (ร้อยละ 2) ไม่มีค่าพาหนะในการเดินทางไป (ร้อยละ 1) และเหตุผลอื่น ๆ (ร้อยละ 19)⁽⁵⁾ และปัญหาสุขภาพที่บ้านทอนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอีกอย่างหนึ่ง ได้แก่ ปัญหาด้านการมองเห็น โดยเป็นอีกปัญหาสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุอย่างมาก และอาจนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุและการพลัดตกหกล้ม ซึ่งการพลัดตกหกล้มนี้ เกิดจากทั้งสภาพร่างกายและศักยภาพในการควบคุมการเคลื่อนไหวที่ถดถอยตามอายุ และสภาพแวดล้อมทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน และยังพบว่า ผู้สูงอายุไทยอาศัยอยู่ตามลำพังเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากรูปแบบการอยู่อาศัยของคนไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากในรอบ 2 - 3 ทศวรรษที่ผ่านมา โดยคนไทยอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีขนาดเล็กลงอย่างมาก⁽⁴⁾ หากสัดส่วนและจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวหรืออยู่ตามลำพังกับคู่สมรสมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นไปอีกในอนาคต ก็อาจจะมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวได้

สถานการณ์และแนวโน้มผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์ จัดอยู่ในกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด 10 อันดับแรกของประเทศไทย โดยจังหวัดอุดรดิตถ์อยู่ในลำดับที่สอง คิดเป็นร้อยละ 24.2⁽³⁾ มีจำนวนผู้สูงอายุรวมทั้งหมด 84,878 คน แยกเป็นรายอำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองอุดรดิตถ์

อำเภอตรอน อำเภอท่าปลา อำเภอน้ำปาด อำเภอพากท่า อำเภอบ้านโคก อำเภอพิชัย อำเภอลับแล และอำเภอทองแสนขัน ตามตารางที่ 1 ดังนี้⁽⁹⁾

ตารางที่ 1 จำนวนผู้สูงอายุแยกตามอำเภอในจังหวัดอุตรดิตถ์

อำเภอ	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)
เมืองอุตรดิตถ์	27,271
ตรอน	6,668
ท่าปลา	7,266
น้ำปาด	7,019
พากท่า	3,122
บ้านโคก	2,021
พิชัย	14,052
ลับแล	11,902
ทองแสนขัน	5,557
รวม	84,878

จากตารางที่ 1 พบว่า อำเภอลับแลเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดอุตรดิตถ์ มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากเป็นอันดับที่ 3 ของจังหวัด ซึ่งลักษณะทางภูมิศาสตร์เป็นเมืองโบราณที่มีมาตั้งแต่สมัยก่อนกรุงสุโขทัย พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวได้เคยเสด็จมาเมื่อปี พ.ศ. 2444 ความเป็นมาของคำว่า "ลับแล" นั้น ตามข้อสันนิษฐานของสมเด็จพระยาดำรงราชานุภาพ ว่า เดิมชาวเมืองแพร์ เมืองน่าน หนีข้าศึกและความเดือดร้อนมาชุมนุมซ่อนตัวอยู่ในบริเวณนี้ เนื่องจากเป็นป่ารก หลบซ่อนตัวง่าย และภูมิประเทศเป็นเมืองอยู่ในหุบเขามิที่เนินสลับกับที่ต่ำ คนต่างเมืองถ้าไม่คุ้นเคยกับภูมิประเทศจะหลงทางได้ง่าย อำเภอลับแลนอกจากจะมีโบราณสถานที่น่าสนใจมากมายแล้ว ยังเป็นแหล่งผลิตสินค้าหัตถกรรม เช่น ผ้าตีนจก และไม้กวาด เป็นแหล่งปลูกกลางสาตและทุเรียน ซึ่งเป็นผลไม้ที่มีชื่อเสียงของจังหวัด

ในปัจจุบันเป็นอำเภอใหญ่อำเภอหนึ่งของจังหวัดอุตรดิตถ์ที่ถูกจัดว่ามีฐานะทางเศรษฐกิจดี ประชาชนมีอาชีพ ทำนา ทำสวน ทำไร่ ส่วนใหญ่เป็นชาวไทยล้านนา (คนเมือง) เพราะใน 8 ตำบลของอำเภอลับแลเป็นชาวเมืองเหนือ 6 ตำบล ได้แก่ ตำบลฝายหลวง ตำบลแม่พูล ตำบลนานกกก ตำบลชัยจุมพล เทศบาลตำบลศรีพนมมาศ และตำบลด่านแม่คำมัน และอีกสองตำบลเป็นชาวเมืองเก่าสุโขทัย ได้แก่ ตำบลทุ่งยั้ง และตำบลไผ่ล้อม การแบ่งแยกดังกล่าวมีภาษาพูดและวิถีการดำเนินชีวิตเป็นเกณฑ์

คำว่า “ลับแล” หมายถึงตามรูปศัพท์ว่า “ที่ซึ่งมองดูไม่เห็น” เป็นชื่อเมืองที่ตั้งตามลักษณะภูมิประเทศ เพราะเมืองลับแลตั้งอยู่ในภูมิประเทศที่ลึกลับซับซ้อน เมื่อมองจากภายนอกจะเห็นแต่ป่าไม้ ไม่ค่อยพบเห็นบ้านเรือน กล่าวกันว่าหากคนต่างถิ่นหลงเข้าไปในดินแดนเมืองลับแลอาจหาทางออกไม่ได้ เพราะภูมิประเทศเมืองลับแลเป็นป่าเขาสลับซับซ้อน มีบรรยากาศเยือกเย็นยามพลบค่ำแม้ดวงอาทิตย์จะยังไม่ตกดินก็มีมืดแล้ว เพราะมีดอยม่อนฤๅษีสูงใหญ่เป็นฉากกั้นแสงอาทิตย์ ป่าบริเวณนี้จึงได้ชื่อว่า “ลับแลง” ต่อมาได้เรียกเพี้ยนเป็นคำว่า “ลับแล” และด้วยเหตุที่ชาวลับแลส่วนใหญ่มีอาชีพทำสวนทุเรียน สวนกลางสาต ซึ่งอยู่บนภูเขา ดังนั้นผู้ชายลับแลจึงต้องไปใช้ชีวิตในสวนเป็นเวลานาน ๆ ปล่อยให้ภรรยาและลูกหลานอยู่เฝ้าบ้าน เมื่อผู้คนผ่านไปมาพบเห็นแต่ผู้หญิงเป็นส่วนใหญ่ จึงให้ฉายาเมืองลับแลว่า “เมืองแม่่ม่าย”

และจากที่กล่าวมานั้นเมื่อแยกตามลักษณะพื้นที่ สามารถแบ่งได้เป็น 8 ตำบล ได้แก่ ตำบลแม่พลู ตำบลน่านกกก ตำบลฝายหลวง ตำบลชัยจุมพล ตำบลไผ่ล้อม ตำบลทุ่งยั้ง ตำบลศรีพนมมาศ และตำบลด่านแม่คำมัน และแบ่งตามหน่วยบริการสาธารณสุขได้เป็น 12 หน่วยบริการ ตามตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 จำนวนผู้สูงอายุในอำเภอลับแล แบ่งตามหน่วยบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการสาธารณสุข	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่พลู	1,397
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผามูบ ตำบลแม่พลู	493
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน่านกกก	535
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝายหลวง	1,048
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท้องลับแล	1,053
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยจุมพล	842
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่ล้อม	1,198
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงสระแก้ว ตำบลไผ่ล้อม	264
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งยั้ง	1,599
โรงพยาบาลลับแล	1,987
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุ้ม ตำบลชัยจุมพล	596
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านแม่คำมัน	890
รวม	11,902

จากการสำรวจผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ปีงบประมาณ 2561 พบว่า มีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 9,452 คน กลุ่มติดบ้าน จำนวน 274 คน และกลุ่มติดเตียง 35 คน และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือโรคทางกายต่าง ๆ นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ต้องได้รับการบริการแบบต่อเนื่อง ปัญหาที่พบบ่อยอย่างหนึ่ง ได้แก่ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ตามลำพัง เนื่องจากการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทสู่สังคมเมือง และปัญหาขนาดครัวเรือนที่เล็ก ส่งผลให้ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลง บางครอบครัวมีผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงหรือติดบ้านและขาดผู้ดูแล ผู้สูงอายุบางรายช่วยเหลือตนเองได้บ้างเล็กน้อยไปจนถึงช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลยและต้องอาศัยอยู่บ้านคนเดียว เพราะบุตรหลานออกไปทำงานนอกบ้านในช่วงเวลากลางวัน แม้ในครอบครัวที่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุเอง ก็ยังคงเป็นภาระของผู้ดูแลหรือบุตรหลานไม่มากนักน้อย

และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า เมื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว สิ่งที่จะตามมานั้นก็คือปัญหาสุขภาพ อันเกิดจากพฤติกรรมการดูแลตนเอง พันธุกรรม หรือความเสื่อมถอยของสุขภาพร่างกาย เมื่อมีปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุก็ต้องการได้รับความดูแลทั้งจากสถานพยาบาลและบุคคลในครอบครัว ซึ่งต้องใช้ทั้งกำลังทรัพย์และกำลังคนในการดูแลอย่างมาก และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ เนื่องจากไม่สามารถทำงานเพื่อหาเงินได้แล้ว จึงต้องอาศัยบุตรหลานเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต ทำให้เกิดการแบกรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น การเตรียมความพร้อมจึงเป็นสิ่งที่ทุกภาคส่วนต้องเข้ามาร่วมประสานงานกัน ทั้งด้านสาธารณสุข ต้องมีการวางแผนเพื่อเตรียมรับมือกับปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ในด้านสวัสดิการควรมีการจัดสรรสวัสดิการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง ขณะเดียวกันครอบครัวก็มีความสำคัญอย่างมากในการปลูกฝังการดูแลสุขภาพสุขภาพและโภชนาการที่ถูกต้องตั้งแต่วัยเด็ก เพื่อให้ก้าวสู่วัยผู้สูงอายุที่แข็งแรง ปราศจากโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ ตลอดจนการสร้างค่านิยมการให้ความรักและเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตที่ดี

1.2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

การศึกษาศาสตร์ทางการสูงอายุทำให้เชื่อได้ว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงในร่างกายของมนุษย์มีอยู่ 2 ระยะ โดยระยะแรกเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เริ่มตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 40 ปี ซึ่งมีลักษณะเป็นไปในทางเจริญงอกงาม (Growth) เมื่อพ้นวัยผู้ใหญ่แล้วจะเข้าสู่ระยะที่ 2 (หลังอายุ 40 ปีขึ้นไป) จะมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เสื่อมโทรม และไม่ปรากฏความเจริญงอกงาม (degenerative change)⁽¹⁰⁾ ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เพื่อนำมาใช้อธิบายกระบวนการชราของมนุษย์ให้ชัดเจนที่สุดซึ่งประกอบด้วยทฤษฎี 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกายมนุษย์ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ด้านพันธุกรรม ด้านอวัยวะ และด้านสรีรวิทยา

2) ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory)

พฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถอธิบายด้วยปัจจัยเพียงอย่างเดียวใดอย่างหนึ่ง ทั้งพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมต่างมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนในแต่ละวัย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นเรื่องของปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของบุคคล การศึกษาปัจจัยภายในของบุคคล จะต้องเข้าใจในเรื่องความจำ การรับรู้ การเรียนรู้ และบุคลิกภาพของบุคคล ซึ่งทั้งหมดนี้ ผู้สูงอายุจะผันแปรไปตามการเปลี่ยนแปลงของโมเลกุล เซลล์ อวัยวะ และระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ส่วนการศึกษาปัจจัยภายนอกของบุคคล ศาสตร์ด้านจิตวิทยา อธิบายว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงของพันธุกรรมของร่างกายกับปฏิสัมพันธ์ที่ร่างกายมีต่อสังคม และส่วนของสังคมนั้นคือ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมและโครงสร้างสังคม⁽¹¹⁾

3) ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological theory)

การเปลี่ยนแปลงบทบาทและความสัมพันธ์ของบุคคล โดยเน้นกระบวนการปรับตัว รวมถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสถานภาพทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งพยายามที่จะช่วยแนะนำให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข⁽¹¹⁾

2. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต

2.1. สุขภาพจิตผู้สูงอายุ

สถานการณ์จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน ส่งผลให้เกิดปัญหา ด้านอื่น ๆ ตามมาด้วย นอกจากปัญหาสุขภาพทางกายที่พบแล้ว ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ได้แก่ ปัญหาสุขภาพจิต การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 ได้ประเมินความสุขของผู้สูงอายุวัย 60 ปีขึ้นไป พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ที่ 6.9⁽³⁾ ซึ่งยิ่งอายุมากขึ้น คะแนนความสุขจะลดลงเรื่อย ๆ สุขภาพจิตจึงเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ไม่ควรมองข้าม ในสภาพสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งการที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัยโดยลำพังเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และไม่มีผู้ดูแลปรนนิบัติถึงร้อยละ⁽⁷⁾ อาจส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุได้ด้วยเช่นกัน

สถิติที่เผยแพร่โดยกรมสุขภาพจิต พบว่า ปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตาย จำนวน 801 คน⁽¹²⁾ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากหลายปีที่ผ่านมา และสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัวว่าจะต้องพึ่งบุตรหลาน การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางความคิด การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงของความจำ⁽¹³⁾ และที่พบได้อีกประเด็นหนึ่งคือ การละเมิดสิทธิต่อผู้สูงอายุ หากเรียงตามความรุนแรง 3 ลำดับแรก ได้แก่

การกระทำรุนแรงทางด้านจิตใจ รองลงมาคือ การทอดทิ้งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการเอาประโยชน์ด้านทรัพย์สิน ขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่ถูกละเมิดสิทธิส่วนใหญ่ถูกกระทำโดยคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัว สาเหตุมาจากสองปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ปัจจัยจากตัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น ดิตสารเสพติด ดิตสุรา อารมณ์ ใจร้อน โมโหง่าย อารมณ์แปรปรวน และปัจจัยจากตัวผู้สูงอายุ เช่น อยู่คนเดียว มีความเจ็บป่วย ต้องการความช่วยเหลือ สมองเสื่อม ยากจน ขาดรายได้ เป็นต้น โดยที่ผู้สูงอายุต้องการผู้พิทักษ์คุ้มครองสิทธิในช่วงที่เกิดจุดเปลี่ยนของชีวิต ได้แก่ 1) การสูญเสียสมาชิกในครอบครัวที่เป็นที่พึ่งพิงของผู้สูงอายุ 2) การเจ็บป่วยจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และ 3) การมีภาวะสมองเสื่อม⁽¹⁴⁾

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาและประสบการณ์เฉพาะเรื่อง รวมถึงลักษณะเฉพาะตามวัยที่มากขึ้นที่แปรเปลี่ยนไปตามช่วงเวลา หลักฐานเกี่ยวกับอุบัติการณ์และการกระจายตัวของสุขภาพจิตและโรคจิตเวชในผู้สูงอายุมักค่อนข้างจำกัด ส่วนมากเป็นข้อมูลจากประเทศที่มีรายได้สูง อย่างไรก็ตามหลักฐานที่มีอยู่แสดงให้เห็นว่าความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุนั้นสัมพันธ์กับสถานะเศรษฐกิจสังคม ระดับการศึกษา เพศ เชื้อชาติ อายุ ระดับสุขภาพกาย (ที่สัมพันธ์กับปัจจัยทางวัฒนธรรม สังคมและเศรษฐกิจ) ลักษณะที่พบแตกต่างกันในแต่ละประเทศ สัมพันธ์กับการจัดการทางสังคม การเมือง และเศรษฐกิจ และระดับการคุ้มครองทางสังคม (social protection) ของประเทศ การศึกษาประเทศอังกฤษ พบว่า ผู้ชายที่อายุมากกว่า 75 ปี และผู้หญิงที่อายุมากกว่า 65 ปี มีความเสี่ยงและอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น เหตุการณ์บางอย่างในชีวิตที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้า มักเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ เช่น การสูญเสีย รู้สึกสูญเสียสถานภาพหรือตัวตน สุขภาพกายไม่ดี ขาดการติดต่อกับครอบครัวและเพื่อน ไม่ได้ออกกำลังกาย และการใช้ชีวิตอยู่คนเดียว อัตราการเกิดปัญหาที่แตกต่างกันในทวีปยุโรปนั้น ส่วนหนึ่งสัมพันธ์กับระดับการให้การช่วยเหลือสนับสนุนและการจัดบริการของรัฐ ซึ่งหากมีการจัดบริการมากกว่าจะสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่ดีกว่าและการแยกตัวออกจากสังคมของผู้สูงอายุนั้น ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคจิตเวช (โดยเฉพาะในผู้หญิง) ผลการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศอังกฤษ พบว่า ผู้สูงอายุอย่างน้อยร้อยละ 10 แยกตัวจากสังคม และพบสูงมากขึ้นไปอีกในผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างความเหงาในผู้สูงอายุกับอาการซึมเศร้า สุขภาพจิตไม่ดี การคิดอ่านไม่ดี การเสพติดสุรา ความคิดฆ่าตัวตาย และการเสียชีวิต⁽¹⁵⁾

2.2. การประเมินสุขภาพจิต

ปัจจุบันมีเครื่องมือ แบบวัด รวมไปถึงวิธีการประเมินสุขภาพจิตที่หลากหลายมากขึ้น ตามจุดประสงค์ของการประเมินในแต่ละด้าน ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ ต้องการศึกษาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ จึงขออธิบายเฉพาะแบบประเมินที่เกี่ยวข้องที่ผู้วิจัยจะนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัยดังต่อไปนี้

แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool (T-GMHA-15) ที่ทำการพัฒนาและทดสอบโดย ประภาส อุครานันท์ และคณะ (2557) เริ่มต้นจากการศึกษาแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับเต็ม จำนวน 56 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.94⁽¹⁶⁾ ซึ่งมีความสอดคล้องภายในของแต่ละข้อคำถามค่อนข้างสูง และพัฒนาต่อยอดเป็นแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น จำนวน 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86⁽¹⁷⁾ สำหรับแบบประเมินนี้ เป็นแบบประเมินที่ผ่านการศึกษาในขั้นตอนที่สมบูรณ์และเผยแพร่ในระดับประเทศ สามารถเข้าถึงได้อย่างสาธารณะ เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 80 ปี สามารถนำไปคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือ หรือป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่อาจเกิดขึ้นตามมา

ข้อคำถามมีทั้งหมด 15 ข้อ โดยข้อคำถามจะถามถึงประสบการณ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ให้ผู้สูงอายุสำรวจตนเองและประเมินเหตุการณ์ อารมณ์ ความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเองว่าอยู่ในระดับใด แล้วตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริงกับมากที่สุด ซึ่งคำตอบจะมี 4 ตัวเลือกดังนี้ ไม่เลย เล็กน้อย มาก และมากที่สุด จากนั้นรวมคะแนนทุกข้อเพื่อนำไปแปลผลเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติ ได้แก่ สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป และสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

3. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

3.1. องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นเรื่องของการดำรงอยู่ของชีวิตอย่างมีคุณภาพและมีความสุข คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่ใช้กันจนคุ้นชินในทุกบริบท โดยกล่าวถึงความสุข ความอยู่ดีมีสุข บุคคล และสังคม ที่มีบริบทของสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การศึกษา การเมือง ศาสนา สุขภาพ สวัสดิการ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ รายได้ การมีงานทำ ความเสมอภาค เทคโนโลยี และความผูกพันในสังคมมาเกี่ยวข้อง ตามที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง⁽¹⁸⁾ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างบุคคล บริบทอื่น ๆ เช่น สถานที่ หรือสิ่งแวดล้อม

ในเชิงทฤษฎีอาจสามารถสร้างแบบจำลองคุณภาพชีวิตจากแนวทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการตามแบบของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs) ซึ่งเป็นทฤษฎีการจูงใจที่มีชื่อเสียงมากที่สุดทฤษฎีหนึ่ง โดยเขาได้สมมติฐานของทฤษฎีการจูงใจไว้ 3 ประการ คือ 1) มนุษย์มีความต้องการอยู่ตลอดเวลาไม่มีวันสิ้นสุด ตราบใดที่ยังมีชีวิตอยู่ 2) ความต้องการที่ยังไม่ได้รับการ

ตอบสนองเท่านั้นที่จะมีอิทธิพลต่อการจูงใจได้ โดยความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้ว จะเป็นแรงกระตุ้นสำหรับพฤติกรรมนั้นต่อไปอีก 3) ความต้องการของคนจะมีลักษณะเป็นลำดับขั้นจากต่ำไปหาสูงตามลำดับความสำคัญ ในขณะที่ความต้องการลำดับต่ำได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการในลำดับที่สูงขึ้นจะตามมาทันที และยังได้แบ่งชั้นความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 5 ลำดับขั้น^(19, 20) ได้แก่ ความต้องการของร่างกาย (Physiological needs) ความต้องการความมั่นคงหรือปลอดภัย (Security or safety needs) ความต้องการความผูกพันของสังคม (Affiliation or acceptance needs) ความต้องการการยกย่อง (Esteem needs) ความต้องการความสำเร็จในชีวิต (Needs for self – actualization) อย่างไรก็ตาม มาสโลว์ ให้การยอมรับว่าคุณคนอาจจะมีความต้องการพร้อม ๆ กันหลายระดับได้ และสามารถได้รับสิ่งที่ต้องการหลายระดับนั้นพร้อม ๆ กันได้ แต่บุคคลอาจจะไม่ได้รับสิ่งตอบแทนในระดับที่สูงกว่า ถ้าความต้องการในระดับต่ำกว่ายังไม่ได้การตอบสนอง ทั้งนี้ เพราะการได้รับสิ่งที่ต้องการใด ๆ ขึ้นอยู่กับการกระทำของบุคคล และบุคคลจะไม่มีแรงจูงใจกระทำการใด ๆ เพื่อให้ได้รับสิ่งที่ต้องการระดับสูงขึ้น เช่น บุคคลอาจจะยอมกระทำการต่าง ๆ รวมทั้งการกระทำผิดกฎหมายเพื่อให้ได้มาซึ่งอาหาร ซึ่งเป็นความต้องการขั้นแรกของมนุษย์ แต่เมื่อได้รับการตอบสนองในเรื่องอาหารแล้ว เขาก็จะมีความต้องการในระดับต่อไปคือ ความปลอดภัยและความมั่นคงในชีวิตเป็นความต้องการในระดับที่สอง

3.2. การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินหรือวัดระดับคุณภาพชีวิต มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยการประเมินหรือวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540)⁽²¹⁾ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL – 100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการและสามารถเข้าถึงได้อย่างสาธารณะ โดยเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย และอัตวิสัย แบ่งเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตรวม 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (physical domain) คือการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องพึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ (psychological domain) คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

โดยข้อคำถามมีจำนวนทั้งหมด 26 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบ ให้ผู้ตอบเลือกตอบแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลมาจากคะแนนรวมทุกข้อ สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ได้แก่ การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และยังสามารถแยกออกตามองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อมได้อีกด้วย ซึ่งเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ยังมีข้อจำกัดในการใช้งานอยู่บ้างในเรื่องของการนำไปใช้กับประชาชนบางกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากในการพัฒนาแบบวัดไม่ได้ศึกษาบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แนวทางแก้ไขหากมีปัญหาเกิดขึ้นจากการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเปลี่ยนไปใช้วิธีสัมภาษณ์ตามข้อคำถามที่มีอยู่แล้วให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินคำตอบด้วยตนเอง หากมีข้อสงสัยไม่เข้าใจผู้วิจัยจะอธิบายเพิ่มเติมตามกรอบหรือขอบเขตที่กำหนดเอาไว้ในแต่ละข้อคำถาม

4. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัว

4.1. การสนับสนุนจากครอบครัว

ครอบครัวเป็นต้นแบบทางบุคลิกภาพและคุณลักษณะของสมาชิก การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครัวเรือนเดียวกัน มีการถ่ายโอนค่านิยม ความรู้สึกนึกคิด ทศนคติ ความเชื่อ ความศรัทธา และวัฒนธรรมการดำเนินชีวิตจากสมาชิกรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง ตลอดจนมีการพักผ่อน สันทนาการ และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน บรรยากาศและวิธีการอบรมเลี้ยงดู การอบรมสั่งสอน ไม่ว่าจะในทางบวกหรือทางลบ จะหล่อหลอมพื้นฐานทางบุคลิกภาพและคุณลักษณะทางด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ และจิตใจของสมาชิกในครอบครัวในรูปแบบต่าง ๆ มีผลโดยตรงต่อการแสดงบทบาททางสังคมของสมาชิก⁽²²⁾ ในแต่ละบ้านจะมีกระบวนการที่สมาชิกติดต่อสื่อสารและเชื่อมโยงผูกพันกัน ไว้หลายรูปแบบ บ้านส่วนใหญ่มีการเรียนรู้พัฒนาจนได้ความสัมพันธ์ที่ลงตัว สมาชิกสามารถเติบโต อย่างเป็นตัวของตัวเอง ในขณะที่รักและช่วยเหลือกันภายในบ้าน แต่สมาชิกบางบ้านก็ยังคงมีปัญหา เรื่องกระบวนการผูกพันกัน⁽²³⁾ เช่น กลมเกลียวแน่นแฟ้นเกินไป (Enmeshment) ร้าวรานห่างเหิน (Disengagement) ตีว่วระทบคราดหรือตีลูกซิ่ง (Triangulation) หรือการดำเนินการตามแบบแผน (Family Patterns)

การสนับสนุนจากครอบครัว จึงเป็นการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุ ด้านข้อมูลข่าวสาร การอบรมสั่งสอน รวมทั้งการให้คำแนะนำและการประเมินเพื่อปรับปรุงการทำงานให้ประสบความสำเร็จ มีความรู้สึกได้รับความรัก ความอบอุ่น การเป็นที่ยอมรับ และการเป็นที่รักของบุคคลในครอบครัว จะทำให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม^(24, 25) ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและสรุปแนวคิดที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้ประกอบในการศึกษาค้นคว้า โดยสนใจแนวคิดของจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย และคณะ (2544) ที่ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพชุดเดียวกับการศึกษาความพึงพอใจของ Ingersoll Dayton et al. (2543) และสรุปถึงการช่วยเหลือสนับสนุนในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ โดยการช่วยเหลือสนับสนุนในครอบครัวประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 9 ด้าน^(25, 26) ได้แก่ การให้เงิน การให้สิ่งของหรือสิ่งอื่นที่ไม่ใช่เงิน การดูแลยามเจ็บป่วย การทำงานบ้าน การเลี้ยงหลาน การให้การศึกษา การติดต่อเยี่ยมบ้าน การสนใจเอาใจใส่ และการอบรมสั่งสอน

4.2. การประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว

แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวที่ผู้วิจัยเลือกใช้ เพื่อนำไปเป็นเครื่องมือประกอบการวิจัยนี้ เป็นแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวที่อ้างอิงจากงานวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรม การสนับสนุนจากครอบครัว กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร สร้างโดย นารีรัตน์ เชื้อสูงเนิน (2550)⁽²⁷⁾

จากแนวคิดการสนับสนุนจากครอบครัวของจันท์เพ็ญ แสงเทียนฉาย และคณะ (2544)⁽²⁶⁾ ที่ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพชุดเดียวกับการศึกษาความพึงพอใจของ Ingersoll Dayton et al. (2543) และสรุปถึงการช่วยเหลือสนับสนุนในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ โดยการช่วยเหลือสนับสนุนในครอบครัวประกอบด้วยกิจกรรม 9 ด้าน ได้แก่

- 1) การให้เงิน เป็นการช่วยเหลือกันทางการเงินระหว่างพ่อแม่ ลูก ซึ่งเป็นไปได้ทั้งสองทิศทาง
- 2) การให้สิ่งของหรือสิ่งอื่นที่ไม่ใช่เงิน คือการให้สิ่งของหรือเครื่องใช้ สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุมองการได้รับการดูแลจากลูกเป็นการพึ่งพาโดยไม่ทอดทิ้งพ่อแม่
- 3) การดูแลยามเจ็บป่วย คือการได้รับการดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย การรับภาระค่าใช้จ่ายยามเจ็บป่วย ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้แม้เมื่อลูกแนะนำให้ไปหาหมอ พาไปหาหมอ หรือมาเยี่ยมระหว่างเจ็บป่วย
- 4) การทำงานบ้าน ผู้สูงอายุอาจจะเป็นผู้ให้ หรือเป็นผู้ทำงานบ้าน เนื่องจากการทำงานบ้านจะเป็นประโยชน์อย่างหนึ่งในการอาศัยอยู่ร่วมกัน
- 5) การเลี้ยงหลาน เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร และการเลี้ยงหลานจึงเป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในครอบครัว ทั้งนี้ยังทำให้เกิดความสนุก รู้สึกสดชื่น แต่ในทางกลับกัน อาจจะทำให้เกิดความหงุดหงิดได้ เมื่อหลานดื้อรั้น ไม่เชื่อฟัง
- 6) การให้การศึกษา ผู้สูงอายุเชื่อว่า การศึกษาจะทำให้ลูกเป็นคนดี รู้จักรับผิดชอบช่วยเหลือตัวเองได้ และดำเนินชีวิตได้อย่างราบรื่น
- 7) การติดต่อเยี่ยมบ้าน อาจเป็นการมาเยี่ยมเยียนด้วยตัวเอง หรือการติดต่อกันทางโทรศัพท์
- 8) การสนใจเอาใจใส่ ไม่จำเป็นต้องเป็นตัวเงินหรือสิ่งของ เพียงแค่คำพูดก็สามารถทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสุขทางใจได้
- 9) การอบรมสั่งสอน เกิดขึ้นเมื่อได้ทำการอบรมสั่งสอน และเมื่อบุตรหลานเชื่อฟังและปฏิบัติตามการให้คำแนะนำ

5. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

5.1. ขอบเขตของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน คือความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งกระทำเป็นประจำ โดยเริ่มต้นตั้งแต่เช้าจนถึงเข้านอน เช่น การอาบน้ำ การกินข้าว การเดิน เป็นต้น⁽²⁸⁾ หากแบ่งในเชิงปฏิบัติ สามารถแบ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเป็น 2 ประเภท ได้แก่⁽²⁹⁾

1) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic activity of daily living) เป็นกิจวัตรประจำวันที่ต้องอาศัยทักษะความสามารถพื้นฐานของมนุษย์ในการทำ เป็นกิจกรรมที่ทำได้ง่าย ไม่ซับซ้อน และทุกคนต้องทำปกติเป็นประจำ ได้แก่ กลุ่มการดูแลตนเอง และการเคลื่อนย้ายตัวเอง

2) การทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (Instrumental activity of daily living) เป็นกิจวัตรประจำวันที่ต้องอาศัยทักษะความสามารถที่ซับซ้อนในการทำ เช่น ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะทางสังคม และการปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม ได้แก่ กิจกรรมกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับบ้าน ประกอบด้วย การซื้อของ การวางแผนทำอาหารและการเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การทำความสะอาดเสื้อผ้า หรือการดูแลเด็ก เป็นต้น

5.2. การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

การเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จะต้องพิจารณาว่าตรงกับจุดประสงค์ของการประเมินหรือไหม เนื่องจากเครื่องมือแต่ละแบบนั้นมีความเหมาะสมแตกต่างกัน จากแนวคิดของ Barthel และ Mahoney (1965)⁽³⁰⁾ ที่กล่าวถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำ ว่าเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมิน Barthel Index of Activity of Daily Living เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ โดยแบบประเมินนี้ สร้างขึ้นโดย Barthel และ Mahoney มีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ประเมินในผู้สูงอายุมากที่สุด โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) หรือแบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ⁽³¹⁾ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ซึ่งจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่

- 1) การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า
- 2) ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง ที่ผ่านมา
- 3) ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้
- 4) การใช้ห้องน้ำ
- 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน
- 6) การสวมใส่เสื้อผ้า
- 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น
- 8) การอาบน้ำ
- 9) การกลั่นถ่ายอุจจาระ ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- 10) การกลั่นปัสสาวะ ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

การแปลผล จะประเมินตามความสามารถที่ผู้สูงอายุทำได้จากการสอบถามผู้สูงอายุ เพื่อน ญาติ หรือผู้ดูแล รวมทั้งการสังเกตความสามารถในขณะที่ผู้สูงอายุกำลังทำกิจกรรมโดยตรงเป็นสิ่งสำคัญตามเกณฑ์การให้คะแนน ซึ่งมีคะแนนเต็มทั้งหมด 20 คะแนน โดย 12 คะแนนขึ้นไป จัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม) พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ 5-11 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้าน) ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และ 0-4 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 (กลุ่มติดเตียง) พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Shelby M. Atwood และคณะ (2537)⁽³²⁾ ศึกษาความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน และคุณค่าของผู้อยู่อาศัยในระยะยาว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้อยู่อาศัยในระยะยาวโดยมีอายุอยู่ในช่วง 45 ถึง 96 ปี ผลการศึกษาพบว่า ผู้อาศัยทราบว่าตนเองมีความสามารถในการแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนไหว และสุขอนามัยส่วนบุคคล สำหรับ 5 กิจกรรมในชีวิตประจำวัน ผู้อาศัยมีแนวโน้มที่จะมีความสามารถสูงในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของตนเองเป็นส่วนมาก

S. C. Ho และคณะ (2538)⁽³³⁾ ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุฮ่องกง จำนวน 843 คน ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์เพียงเล็กน้อยระหว่างคะแนนอายุและรายได้ที่เพียงพอต่อการใช้จ่าย การดูแลของญาติเป็นตัวแปรที่สำคัญที่สุดที่ทำให้มีสุขภาพดี ปัจจัยเหล่านี้บางส่วนมีส่วนร่วมกับความพึงพอใจที่สูง ปัจจัยที่เกี่ยวกับความพึงพอใจในการใช้ชีวิตที่มีคะแนนมากกว่า 6 พบว่าเป็นผู้มีระดับสังคมที่สูง มีการศึกษา มีรายรับพอกับรายจ่าย มีความพึงพอใจในการจัดการการใช้ชีวิต การนับถือศาสนาคริสต์ การมีสังคมที่ดีสนับสนุน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การทำงานของร่างกายอย่างเป็นอิสระ การสังเกตสุขภาพที่ดีของตนเอง การได้ยินและการมองเห็นที่ดี การออกกำลังกายทุกวัน การไม่พบการล้มกลับมาอีก การมีค่าคะแนนอาการซึมเศร้าต่ำ ปัจจัยเหล่านี้แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ 2 อย่างหรือมากกว่า และการศึกษาระดับอุดมศึกษาเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเชิงบวก และในทางตรงกันข้าม รายรับที่ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ความไม่พอใจในการจัดการการใช้ชีวิต การไม่ทำกิจกรรมทางศาสนา มีค่าคะแนนอาการซึมเศร้าสูง เป็นปัจจัยในเชิงลบ

Mizsue Suzuki และคณะ (2545)⁽³⁴⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ทุพพลภาพกับความกลัวจากการล้มระหว่างการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ และยังศึกษาความกลัวจากการล้มกับสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 135 คน ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 36.3 ไม่กลัวการล้ม ในขณะที่ร้อยละ 16.3 กลัวการล้มเป็นอย่างมาก จำนวนเพศหญิงที่สามารถเดิน อาบน้ำได้ มีความสัมพันธ์กับการกลัวการล้ม การกลัวการล้มเป็นสาเหตุหนึ่งของอาการทางจิต เช่น อาการซึมเศร้า และยังส่งผลต่อสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อ่อนแอ ด้วยเหตุนี้จึงกลายเป็น

จุดวิกฤติในการให้ผู้สูงอายุร่วมกันทำกิจกรรมดูแลสุขภาพสำหรับแต่ละบุคคล ซึ่งจะช่วยให้สุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจดีขึ้น

Ok Soo Kim และคณะ (2546)⁽³⁵⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความโดดเดี่ยว สนับสนุนสังคม และครอบครัวที่สมบูรณ์ในผู้สูงอายุชาวเกาหลี จำนวน 290 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความโดดเดี่ยวระดับปานกลาง มีครอบครัวที่สมบูรณ์ระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยกับคู่สมรส มีจำนวนสมาชิกเครือข่ายมากกว่าผู้ที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส อย่างไรก็ตาม การอาศัยกับคู่สมรสไม่ได้มีผลกับความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่าระดับของความโดดเดี่ยวมีความสัมพันธ์กับผลด้านลบของระดับเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจในการสนับสนุนสังคม ครอบครัวที่สมบูรณ์ ความพึงพอใจในการสนับสนุนสังคม และครอบครัวที่สมบูรณ์สามารถเป็นตัวชี้วัดความโดดเดี่ยวได้อย่างมีนัยสำคัญ

Ik Ki Kim และคณะ (2546)⁽³⁶⁾ ศึกษาารูปแบบการสนับสนุนจากครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้กล่าวถึงปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวเกาหลีในยุคปัจจุบัน โดยดูที่ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบของการแลกเปลี่ยนการสนับสนุนการข้ามรุ่นและความสุขของผู้สูงอายุ วัดจากดัชนีความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม อาศัยความเสมอภาคหรือทฤษฎีการแลกเปลี่ยน กำหนดสมมติฐาน ได้แก่ ตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่ได้รับเพียงอย่างเดียว ผู้สูงอายุที่ให้และรับมีความพึงพอใจกับชีวิตมากขึ้น ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ให้หรือผู้สูงอายุที่ไม่ได้แลกเปลี่ยนความช่วยเหลือกับเด็ก มีความพึงพอใจน้อยกว่า การวิเคราะห์สถิติ multiple regression จากการสำรวจสภาพแวดล้อมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวเกาหลีในปี พ.ศ. 2540 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,056 คน ผลลัพธ์สามารถสนับสนุนสมมติฐานเหล่านี้ได้ทั้งหมด ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุและคนรุ่นใหม่ให้คุณค่ากับความสัมพันธ์ระหว่างสองทาง บนพื้นฐานของการดูแลและช่วยเหลือซึ่งกันและกันมากกว่าเพียงแค่ทำตามบรรทัดฐานดั้งเดิมของความกตัญญู

นาริรัตน์ เชื้อสูงเนิน (2550)⁽²⁷⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรม การสนับสนุนจากครอบครัว กับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร จำนวน 250 คน ผลการศึกษาพบว่า ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรมอยู่ในระดับดี การปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรมอยู่ในระดับมาก การสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรมอยู่ในระดับสูง ซึ่งทั้งหมดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุกัญญา วชิรเพชรปราณี (2550)⁽³⁷⁾ ศึกษาบทบาทของผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุขในชุมชนกิ่งเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 46 คน จาก 40 ครอบครัว สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุจำนวน 39 คน สมาชิกในชุมชนจำนวน 34 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ การสัมภาษณ์

ข้อมูลทั่วไป การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ คือผู้ที่อายุมากแล้ว แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ ผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุข ต้องสามารถแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง ดูแลตนเองด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เลี้ยงดูหลาน และมีบทบาทในชุมชน ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ สิ่งที่มีผลต่อการแสดงบทบาทของผู้สูงอายุ คือ ด้านภูมิหลัง ด้านครอบครัว และด้านชุมชน การแสดงบทบาทที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุข บุคลากรที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

Tiago da Silva Alexandrel และคณะ (2552)⁽³⁸⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพในการทำงาน ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในการวิเคราะห์แบบจำลองในผู้สูงอายุ แต่ในทางกลับกัน ปัจจัยทางจิตวิทยาที่ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุทางสังคม ได้แก่ สถานภาพการสมรส รายได้ และการทำกิจกรรมสันทนาการ มีผลต่อคุณภาพชีวิต

มณัฐกร คงทอง (2554)⁽²⁰⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาชุมชนริมทางรถไฟภายในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 286 คน จาก 27 ชุมชน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านสุขภาพร่างกายและด้านจิตใจมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ส่วนปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้กับการดำรงชีพ ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ส่วนเพศ สถานภาพสมรส พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

บุญญพัฒน์ ไชยเมธ และคณะ (2555)⁽³⁹⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ตำบลแหลมไทร อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง จำนวน 190 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40.8 และมีอาการปวดหลังส่วนล่าง ร้อยละ 39.7 ในส่วนของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ ร้อยละ 99.5 ในส่วนของคุณภาพชีวิต พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.4 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ สุขภาพกาย ร้อยละ 72.1 จิตใจ ร้อยละ 56.8 สัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 59.5 และสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 65.3 และพบว่าไม่มีปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ (2555)⁽⁴⁰⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 345 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับ

ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.1 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกองค์ประกอบมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านร่างกายคิดเป็นร้อยละ 75.7 ด้านจิตใจร้อยละ 53.7 ด้านสัมพันธภาพทางสังคมร้อยละ 66.0 และด้านสิ่งแวดล้อมร้อยละ 62.6 ตามลำดับ และพบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และฐานะการเงิน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

นงนุช แยมวงษ์ (2557)⁽⁴¹⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ จำนวน 245 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี โดยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และฐานะทางการเงิน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล (2557)⁽⁴²⁾ ศึกษาปัจจัยกำหนดระดับวุฒิภาวะของผู้สูงอายุไทย โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 จำนวน 23,884 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับวุฒิภาวะของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ โดยการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ ด้วยแบบจำลองโพรบิตตามลำดับ พบว่าปัจจัยกำหนดระดับวุฒิภาวะของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ เขตที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อปี การทำงาน การตรวจสุขภาพ การดูแลปรนนิบัติ และการออกกำลังกาย

สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล (2558)⁽⁴³⁾ ศึกษาาระดับแนวโน้มและปัจจัยกำหนดวุฒิภาวะของผู้สูงอายุไทย โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554, 2550 และ 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ จำนวน 45,082 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยวุฒิภาวะของผู้สูงอายุไทยทั้ง 3 ปี คือ พ.ศ. 2554, 2550 และ 2554 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ โดยการวิเคราะห์การจำแนกพหุ พบว่าปัจจัยกำหนดที่มีอิทธิพลต่อวุฒิภาวะของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2554, 2550 และ 2554 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยทางประชากร (เพศ และอายุ) ปัจจัยทางสังคม (เขตที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ (รายได้ และสถานภาพการทำงาน) ปัจจัยทางพฤติกรรม (การตรวจสุขภาพ การดูแลปรนนิบัติ และการออกกำลังกาย) และปัจจัยทางเวลา (ปีที่สำรวจ)

Harkirat Kaur และคณะ (2558)⁽⁴⁴⁾ ศึกษาปัจจัยกำหนดการสนับสนุนจากครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 213 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่าเพศหญิง ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาในระบบ พบว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ที่มีสุขภาพคล่องทางการเงิน พบว่ามีสุขภาพที่ดีกว่าคุณภาพของชีวิต ในทางการแพทย์สุขภาพดีในผู้สูงอายุช่วย

เพิ่มระดับคุณภาพชีวิต ผู้ที่ทำกิจวัตรประจำวันจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีเยี่ยม ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวช่วยเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตได้ ผู้ที่ไม่มีพบปัญหาใหญ่ ๆ ในชีวิตจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีเยี่ยม ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาจะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวดีขึ้น ในทางการแพทย์ ผู้สูงอายุที่สุขภาพดีรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวที่ดีขึ้น

เกสร มัยจิน (2558)⁽⁴⁵⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในเขตจังหวัดปทุมธานี จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับคะแนนค่าสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยระดับสุขภาพจิตเท่ากับ 43.48 คะแนน แปลผลอยู่ในเกณฑ์สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair) จำแนกออกเป็นด้านปัจจัย 2 ปัจจัย พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของตนเอง มีระดับคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 43.63 ซึ่งเป็นคะแนนระดับสุขภาพจิตที่สูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง มีระดับคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 43.19 และ 2) สถานภาพสมรสโสด มีระดับคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 43.92 ซึ่งเป็นระดับคะแนนสุขภาพจิตที่สูงที่สุด รองลงมาคือสถานภาพคู่ หย่าร้าง และหม้าย โดยมีระดับคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 43.77, 43.40 และ 43.21 ตามลำดับ ทุกสถานภาพสมรสสามารถแปลผลอยู่ในเกณฑ์สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair) นำมาหาความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส ส่งผลให้ระดับสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และปัจจัยด้านรายได้ ส่งผลให้ระดับสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กนกวรรณ สิทธิวิรัชธรรม และสันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ (2558)⁽⁴⁶⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 506 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในเขตเมืองคือ การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง การเข้าถึงสถานบริการต่าง ๆ อายุ การได้รับแรงสนับสนุนจากกลุ่มต่าง ๆ ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ตามลำดับ ตัวแปรทั้ง 6 ด้าน สามารถทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ร้อยละ 56.9

กฤษณา ตรียะวารังพันธ์ (2559)⁽¹⁷⁾ ศึกษาการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง จำนวน 200 คน และสมาชิกครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนปกติ คิดเป็นร้อยละ 37.50 ผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังมีสุขภาพจิตเท่ากับปกติ คิดเป็นร้อยละ 31.50 และผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังมีสุขภาพจิตสูงกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 31.00 การวิเคราะห์องค์ประกอบของการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลจิตใจผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง มี 4 องค์ประกอบคือ การสื่อสาร ความผูกพันทางอารมณ์ การแก้ปัญหา และการทำกิจกรรมร่วมกัน มีค่าความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ในเกณฑ์สูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความรู้ เจตคติ และทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลจิตใจผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

นามชัย กิตตินาคบัญชา (2560)⁽⁴⁷⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายภาพ แวดล้อม การมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย จำนวน 13,331 คน ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถทางกายภาพ และสภาพแวดล้อมทางสังคม ต่างมีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ รวมทั้งต่างมีอิทธิพลทางอ้อมทางบวกผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคมไปสู่สุขภาพจิตที่ดีด้วย แต่สำหรับสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านซึ่งมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกับความสามารถทางกายภาพ ส่งผลให้มีผลทางลบต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม แต่มีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อสุขภาพจิตที่ดี ส่วนปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายภาพกับสภาพแวดล้อมทางสังคม จากรัฐ ชุมชน สังคม มีอิทธิพลทางบวกต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม และปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายภาพกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว มีอิทธิพลทางบวกต่อสุขภาพจิตที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

Venu R. Shah และคณะ (2560)⁽⁴⁸⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตของประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตปฏิบัติงานในเขตเมืองของสถาบันดูแลตติยภูมิแห่งในเมืองอาเมตาบัด รัฐคุชราต จำนวน 250 คน ผลการศึกษาพบว่า อายุเฉลี่ยของกลุ่มประชากรมีอายุอยู่ที่ 65.8 ปี เกือบ 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุปัจจุบันมีการแต่งงานและคู่สมรสยังมีชีวิตอยู่ โรคที่พบได้บ่อยจากการสำรวจ ได้แก่ เจ็บตามข้อต่อ (ร้อยละ 42.8) ต้อกระจก (ร้อยละ 32.8) ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 22.4) เบาหวาน (ร้อยละ 17.2) ปัญหาในช่องปาก (ร้อยละ 12.4) การให้คะแนนคุณภาพชีวิต พบว่าไม่มีผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ โดยที่ร้อยละ 56 จัดอยู่ในกลุ่มมีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 50.8 จัดอยู่ในกลุ่มที่ต่ำเยี่ยม คุณภาพชีวิตต่อ 4 กลุ่มประชากร พบว่าเพศชายมีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าเพศหญิง ทางกายภาพ สภาพแวดล้อม และทางจิตใจดีกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาและมีการสมรสและใช้ชีวิตอยู่กับคู่สมรส

พุทธิพร พิธานธนานุกูล (2561)⁽⁴⁹⁾ ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลหญ้าปล้อง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 270 คน ผลการศึกษาพบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในด้าน 1) สุขภาพกาย ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพเท่ากับบุคคลวัยเดียวกัน ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย ปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ พบว่า มีปัญหาการนอนหลับ การมองเห็น การเคลื่อนไหว และปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพาน้อย รวมทั้งด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง พบว่า ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพา 2) สุขภาพจิต พบว่า ไม่มีภาวะซึมเศร้า 3) สุขภาพทางสังคม พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตรสาว มีผู้ดูแลหลักคือบุตร แห่่งช่วยเหลือทางการเงิน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุได้รับเงินจากบุตร สามารถจัดการกับค่ารักษาพยาบาลได้เมื่อเจ็บป่วย และไม่มี ความกังวลเรื่องเงิน แหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม มีบุคคลที่ไว้วางใจ และสามารถพูดคุยได้ด้วยเมื่อกังวลใจ

ปัทมา ผ่องศิริ และคณะ (2561)⁽⁵⁰⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิตและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาเขตเมือง อุบลราชธานี จำนวน 412 คน ผลการศึกษา

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.50 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตระดับดี ได้แก่ ด้านจิตใจ มีค่าสูงสุดร้อยละ 40.50 รองลงมาคือ ด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 40.25 ภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ นั้นพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าเกณฑ์มาตรฐานคนปกติ ร้อยละ 61 สุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานมีเพียงร้อยละ 5.80 ส่วนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 97.90 โดยมีกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงเท่ากัน ร้อยละ 1.05

วิภาดา มุกดา และวันเพ็ญ ควรสมาน (2561)⁽⁵¹⁾ ศึกษาจิตลักษณะและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า จิตลักษณะของผู้สูงอายุ ภาพรวมอยู่ในระดับจริง ได้แก่ ปัจจัยจิตลักษณะเดิม ประกอบด้วย สุขภาพจิต วิถีชีวิตแบบพุทธ และลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน ส่วนปัจจัยด้านจิตลักษณะตามสถานการณ์ ประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจในตนและทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ ส่วนสถานการณ์ ประกอบด้วย การได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการด้านร่างกาย และการได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการด้านจิตใจ ส่วนปัจจัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านอัตมโนทัศน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

ปิ่นทนต์ ดันธนปัญญากร และคณะ (2562)⁽⁵²⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 375 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับเท่ากับบุคคลทั่วไป (ร้อยละ 49.3) รองลงมาคือ สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 33.6) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ สถานภาพสมรส ความพอเพียงของรายได้ แรงสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Study) และทำการสำรวจข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวนทั้งหมด 11,902 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ในกรณีนี้ผู้วิจัยทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จึงคำนวณโดยใช้สูตรของ เครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970)⁽⁵³⁾ ซึ่งเป็นเทคนิคในการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก มีความเหมาะสมเพื่อหากกลุ่มตัวอย่างในผู้สูงอายุ ดังนี้

$$n = \frac{x^2 N p (1 - p)}{e^2 (N - 1) + x^2 p (1 - p)}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

x^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($x^2 = 3.841$)

P = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด $P=0.5$)

การวิจัยครั้งนี้มีจำนวนประชากร 11,902 คน และยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างได้ 5% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเท่ากับ

$$n = \frac{3.841 \times 11,902 \times 0.5 \times (1-0.5)}{(0.05)^2 \times (11,902-1) + 3.841 \times 0.5 \times (1-0.5)}$$

$$n = 372.12 \approx 372$$

เพื่อให้ครอบคลุมความผิดพลาด ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มอย่างอีก 18 คน

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 390 คน

จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยการแบ่งตำบลตามลักษณะพื้นที่ที่มีสถานบริการสาธารณสุขได้จำนวน 7 ตำบล ได้แก่ แม่พหลุ นานกกก ฝ่ายหลวง ชัยจุมพล ไผ่ล้อม ทุ่งยั้ง และด่านแม่คำมัน จากนั้นนำมาคำนวณหาขนาดตัวอย่างที่จะเป็นตัวแทนของแต่ละตำบลตามสัดส่วนประชากร (Proportional) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละตำบลจากการคำนวณสัดส่วนประชากร

กลุ่มตำบล	จำนวนประชากร (คน)	สัดส่วนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
แม่พหลุ	1,890	$\frac{1,890}{11,902} = 0.16$	62
นานกกก	535	$\frac{535}{11,902} = 0.04$	16
ฝ่ายหลวง	2,101	$\frac{2,101}{11,902} = 0.18$	70
ชัยจุมพล	3,425	$\frac{3,425}{11,902} = 0.29$	113
ไผ่ล้อม	1,462	$\frac{1,462}{11,902} = 0.13$	51
ทุ่งยั้ง	1,599	$\frac{1,599}{11,902} = 0.13$	51
ด่านแม่คำมัน	890	$\frac{890}{11,902} = 0.07$	27
รวม	11,902	1	390

และเมื่อทราบจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละตำบลแล้ว จึงทำการเก็บข้อมูลต่อไปด้วยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) ซึ่งจะใช้ทะเบียนรายชื่อเพื่อทำการสุ่มเลือกบุคคล โดยกำหนดช่วงการสุ่ม (Sampling interval) เรียงลำดับตามทะเบียนรายชื่อที่ได้รับแต่ละตำบล และคำนวณช่วงการสุ่ม ซึ่งทุกหน่วยมีโอกาสที่จะถูกเลือกเท่า ๆ กัน ในกรณีที่ไม่พบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเลื่อนลำดับถัดไปจากระยะการสุ่ม จนจนกว่าจะครบจำนวนที่ต้องการ และระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือน สิงหาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2562

$$I = \frac{N}{n}$$

เมื่อ I = ช่วงของการสุ่มในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

$$n = \frac{11,902}{390}$$

$$n = 30.51 \approx 30$$

ดังนั้น ระยะห่างในการสุ่มที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ 30 คน

เกณฑ์คัดเข้างานวิจัย

- 1) ผู้สูงอายุไทย อายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
- 2) มีรายชื่อในทะเบียนและอาศัยในอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์
- 3) กลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์คัดออกงานวิจัย

- 1) เป็นผู้อาศัยชั่วคราว ไม่ประจำ และไม่มีรายชื่อในทะเบียน
- 2) กลุ่มอย่างมีปัญหาทางการสื่อสาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) จำนวน 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ประจำ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว การพักอาศัย และการเป็นสมาชิกชมรม/กลุ่มในชุมชน คำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ มีทั้งหมด 9 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel of Activities of Daily Living: ADL)⁽³¹⁾ เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นโดย Barthel และ Mahoney จากแนวคิดที่กล่าวถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำว่าเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้นำมาประยุกต์และอนุญาตให้สามารถเข้าถึงได้อย่างสาธารณะ เพื่อใช้ในการประเมินและคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน มีทั้งหมด 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น การอาบน้ำ การกลั่นการถ่ายอุจจาระ และการกลั่นปัสสาวะ ซึ่งมีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ประเมินในผู้สูงอายุมากที่สุด และในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 381 คน พบว่าอยู่ในเกณฑ์ดี มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.911

เกณฑ์การแปลผลคะแนน จะวัดจากกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างทำได้จริง คะแนนทั้งหมดจะได้จากการรวมคะแนนในแต่ละข้อ ซึ่งจะขึ้นอยู่กับระดับความสามารถในแต่ละบุคคล โดยมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน แปลผลดังนี้

- | | | |
|-----------------|---------------|---|
| 12 คะแนน ขึ้นไป | กลุ่มติดสังคม | ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ |
| 5-11 คะแนน | กลุ่มติดบ้าน | ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง |

0-4 คะแนน กลุ่มติดเตียง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
พิการ หรือทุพพลภาพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว นำมาจากงานวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรม การสนับสนุนจากครอบครัวกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร สร้างโดย นาริรัตน์ เชื้อสูงเนิน (2550)⁽²⁷⁾ จากแนวคิดการสนับสนุนจากครอบครัวของจันท์เพ็ญ แสงเทียนฉาย และคณะ (2544)⁽²⁶⁾ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกทั้งหมด 17 ข้อคำถาม แบ่งเป็นการสนับสนุนจากครอบครัว 9 ด้าน ได้แก่ ด้านการให้เงิน ด้านการให้สิ่งของหรือสิ่งอื่นที่ไม่ใช่เงิน ด้านการดูแลยามเจ็บป่วย ด้านการทำงานบ้าน ด้านการเลี้ยงหลาน ด้านการให้การศึกษา ด้านการติดต่อเยี่ยมบ้าน ด้านการสนใจเอาใจใส่ และด้านการอบรมสั่งสอน โดยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.89 และในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 381 คน พบว่าอยู่ในเกณฑ์ดี มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.884

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ข้อคำถามมีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน นำค่าคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนเต็มทั้งหมด 68 คะแนน แปลผลตามคะแนนจากน้อยสุดถึงมากที่สุด 4 ระดับ เป็นการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวระดับสูง ปานกลาง ต่ำ และไม่ได้เลย การแปลผลพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ย โดยคะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 0-3 คะแนน คำนวณความกว้างของแต่ละระดับดังนี้

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{ค่าคะแนนสูงสุด} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับที่ต้องการ}}$$

2.26 - 3.00 คะแนน หมายถึง การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวสูง

1.51 - 2.25 คะแนน หมายถึง การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวปานกลาง

0.76 - 1.50 คะแนน หมายถึง การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวต่ำ

0.00 - 0.75 คะแนน หมายถึง การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวไม่ได้เลย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ แปลและพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540)⁽²¹⁾ ทำการทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL-BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษา แล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน นำข้อคำถามเป็นปัญหาปรับปรุงแล้วทดสอบซ้ำจำนวน 3 รอบ ศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความ

เที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 ซึ่งเทียบกับแบบวัด WHOQOL-100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ และสามารถเข้าถึงได้อย่างสาธารณะ มีจำนวนทั้งหมด 26 ข้อคำถาม ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม และในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 381 คน พบว่าอยู่ในเกณฑ์ดี มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.907

เกณฑ์การแปลผลคะแนน มีจำนวนข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ (ข้อ 2, 9, 11) แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบจากการประเมินตนเอง สามารถแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตแยกเป็นองค์ประกอบด้านต่าง ๆ โดยแยกเป็นรายด้านได้ดังนี้

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

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

องค์ประกอบด้านสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25

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

ส่วนข้อ 1 ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้ ซึ่งการนำเสนอผลคะแนนจะอยู่ในรูปแบบของคะแนนเฉลี่ยทั้งหมด และคะแนนของแต่ละองค์ประกอบ เพื่อใช้เปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น ๆ และเมื่อรวมคะแนนแต่ละข้อแล้ว สามารถนำมาเปรียบเทียบเกณฑ์ปกติที่กำหนดได้ดังนี้

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

ส่วนที่ 5 แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool: T-GMHA-15) พัฒนาโดย ประภาส อุครานันท์ และคณะ (2558)⁽¹⁶⁾ เริ่มต้นจากการศึกษาแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับเต็ม จำนวน 56 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ สภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจและปัจจัยสนับสนุน และ 15 องค์ประกอบย่อย แบ่งคะแนนออกเป็น 3 กลุ่ม คือ สุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไป คือค่า percentile

เกิน 75 ขึ้นไป ซึ่งเท่ากับ 182 สุขภาพจิตเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป คือค่าระหว่าง 75th - 25th percentile เท่ากับ 181-160 และสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป คือค่าที่ต่ำกว่า 25th percentile เท่ากับคะแนนที่ต่ำกว่า 160 ค่าความตรงเหมือนพบว่ามีความสัมพันธ์กันกับเครื่องวัดคุณภาพชีวิต $r = 0.70$, $p = <0.001$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.94 ซึ่งมีความสอดคล้องภายในของแต่ละข้อคำถามค่อนข้างสูง และพัฒนาต่อยอดเป็นแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86⁽¹⁷⁾ สำหรับแบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่ผ่านการศึกษาในขั้นตอนที่สมบูรณ์และเผยแพร่ในระดับประเทศ สามารถเข้าถึงได้อย่างสาธารณะ เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 80 ปี สามารถนำไปคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือหรือป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่อาจเกิดขึ้นตามมา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 15 ข้อ และในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 381 คน พบว่าอยู่ในเกณฑ์ดี มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.873

เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยข้อคำถามจะถามถึงประสบการณ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ให้ผู้สูงอายุสำรวจตนเองและประเมินเหตุการณ์ อารมณ์ ความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเองว่าอยู่ในระดับใด แล้วตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริงกับมากที่สุด ข้อคำถามแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 จำนวน 14 ข้อ และกลุ่มที่ 2 จำนวน 1 ข้อ (ข้อ 3) แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

50 – 60 คะแนน	หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
43 – 49 คะแนน	หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
42 คะแนน หรือน้อยกว่า	หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลโดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหรือรับการสัมภาษณ์จากผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างและเครื่องมือการวิจัยให้แก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พิจารณา
2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ยื่นต่อหัวหน้าสาธารณสุขอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยกับผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ และขออนุญาตใช้ทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุในการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยทำการฝึกอบรมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำพื้นที่ในตำบลนั้น ๆ เพื่อช่วยในการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมทั้งอธิบายทำความเข้าใจเกี่ยวกับแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล และนำแบบสอบถามไปใช้กับผู้สูงอายุที่ได้รับเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในเขตพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง ผู้ช่วยวิจัยจะทำการบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถามอย่างถูกต้องและตรงกับผู้วิจัย

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายถึงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลตลอดเวลา โดยไม่ต้องบอกเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะเปิดเผยเฉพาะส่วนที่เป็นข้อมูลการสรุปผลวิจัยเท่านั้น

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมแล้ว ให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามและแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทำ โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ส่วน รวมจำนวนทั้งหมด 74 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหรือเขียนได้ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะใช้วิธีการอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังและเขียนตามคำตอบที่ได้จากการประเมินตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

6. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมดอีกครั้ง และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี จากนั้นเก็บแบบสอบถามที่เสร็จสมบูรณ์ นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้ง 5 ส่วน ที่สมบูรณ์มาวิเคราะห์ ซึ่งใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 21 ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดให้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปจากกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน และ Inter-quartile Range

2. สถิติเชิงอนุมาน เพื่อวิเคราะห์ตัวแปรรายคู่ (Univariate analysis) โดยดูข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่ศึกษา โดยใช้ unpaired t-test หรือ Independence t-test หรือ One-way ANOVA สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และใช้ Chi-square สำหรับข้อมูลเชิงลักษณะ โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ และวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficiency) และสถิติอื่นที่ใช้ เช่น การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพ

ชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้ Logistic regression analysis การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสุขภาพจิตของ
ผู้สูงอายุโดยใช้สถิติ Linear Regression



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอลับแล 390 คน และพบว่ามีข้อมูลสมบูรณ์ที่สามารถวิเคราะห์ผลได้ จำนวนทั้งสิ้น 381 คน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือน สิงหาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2562

ลำดับขั้นตอนการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัยวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ออกเป็น 8 ส่วน ดังนี้
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้ประจำ สถานะภาพสมรส โรคประจำตัว สถานะโรค การพักอาศัย จำนวนสมาชิกภายในบ้าน และการเป็นสมาชิกของชมรมหรือสังคม

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยนำเสนอแบบรายข้อและแปลผลโดยรวม

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์การสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุ โดยนำเสนอแบบรายข้อแบบรายด้าน และแปลผลโดยรวม

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยนำเสนอแบบรายข้อและแปลผลโดยรวม

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยนำเสนอแบบรายข้อและแปลผลโดยรวม

ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 7 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 8 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว คุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
Mean, \bar{X}	แทน	ค่าเฉลี่ย
Median	แทน	ค่ามัธยฐาน
Min	แทน	ค่าต่ำสุด
Max	แทน	ค่าสูงสุด
S.D.	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
IQ.R.	แทน	ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์
p -value	แทน	ค่าความน่าจะเป็นของสถิติที่ใช้ทดสอบ
χ^2	แทน	ค่าไคสแควร์
R	แทน	ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน
OR	แทน	Odds Ratio หรือ ค่าความเสี่ยง
C.I.	แทน	Confidence Interval หรือ ค่าความเชื่อมั่น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สูงสุด อาชีพหลัก รายได้ประจำ สถานะภาพสมรส โรคประจำตัว สถานะโรค การพักอาศัย จำนวนสมาชิกภายในบ้าน และการเป็นสมาชิกของชมรมหรือสังคม โดยมีรายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป	จำนวน (N=381)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	130	34.1
หญิง	251	65.9
2. อายุ (ปี) Mean (S.D.) = 70.63 (8.05) Min = 60, Max = 100		
60 - 64 ปี	95	24.9
65 - 69 ปี	106	27.8
70 - 74 ปี	69	18.1
75 - 79 ปี	48	12.6
80 - 84 ปี	40	10.5
85 ปีขึ้นไป	23	6.0
3. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้ศึกษา	21	5.5
ประถมศึกษา	325	85.3
มัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	26	7.1
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง/ อนุปริญญา	2	0.5
ปริญญาตรี/สูงกว่า	6	1.6
4. อาชีพหลัก		
ข้าราชการบำนาญ	8	2.1
รับจ้างทั่วไป	61	16.0
เกษตรกร	162	42.5
ประกอบกิจการส่วนตัว	20	5.2
ไม่ได้ทำงาน	130	34.1

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป	จำนวน (N=381)	ร้อยละ
5. รายได้ประจำ Median (I.Q.R.) = 1,500 (2,300) Min = 0, Max = 50,000		
≤ 3,000 บาท/เดือน	298	78.2
3,001 – 6,000 บาท/เดือน	54	14.2
6,001 – 9,000 บาท/เดือน	16	4.2
≥ 9,001 บาท/เดือน ขึ้นไป	13	3.4
6. สถานภาพสมรส		
สมรส	227	59.6
หม้าย	112	29.4
หย่าร้าง	9	2.4
โสด	33	8.7
7. โรคประจำตัว		
ไม่มี	120	31.5
มี	261	68.5
โรคประจำตัวที่พบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่มีโรคประจำตัว	120	31.5
ความดันโลหิตสูง	224	58.8
เบาหวาน	121	31.8
ไขมันในเส้นเลือด	90	23.6
ข้อเสื่อม/ข้ออักเสบ	28	7.4
โรคอื่น ๆ	18	4.7
8. สถานะโรค		
ไม่มีโรคประจำตัว	120	31.5
ยังรักษาอยู่	255	66.9
ขาดการรักษาต่อเนื่อง	2	0.5
ปฏิเสธการรักษา	3	0.8
รักษาหายแล้ว	1	0.3

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป	จำนวน (N=381)	ร้อยละ
9. การพักอาศัย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
อยู่คนเดียว	39	10.2
อยู่กับคู่สมรส	183	48.0
อยู่กับบุตร	244	64.0
อยู่กับหลาน	129	33.7
อยู่กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ	5	1.3
อื่น ๆ	6	1.6
10. จำนวนสมาชิกภายในบ้านรวมผู้สูงอายุ Mean (S.D.) = 3.42 (1.56) Min = 1, Max = 8		
อาศัยอยู่คนเดียว	39	10.2
2 - 3 คน	170	44.6
4 - 5 คน	128	33.6
6 คนขึ้นไป	44	11.5
11. การเป็นสมาชิกของชมรมหรือสังคม		
ไม่เป็นสมาชิก	265	69.6
เป็นสมาชิก	116	30.4

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 251 คน คิดเป็นร้อยละ 65.9 มีอายุอยู่ในช่วง 65 - 69 ปี จำนวน 106 คิดเป็นร้อยละ 27.8 จบการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา จำนวน 325 คน คิดเป็นร้อยละ 85.3 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 42.5 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 130 คน และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 34.1 และ 16.0 ตามลำดับ มีรายได้ประจําน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท/เดือน จำนวน 298 คน คิดเป็นร้อยละ 78.2 มีสถานภาพสมรส จำนวน 227 คน คิดเป็นร้อยละ 59.6 ส่วนมากมีโรคประจำตัว จำนวน 261 คน คิดเป็นร้อยละ 68.5 ได้แก่ ความดันโลหิตสูง จำนวน 224 คน คิดเป็นร้อยละ 58.8 รองลงมาได้แก่ เบาหวาน จำนวน 121 คน และไขมันในเลือดสูง จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 31.8 และ 23.6 ตามลำดับ บางรายมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่ยังได้รับการรักษาโรคอยู่ จำนวน 255 คน คิดเป็นร้อยละ 66.9 การพักอาศัยส่วนใหญ่อยู่กับบุตร จำนวน 244 คน คิดเป็นร้อยละ 64.04 มีจำนวนสมาชิกภายในบ้าน

รวมผู้สูงอายุอยู่ที่ 2-3 คน จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 44.6 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เป็นสมาชิกของชมรมหรือสังคม จำนวน 265 คน คิดเป็นร้อยละ 69.6

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ โดยนำเสนอในรายชื่อและแปลผลโดยรวม

ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น การอาบน้ำ การกลั่นกรองถ่ายอุจจาระ และการกลั่นปัสสาวะโดย โดยมีรายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 5 - 6

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ

ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน	จำนวน (N=381)	ร้อยละ
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อย ต่อหน้า		
ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้	5	1.3
ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตัก	17	4.5
เตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า		
ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	359	94.2
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา		
ต้องการความช่วยเหลือ	8	2.1
ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	373	97.9
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้		
ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน	4	1.0
สองคนช่วยกันยกขึ้น		
ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้อง	5	1.3
ใช้คนที่แข็งแรง หรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2		
คน พุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้		

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ (ต่อ)

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	จำนวน (N=381)	ร้อยละ
ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย	19	5.0
ทำเองได้	359	92.7
4. การใช้ห้องน้ำ		
ช่วยตัวเองไม่ได้	12	3.1
ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ)	12	3.1
ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	357	93.7
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน		
เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	5	1.3
ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ รวมถึงการกระเียบ/คลาน	13	3.4
เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย	11	2.9
เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	352	92.4
6. การสวมใส่เสื้อผ้า		
ต้องมีคนสวมใส่ให้ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย	5	1.3
ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย	12	3.1
ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	364	95.5
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น		
ไม่สามารถทำได้	13	3.4
ต้องการคนช่วย	18	4.7

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	จำนวน (N=381)	ร้อยละ
ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	350	91.9
8. การอาบน้ำ		
ต้องมีคนช่วยหรือทำให้	14	3.7
อาบน้ำเองได้	367	96.3
9. การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา		
กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ	4	1.0
กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)	32	8.4
กลั่นได้เป็นปกติ	345	90.6
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา		
กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้	3	0.8
กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)	45	11.8
กลั่นได้เป็นปกติ	333	87.4

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตัดอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ จำนวน 359 คน คิดเป็นร้อยละ 94.2 รองลงมาตัดอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย จำนวน 17 คน และไม่สามารถตัดอาหารเข้าปากได้ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 4.5 และ 1.3 ตามลำดับ การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา ทำเองได้ จำนวน 373 คน คิดเป็นร้อยละ 97.9 และต้องการความช่วยเหลือ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.1 การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้เองได้ จำนวน 359 คน คิดเป็นร้อยละ 92.7 รองลงมาต้องการความช่วยเหลือบ้าง จำนวน 19 คน ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ จำนวน 5 คน และไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 5.0, 1.3 และ 1.0 ตามลำดับ ส่วนการใช้ห้องน้ำ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี จำนวน 357 คน คิดเป็นร้อยละ 93.7 รองลงมาทำเองได้บ้าง และช่วยตัวเองไม่ได้ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 3.1 เท่ากัน

กลุ่มตัวอย่างเดินหรือเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้านได้เอง จำนวน 352 คน คิดเป็นร้อยละ 92.4 รองลงมาต้องใช้อุปกรณ์ช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง จำนวน 13 คน เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคน

ช่วย จำนวน 11 คน และเคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 3.4, 2.9 และ 1.3 ตามลำดับ การสวมใส่เสื้อผ้า สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี จำนวน 364 คน คิดเป็นร้อยละ 95.5 รองลงมาช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย จำนวน 12 คน และต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 3.1 และ 1.3 ตามลำดับ การขึ้นลงบันได 1 ชั้น สามารถขึ้นลงได้เอง จำนวน 350 คน คิดเป็นร้อยละ 91.9 รองลงมาต้องการคนช่วย จำนวน 18 คน และไม่สามารถทำได้ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 4.7 และ 3.4 ตามลำดับ การอาบน้ำ สามารถอาบน้ำเองได้ จำนวน 367 คน คิดเป็นร้อยละ 96.3 และต้องมีคนช่วยหรือทำให้ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 3.7 การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลั่นได้เป็นปกติ จำนวน 345 คน คิดเป็นร้อยละ 90.6 รองลงมากลั่นไม่ได้บางครั้ง จำนวน 32 คน และกลั่นไม่ได้หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 8.4 และ 1.0 ตามลำดับ การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลั่นได้เป็นปกติ จำนวน 333 คน คิดเป็นร้อยละ 87.4 รองลงมากลั่นไม่ได้บางครั้ง จำนวน 45 คน และกลั่นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 11.8 และ 0.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง แพลผล โดยรวม

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	จำนวน (N=381)	ร้อยละ
กลุ่มติดสังคม (12 คะแนนขึ้นไป)	368	96.6
กลุ่มติดบ้าน (5-11 คะแนน)	10	2.6
กลุ่มติดเตียง (0-4 คะแนน)	3	0.8

Mean (S.D.) = 19.12 (2.63) Min = 1, Max = 20

จากตารางที่ 6 พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มติดสังคม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.12 เมื่อพิจารณาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันรายบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดสังคมมากที่สุด จำนวน 368 คน คิดเป็นร้อยละ 96.6 รองลงมาติดบ้าน 10 คน และกลุ่มติดเตียง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.6 และ 0.8 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์การสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุ โดยนำเสนอในรายชื่อ รายด้าน และแปลผลโดยรวม

ผลการวิเคราะห์การสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านการให้เงิน ด้านการให้สิ่งของหรือสิ่งอื่นที่ไม่ใช่เงิน ด้านการดูแลยามเจ็บป่วย ด้านการทำงานบ้าน ด้านการเลี้ยงหลาน ด้านการให้การศึกษา ด้านการติดต่อเยี่ยมบ้าน ด้านการสนใจเอาใจใส่ และด้านการอบรมสั่งสอน โดยมีรายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 7 - 8

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนจากครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ

การสนับสนุนจากครอบครัว	ระดับการได้รับการสนับสนุน จากครอบครัว (ร้อยละ)				\bar{x}	S.D.
	ไม่เลย	ต่ำ	ปานกลาง	มาก		
ด้านการให้เงิน						
1. ท่านได้รับการช่วยเหลือด้าน เงินทองจากบุตร โดยท่านอาจ รับไว้ หรือไม่รับ	33 (8.7)	42 (11.0)	216 (56.7)	90 (23.6)	1.95	0.83
2. บุตรหลานทำงาน มีเงินพอใช้ ไม่มาเบียดเบียนท่าน	36 (9.4)	34 (8.9)	198 (52.0)	113 (29.7)	2.02	0.88
ด้านการให้สิ่งของอื่นที่ไม่ใช่เงิน						
3. บุตรหลานนำสิ่งของหรือ เครื่องใช้ เช่น เสื้อผ้า เครื่อง อำนวยความสะดวกมาให้	16 (4.2)	23 (6.0)	218 (57.2)	124 (32.5)	2.18	0.72
4. ในช่วงวันหยุดหรือเทศกาล ท่านมีโอกาสได้ไปเที่ยวกับบุตร หลาน (อย่างน้อยได้รับการ ชักชวน)	44 (11.5)	54 (14.2)	202 (53.0)	81 (21.3)	1.84	0.89
ด้านการดูแลยามเจ็บป่วย						
5. บุตรหลานแนะนำ พาท่านไป พบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพหรือ เมื่อเจ็บป่วย	14 (3.7)	27 (7.1)	163 (42.8)	177 (46.5)	2.32	0.76

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนจากครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

การสนับสนุนจากครอบครัว	ระดับการได้รับการสนับสนุน จากครอบครัว (ร้อยละ)				\bar{x}	S.D.
	ไม่เลย	ต่ำ	ปานกลาง	มาก		
6. บุตรหลานมาเยี่ยมท่านเมื่อยาม เจ็บป่วย	6 (1.6)	18 (4.7)	169 (44.4)	188 (49.3)	2.41	0.66
7. บุตรหลานรับภาระค่าใช้จ่ายให้ ท่านเมื่อยามเจ็บป่วย	17 (4.5)	20 (5.2)	201 (52.8)	143 (37.5)	2.23	0.74
ด้านการทำงานบ้าน						
8. ท่านยังคงทำงานบ้าน เนื่องจาก เป็นความต้องการของตัวท่านเอง	18 (4.7)	38 (10.0)	194 (50.9)	131 (34.4)	2.15	0.78
9. บุตรหลานดูแลท่านเรื่องงาน บ้าน เช่น การซักเสื้อผ้า จัด อาหารให้รับประทาน ความ สะอาดของที่พักอาศัย	31 (8.1)	47 (12.3)	196 (51.4)	107 (28.1)	1.99	0.86
ด้านเลี้ยงดูหลาน						
10. ท่านมีโอกาสได้เลี้ยงหรืออยู่ ใกล้ชิดกับหลาน โดยเขามัก แสดงให้ท่านรู้สึกพอใจที่ท่าน เลี้ยงดู หรืออยู่ใกล้คอยดูแล	24 (6.3)	29 (7.6)	184 (48.3)	144 (37.8)	2.18	0.82
ด้านการให้การศึกษ						
11. บุตรหลานสำเร็จการศึกษาตาม จุดมุ่งหมายของท่าน	8 (2.1)	23 (6.0)	193 (50.7)	157 (41.2)	2.31	0.68
ด้านการติดต่อเยี่ยมบ้าน						
12. บุตรหลานที่ไม่ได้อาศัยด้วยกัน มาเยี่ยมท่านบ่อยครั้ง	13 (3.4)	47 (12.3)	223 (58.5)	98 (25.7)	2.07	0.72
13. บุตรหลานโทรศัพท์พูดคุยหรือ ติดต่อมาหาท่านบ่อยครั้ง	14 (3.7)	47 (12.3)	205 (53.8)	115 (30.2)	2.10	0.75

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนจากครอบครัวของ
กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

การสนับสนุนจากครอบครัว	ระดับการได้รับการสนับสนุน จากครอบครัว (ร้อยละ)				\bar{x}	S.D.
	ไม่เลย	ต่ำ	ปานกลาง	มาก		
ด้านการสนใจเอาใจใส่						
14. บุตรหลานชวนให้ไปอยู่ด้วยกัน	31	48	207	95	1.96	0.84
หรือให้หยุดทำงานเพื่อพักผ่อน	(8.1)	(12.6)	(54.3)	(24.9)		
15. บุตรหลานมักจะคอยถาม	5	26	193	157	2.32	0.66
เกี่ยวกับทุกข์สุขของท่านอยู่เสมอ	(1.3)	(6.8)	(50.7)	(41.2)		
ด้านการอบรมสั่งสอน						
16. บุตรหลานเชื่อฟังคำสั่งสอน	5	22	234	120	2.23	0.61
และปฏิบัติตามคำแนะนำของ	(1.3)	(5.8)	(61.4)	(31.5)		
ท่าน						
17. บุตรหลานปรึกษาเมื่อมีปัญหา	21	37	200	123	2.12	0.79
	(5.5)	(9.7)	(52.5)	(32.3)		

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์การสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ด้านการให้เงิน ส่วนใหญ่บุตรหลานทำงาน มีเงินพอใช้ ไม่มาเบียดเบียนกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.02 ด้านการให้สิ่งของอื่นที่ไม่ใช่เงิน บุตรหลานนำสิ่งของหรือเครื่องใช้ เช่น เสื้อผ้า เครื่องอำนวยความสะดวกมาให้มากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.18 ด้านการดูแลยามเจ็บป่วย บุตรหลานมาเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างเมื่อยามเจ็บป่วยมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.41 ด้านการทำงานบ้าน กลุ่มตัวอย่างยังคงทำงานบ้าน เนื่องจากเป็นความต้องการของตนเองมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.15

ด้านการเลี้ยงหลาน กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสได้เลี้ยงหรืออยู่ใกล้ชิดกับหลาน โดยเขามักแสดงให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกพอใจที่ตนเองเลี้ยงดูหรืออยู่ใกล้คอยดูแลมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.18 ด้านการให้การศึกษา บุตรหลานสำเร็จการศึกษาตามจุดมุ่งหมายของกลุ่มตัวอย่าง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.31 ด้านการติดต่อเยี่ยมบ้าน บุตรหลานโทรศัพท์พูดคุยหรือติดต่อมาหากกลุ่มตัวอย่างบ่อยครั้งมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.10 ด้านการสนใจเอาใจใส่ บุตรหลานมักจะคอยถามเกี่ยวกับทุกข์สุขของกลุ่มตัวอย่างอยู่เสมอมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.32 และด้านการอบรมสั่งสอน บุตรหลานเชื่อฟังคำสั่งสอนและปฏิบัติตามคำแนะนำของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.23

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลการสนับสนุนจากครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้าน และแปลผลโดยรวม

การสนับสนุนจากครอบครัว	\bar{x}	S.D.	การแปลผล
1. ด้านการให้เงิน	1.99	0.72	ปานกลาง
2. ด้านการให้สิ่งของหรือสิ่งอื่นที่ไม่ใช่เงิน	2.01	0.65	ปานกลาง
3. ด้านการดูแลยามเจ็บป่วย	2.32	0.60	สูง
4. ด้านการทำงานบ้าน	2.07	0.56	ปานกลาง
5. ด้านการเลี้ยงหลาน	2.18	0.82	ปานกลาง
6. ด้านการให้การศึกษ	2.31	0.68	สูง
7. ด้านการติดต่อเยี่ยมบ้าน	2.09	0.65	ปานกลาง
8. ด้านการสนใจเอาใจใส่	2.14	0.64	ปานกลาง
9. ด้านการอบรมสั่งสอน	2.17	0.61	ปานกลาง
รวม	2.14	0.45	ปานกลาง

จากตารางที่ 8 พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.14 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการดูแลยามเจ็บป่วย ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงที่สุดเท่ากับ 2.32 รองลงมาด้านการให้การศึกษ มีการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับระดับสูง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.31 ในขณะที่ด้านการให้เงิน ซึ่งมีการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดเท่ากับ 1.99

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยนำเสนอในรายชื่อและแปลผลโดยรวม

ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีรายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 9 -10

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต (ร้อยละ)					\bar{x}	S.D.
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของ ท่านในตอนนี้อย่างใด	6 (1.6)	33 (8.7)	202 (53.0)	104 (27.3)	36 (9.4)	3.34	0.83
2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตาม ตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำ ในสิ่งที่ต้องการมากนัก เพียงใด	20 (5.2)	82 (21.5)	193 (50.7)	67 (17.6)	19 (5.0)	3.04	0.90
3. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่ง ต่าง ๆ ในแต่ละวันใหม่ (ทั้ง เรื่องงาน หรือการดำเนิน ชีวิตประจำวัน)	6 (1.6)	41 (10.8)	181 (47.5)	119 (31.2)	34 (8.9)	3.35	0.85
4. ท่านพอใจกับการนอนหลับ ของท่านมากนักเพียงใด	2 (0.5)	20 (5.2)	123 (32.3)	186 (48.8)	50 (13.1)	3.69	0.78
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มี ความหวัง) มากน้อยเพียงใด	1 (0.3)	13 (3.4)	131 (34.4)	171 (44.9)	65 (17.1)	3.75	0.78
6. ท่านมีสมาธิในการทำงาน ต่าง ๆ ดีเพียงใด	2 (0.5)	23 (6.0)	162 (42.5)	159 (41.7)	35 (9.2)	3.53	0.77
7. ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมาก น้อยแค่ไหน	1 (0.3)	16 (4.2)	136 (35.7)	162 (42.5)	66 (17.3)	3.72	0.81
8. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของ ตัวเองได้ไหม	0 (0)	8 (2.1)	119 (31.2)	181 (47.5)	73 (19.2)	3.84	0.75
9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึก เหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตก กังวล บ่อยแค่ไหน	131 (34.4)	119 (31.2)	92 (24.1)	34 (8.9)	5 (1.3)	3.88	1.03

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต (ร้อยละ)					\bar{x}	S.D.
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
10. ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	3 (0.8)	15 (3.9)	169 (44.4)	153 (40.2)	41 (10.8)	3.56	0.77
11. ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ในแต่ละวัน	14 (3.7)	33 (8.7)	179 (47.0)	119 (31.2)	36 (9.4)	2.66	0.90
12. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด	6 (1.6)	29 (7.6)	160 (42.0)	133 (34.9)	53 (13.9)	3.52	0.88
13. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน	3 (0.8)	15 (3.9)	107 (28.1)	183 (48.0)	73 (19.2)	3.81	0.82
14. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่นั้น	2 (0.5)	18 (4.7)	144 (37.8)	175 (45.9)	42 (11.0)	3.62	0.76
15. ท่านรู้สึกว่าชีวิตความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน	0 (0)	12 (3.1)	132 (34.6)	181 (47.5)	56 (14.7)	3.74	0.74
16. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด	0 (0)	10 (2.6)	109 (28.6)	164 (43.0)	98 (25.7)	3.92	0.80
17. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด	3 (0.8)	31 (8.1)	190 (49.9)	117 (30.7)	40 (10.5)	3.42	0.82
18. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด	0 (0)	8 (2.1)	109 (28.6)	196 (51.4)	68 (17.8)	3.85	0.73

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต (ร้อยละ)					\bar{x}	S.D.
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
19. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่ จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมาก น้อยเพียงใด	1 (0.3)	22 (5.8)	153 (40.2)	165 (43.3)	40 (10.5)	3.58	0.77
20. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลาย เครียดมากน้อยเพียงใด	2 (0.5)	18 (4.7)	146 (38.3)	172 (45.1)	43 (11.3)	3.62	0.78
21. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ ของท่านมากน้อยเพียงใด	0 (0)	10 (2.6)	129 (33.9)	194 (50.9)	48 (12.6)	3.73	0.71
22. ท่านพอใจกับการเดินทางไป ไหนมาไหนของท่าน (หมายถึง การคมนาคม) มากน้อย เพียงใด	12 (3.1)	43 (11.3)	145 (38.1)	14 (38.8)	33 (8.7)	3.39	0.91
23. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตท่านมี ความหมายมากน้อยแค่ไหน	0 (0)	13 (3.4)	109 (28.6)	172 (45.1)	87 (22.8)	3.87	0.80
24. ท่านสามารถไปไหนมาไหน ด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	16 (4.2)	34 (8.9)	125 (32.8)	131 (34.4)	75 (19.7)	3.56	1.04
25. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของ ท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึก ทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธี จัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเอง หรือ การมีเพศสัมพันธ์)	71 (18.6)	43 (11.3)	143 (37.5)	95 (24.9)	29 (7.6)	2.92	1.19
26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ใน ระดับใด	1 (0.3)	11 (2.9)	160 (42.0)	136 (35.7)	73 (19.2)	3.71	0.82

จากตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 รองลงมา มีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล และรู้สึกว่าชีวิตตนเองมีความหมาย ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 และ 3.87 ตามลำดับ และพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตรอยู่ได้ในแต่ละวันน้อยที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.66 รองลงมาพอใจในชีวิตทางเพศของตนเอง และมีการเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ตนเองไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.92 และ 3.04 ตามลำดับ

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้าน และแปลผลโดยรวม

คุณภาพชีวิต	\bar{x}	S.D.	การแปลผล
1. ด้านสุขภาพกาย	23.39	3.01	ปานกลาง
2. ด้านจิตใจ	22.60	3.46	ดี
3. ด้านความสัมพันธ์กับสังคม	10.35	1.92	ปานกลาง
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	29.25	4.55	ปานกลาง
5. คุณภาพชีวิตโดยรวม	92.63	11.99	ปานกลาง

จากตารางที่ 10 พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 92.63 ซึ่งอยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.3 ระดับปานกลาง จำนวน 215 คน คิดเป็นร้อยละ 56.4 และระดับดี จำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 43.3 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านสุขภาพกาย มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.39 ด้านจิตใจ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.60 ด้านความสัมพันธ์กับสังคม มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.35 และด้านสิ่งแวดล้อม มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 29.25

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยนำเสนอในรายชื่อและแปลผลโดยรวม

ผลการวิเคราะห์สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 11 - 12

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ

สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	ระดับสุขภาพจิต (ร้อยละ)				\bar{x}	S.D.
	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด		
1. ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตท่านมีความหมาย (มีคุณค่ามีประโยชน์)	2 (0.5)	40 (10.5)	231 (60.6)	108 (28.3)	3.17	0.62
2. ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตของท่านมีความสุข	3 (0.8)	44 (11.5)	239 (62.7)	95 (24.9)	3.12	0.62
3. ท่านรู้สึกกังวลใจ	124 (32.5)	184 (48.3)	60 (15.7)	13 (3.4)	3.10	0.78
4. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้า กับบุคคลอื่น	5 (1.3)	41 (10.8)	274 (71.9)	61 (16.0)	3.03	0.57
5. ท่านมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน	0 (0)	30 (7.9)	272 (71.4)	79 (20.7)	3.13	0.52
6. ท่านเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็น สิ่งที่คุณสามารถแก้ไขได้	6 (1.6)	76 (19.9)	245 (64.3)	54 (14.2)	2.91	0.63
7. ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับ ปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)	6 (1.6)	82 (21.5)	252 (66.1)	41 (10.8)	2.86	0.61
8. ท่านรู้สึกยินดีกับความสำเร็จของ คนอื่น	5 (1.3)	26 (6.8)	273 (71.7)	77 (20.2)	3.11	0.56
9. ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมี ทุกข์	5 (1.3)	29 (7.6)	274 (71.9)	73 (19.2)	3.09	0.56
10. ท่านพึงพอใจกับความสามารถ ของตนเอง	2 (0.5)	28 (7.3)	250 (65.6)	101 (26.5)	3.18	0.57
11. ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง	1 (0.3)	19 (5.0)	255 (66.9)	106 (27.8)	3.22	0.54
12. ท่านมีเพื่อนหรือคนอื่น ๆ ในสังคม คอยช่วยเหลือท่านเมื่อท่านต้องการ	6 (1.6)	64 (16.8)	249 (65.4)	62 (16.3)	2.96	0.63

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	ระดับสุขภาพจิต (ร้อยละ)				\bar{x}	S.D.
	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด		
13. ครอบครัวของท่านมีความรักและ ผูกพันต่อกัน	2 (0.5)	27 (7.1)	223 (58.5)	129 (33.9)	3.26	0.60
14. ถ้าท่านป่วย ท่านมั่นใจว่า ครอบครัวของท่านจะดูแลท่าน เป็นอย่างดี	2 (0.5)	20 (5.2)	230 (60.4)	129 (33.9)	3.28	0.58
15. สมาชิกของครอบครัวให้ความ ช่วยเหลือท่าน	0 (0)	20 (5.2)	218 (57.2)	143 (37.5)	3.32	0.57

จากตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ส่วนใหญ่สมาชิกของครอบครัวให้ความช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่าง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.32 รองลงมาถ้ากลุ่มตัวอย่างป่วย กลุ่มตัวอย่างมั่นใจว่าครอบครัวจะดูแลเป็นอย่างดี และครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 และ 3.26 ตามลำดับ และพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา) น้อยที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.86 รองลงมาเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ตนเองสามารถแก้ไขได้ และมีเพื่อนหรือคนอื่น ๆ ในสังคมคอยช่วยเหลือเมื่อผู้สูงอายุต้องการ ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.91 และ 2.96 ตามลำดับ

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง แปรผลโดยรวม

สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	จำนวน (N=381)	ร้อยละ
สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป	113	29.7
สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป	203	53.3
สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	65	17.1

Mean (S.D.) = 46.73 (5.39) Min = 29, Max = 60

จากตารางที่ 12 พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 46.73 เมื่อพิจารณาระดับสุขภาพจิตพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปมากที่สุด จำนวน 203 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 รองลงมาสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป จำนวน 113 คน และสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 29.7 และ 17.1 ตามลำดับ

ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ความสามารถในการทำ
กิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ความสามารถในการทำกิจวัตร
ประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Chi-square มี
รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 13 - 15

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป	ระดับคุณภาพชีวิต				χ^2	df	p-value
	ไม่ดี - ปานกลาง		ดี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. เพศ					2.820	1	0.093
ชาย	66	50.8	64	49.2			
หญิง	150	59.8	101	40.2			
2. อายุ (ปี)					3.769	2	0.152
60 - 64 ปี	46	48.4	49	51.6			
65 - 69 ปี	65	61.3	41	38.7			
70 ปี ขึ้นไป	105	58.3	75	41.7			
3. ระดับการศึกษาสูงสุด					3.674	2	0.159
ไม่ได้ศึกษา	14	66.7	7	33.3			
ประถมศึกษา	187	57.5	138	42.5			
สูงกว่า มัธยมศึกษา/ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ ขึ้นไป	15	42.9	20	57.1			
4. อาชีพหลัก					16.248	4	0.003**
ข้าราชการบำนาญ	2	25.0	6	75.0			
รับจ้างทั่วไป	35	57.4	26	42.6			
เกษตรกร	80	49.4	82	50.6			
ประกอบกิจการส่วนตัว	9	45.0	11	55.0			
ไม่ได้ทำงาน	90	69.2	40	30.8			
5. รายได้ประจำ					18.724	2	<0.001**
≤ 3,000 บาท/เดือน	186	62.4	112	37.6			

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป	ระดับคุณภาพชีวิต				χ^2	df	p-value
	ไม่ดี - ปานกลาง		ดี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
3,001–6,000 บาท/เดือน	21	38.9	33	61.1			
6,001 บาท/เดือน ขึ้นไป	9	31.0	20	69.0			
6. สถานภาพสมรส					7.288	2	0.026*
สมรส	117	51.5	110	48.5			
หม้าย/หย่าร้าง	75	62.0	46	38.0			
โสด	24	72.7	9	27.3			
7. โรคประจำตัว					4.041	1	0.044*
ไม่มีโรคประจำตัว	59	49.2	61	50.8			
มีโรคประจำตัว	157	60.2	104	39.8			
8. สถานะโรค					4.041	1	0.044*
ปกติ (ไม่มีโรคประจำตัว)	59	49.2	61	50.8			
ยังรักษาอยู่/ขาดการ	157	60.2	104	39.8			
รักษาต่อเนื่อง/ปฏิเสธ							
การรักษา/รักษาหายแล้ว							
9. การพักอาศัย					0.092	1	0.762
อยู่คนเดียว	23	59.0	16	41.0			
อยู่กับผู้อื่น	193	56.4	149	43.6			
10. จำนวนสมาชิกภายในบ้านรวมผู้สูงอายุ					0.134	3	0.987
อาศัยอยู่คนเดียว	23	59.0	16	41.0			
2 - 3 คน	95	55.9	75	44.1			
4 - 5 คน	73	57.0	55	43.0			
6 คนขึ้นไป	25	56.8	19	43.0			
11. การเป็นสมาชิกของชมรมหรือสังคม					0.029	1	0.864
ไม่เป็นสมาชิก	151	57.0	114	43.0			
เป็นสมาชิก	65	56.0	51	44.0			

*p-value < 0.05 และ **p-value < 0.01

จากตารางที่ 13 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Chi-square กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ และ $p < 0.01$ พบว่า อาชีพหลัก รายได้ประจำ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และสถานะโรค มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.003, <0.001, 0.026, 0.044$ และ 0.044 ตามลำดับ) ส่วนเพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด การพักอาศัย จำนวนสมาชิกภายในบ้านรวมผู้สูงอายุ และการเป็นสมาชิกของชมรมหรือสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวัน	ระดับคุณภาพชีวิต				χ^2	df	p-value
	ไม่ดี - ปานกลาง		ดี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
กลุ่มติดสังคม	205	55.7	163	44.3	4.274	1	0.039*
กลุ่มติดบ้าน/กลุ่มติดเตียง	11	84.6	2	15.4			

*p-value < 0.05

จากตารางที่ 14 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Chi-square กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.039$)

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การสนับสนุนจากครอบครัว	ระดับคุณภาพชีวิต				χ^2	df	p-value
	ไม่ดี - ปานกลาง		ดี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ได้รับการสนับสนุนจาก ครอบครัวต่ำไปจนถึงไม่ได้เลย	25	83.3	5	16.7	55.525	2	<0.001**
ได้รับการสนับสนุนจาก ครอบครัวปานกลาง	132	71.0	54	29.0			
ได้รับการสนับสนุนจาก ครอบครัวสูง	56	34.8	105	65.2			

**p-value < 0.01

จากตารางที่ 15 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Chi-square กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.01$ พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = <0.001$)

ส่วนที่ 7 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ t-test หรือ ANOVA และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี LSD มีรายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 16 - 21

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป	สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ			t/F	p-value
	n	Mean	S.D.		
1. เพศ				0.177	0.381
ชาย	130	47.07	5.34		
หญิง	251	46.56	5.42		
2. อายุ (ปี)				3.240	0.040*
60 - 64 ปี	95	47.79	5.90		
65 - 69 ปี	106	46.90	5.11		
70 ปี ขึ้นไป	180	46.08	5.20		
3. ระดับการศึกษาสูงสุด				2.137	0.119
ไม่ได้ศึกษา	21	44.57	6.08		
ประถมศึกษา	325	46.78	5.22		
สูงกว่า มัธยมศึกษา/ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ ขึ้นไป	35	47.57	6.31		
4. อาชีพหลัก				2.478	0.044*
ข้าราชการบำนาญ	8	47.50	6.70		
รับจ้างทั่วไป	61	45.87	5.93		
เกษตรกร	162	47.70	5.21		
ประกอบกิจการส่วนตัว	20	46.30	3.48		

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป	สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ				p-value
	n	Mean	S.D.	t/F	
ไม่ได้ทำงาน	130	45.95	5.38		
5. รายได้ประจำ				4.831	0.008**
≤ 3,000 บาท/เดือน	298	46.30	5.34		
3,001–6,000 บาท/เดือน	54	48.00	4.87		
6,001 บาท/เดือน ขึ้นไป	29	48.86	6.06		
6. สถานภาพสมรส				2.031	0.133
สมรส	227	47.19	5.62		
หม้าย/หย่าร้าง	121	46.07	5.22		
โสด	33	46.03	4.00		
7. โรคประจำตัว				0.064	0.949
ไม่มีโรคประจำตัว	120	46.76	5.70		
มีโรคประจำตัว	261	46.72	5.25		
8. สถานะโรค				0.064	0.949
ปกติ (ไม่มีโรคประจำตัว)	120	46.76	5.70		
ยังรักษาอยู่/ขาดการรักษา	261	46.72	5.25		
ต่อเนื่อง/ปฏิเสธการรักษา/ รักษาหายแล้ว					
9. การพักอาศัย				-0.237	0.813
อยู่คนเดียว	39	46.54	4.95		
อยู่กับผู้อื่น	342	46.75	5.44		
12. จำนวนสมาชิกภายในบ้าน				0.139	0.937
รวมผู้สูงอายุ					
อาศัยอยู่คนเดียว	39	46.54	4.95		
2 - 3 คน	170	46.58	5.84		
4 - 5 คน	128	46.89	4.97		
6 คนขึ้นไป	44	47.02	5.29		

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป	สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ				p-value
	n	Mean	S.D.	t/F	
13. การเป็นสมาชิกของชมรมหรือสังคม				0.807	0.420
ไม่เป็นสมาชิก	265	46.87	5.61		
เป็นสมาชิก	116	46.41	4.85		

*p-value < 0.05 และ **p-value < 0.01

จากตารางที่ 16 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ t-test และ ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ และที่ $p < 0.01$ พบว่า อายุ อาชีพหลัก รายได้ประจำ มีความสัมพันธ์กับคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.040, 0.044$ และ 0.008 ตามลำดับ) ส่วนเพศ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส โรคประจำตัว สถานะโรค การพักอาศัย จำนวนสมาชิกภายในบ้านรวมผู้สูงอายุ และการเป็นสมาชิกของชมรมหรือสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 17 ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับอายุ แบบรายคู่

อายุ (ปี)	อายุ (ปี)		
	60 - 64 ปี	65 - 69 ปี	70 ปี ขึ้นไป
60 - 64 ปี	-	0.893	1.712*
65 - 69 ปี			0.818
70 ปี ขึ้นไป			-

*p-value < 0.05

จากตารางที่ 17 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับอายุแบบรายคู่ ด้วยวิธีทดสอบ LSD พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 64 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 18 ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับอาชีพหลัก แบบรายคู่

อาชีพหลัก	อาชีพหลัก				
	ข้าราชการ บำนาญ	รับจ้างทั่วไป	เกษตรกร	ประกอบ กิจการส่วนตัว	ไม่ได้ทำงาน
ข้าราชการบำนาญ	-	1.631	-0.198	1.200	1.546
รับจ้างทั่วไป		-	-1.829*	-0.431	-0.085
เกษตรกร			-	1.398	1.744*
ประกอบกิจการส่วนตัว				-	0.346
ไม่ได้ทำงาน					-

*p-value < 0.05

จากตารางที่ 18 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับอาชีพหลักแบบรายคู่ ด้วยวิธีทดสอบ LSD พบว่า อาชีพเกษตรกรมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสูงกว่าอาชีพรับจ้างทั่วไป และอาชีพเกษตรกรมีค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสูงกว่าอาชีพไม่ได้ทำงาน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 19 ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับรายได้ประจำ แบบรายคู่

รายได้	รายได้		
	≤ 3,000 บาท/เดือน	3,001–6,000 บาท/เดือน	6,001 บาท/เดือน ขึ้นไป
≤ 3,000 บาท/เดือน	-	-1.705*	-2.567*
3,001–6,000 บาท/เดือน			-0.862
6,001 บาท/เดือน ขึ้นไป			-

*p-value < 0.05

จากตารางที่ 19 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับรายได้ประจำแบบรายคู่ ด้วยวิธีทดสอบ LSD พบว่า รายได้ระหว่าง 3,001–6,000 บาท/เดือน และรายได้ 6,001 บาท/เดือน ขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสูงกว่ารายได้น้อยกว่าเท่ากับ 3,000 บาท/เดือน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวัน	สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ				p-value
	n	Mean	S.D.	t/F	
กลุ่มติดสังคม	368	46.91	5.29	3.480	< 0.001**
กลุ่มติดบ้าน/กลุ่มติดเตียง	13	41.69	5.99		

**p-value < 0.01

จากตารางที่ 20 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ t-test และ ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.01$ พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = <0.001$)

ตารางที่ 21 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

การสนับสนุนจากครอบครัว	สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ				p-value
	n	Mean	S.D.	t/F	
ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ต่ำไปจนถึงไม่ได้เลย	30	42.97	5.83	21.567	< 0.001**
ได้รับการสนับสนุนจาก ครอบครัวปานกลาง	186	45.66	4.71		
ได้รับการสนับสนุนจาก ครอบครัวสูง	161	48.70	5.37		

**p-value < 0.01

จากตารางที่ 21 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัว กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ t-test และ ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.01$ พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = <0.001$)

ส่วนที่ 8 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว คุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ โดยมีเงื่อนไขในการวิเคราะห์ว่า ตัวแปรอิสระจะต้องเป็นอิสระต่อกัน ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระจะต้องมีค่าระหว่างกันไม่เกิน 0.80 เพื่อให้ไม่เกิดปัญหา Multicollinearity และจากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์ไม่เกิน 0.8 โดยมีค่าความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.125 - 0.669 จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระเป็นอิสระต่อกัน ผู้วิจัยจึงสามารถนำตัวแปรอิสระทั้งหมดไปวิเคราะห์เพื่อหาค่าต่าง ๆ ตามขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป ดังนั้น ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว คุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายตัวแปร โดยใช้ Logistic regression analysis และ Linear Regression มีรายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 22 - 24

ตารางที่ 22 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว คุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	ตัวแปร			
	(1)	(2)	(3)	(4)
(1) คุณภาพชีวิตโดยรวม	-			
(2) สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	0.669**	-		
(3) ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน	0.268**	0.216**	-	
(4) การสนับสนุนจากครอบครัว	0.470**	0.315**	0.125*	-

* $p < 0.05$ และ ** $p < 0.01$

จากตารางที่ 22 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว คุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficiency) พบว่า คุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ($r = 0.669, p = 0.000$) ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ($r = 0.268, p = <0.001$) และการสนับสนุนจากครอบครัว ($r = 0.470, p = <0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ($r = 0.216, p = <0.001$) และการสนับสนุนจากครอบครัว ($r = 0.315, p = <0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนจากครอบครัว ($r = 0.125, p = 0.014$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 23 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	B	S.E.	p-value	OR	95% C.I. of Adjusted OR	
					Lower	Upper
รายได้ประจำ	0.677	0.198	<0.001**	1.968	1.335	2.902
การสนับสนุนจากครอบครัว	1.343	0.203	<0.001**	3.830	2.575	5.696

** $p < 0.01$

จากตารางที่ 23 เมื่อนำตัวแปรที่เกี่ยวข้องข้างต้นมาทำนายระดับคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นด้วยวิธี Forward Likelihood ratio แล้ว พบว่า ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต ได้แก่ รายได้ประจำ Adjusted odd ratio เท่ากับ 1.968 เท่า (95% C.I. 1.335 - 2.902) ($p = <0.001$) โดยรายได้มากกว่า 3000 บาท เมื่อเทียบกับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3000 บาท และการสนับสนุนจากครอบครัว Adjusted odd ratio เท่ากับ 3.830 เท่า (95% C.I. 2.575 - 5.696) ($p = <0.001$) ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวสูง เมื่อเทียบกับปานกลาง ต่ำไปจนถึงไม่ได้เลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 24 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	t	p-value	R ²	F	df	p
Model			0.157	17.367	4/376	< 0.001
อายุ (ปี)	-2.375	0.018				
รายได้ประจำ	2.207	0.028				
ความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวัน	-2.318	0.021				
การสนับสนุนจากครอบครัว	6.466	<0.001				

จากตารางที่ 24 เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุคูณ Linear Regression เมื่อควบคุมอิทธิพลตัวแปรอื่น ๆ ด้วยวิธี Stepwise พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ รายได้ประจำ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนจากครอบครัว โดยสามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 15.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอลับแล ด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) และมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกของอาสาสมัครที่สามารถเข้าร่วมได้จำนวน 390 คน และมีข้อมูลสมบูรณ์ที่สามารถวิเคราะห์ผลได้ จำนวน 381 คน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือน สิงหาคม ถึง เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2562

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป 2) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel of Activities of Daily Living: ADL) 3) แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว 4) แบบประเมินชีวิตคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) และ 5) แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool: T-GMHA-15)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ใช้เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไป จากกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และพิสัยควอไทล์ ส่วนสถิติเชิงอนุมาน ใช้เพื่อวิเคราะห์ตัวแปรรายคู่ โดยดูข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่ศึกษา โดยใช้ Independence t-test และ One-Way ANOVA สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และใช้ Chi-square สำหรับข้อมูลเชิงลักษณะ และวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficiency) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.9) มีอายุอยู่ในช่วง 65 - 69 ปี (ร้อยละ 27.8) จบการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 85.3) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 42.5) รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 34.1 และ 16.0 ตามลำดับ) มีรายได้ประจําวันน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 78.2) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 59.6) ส่วนมากมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 68.5) ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 58.79) รองลงมาได้แก่ เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 31.76 และ 23.62 ตามลำดับ) บางรายมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่มีสถานะโรคคือยังรับการรักษาโรคอยู่ (ร้อยละ 66.9) การพักอาศัยส่วนใหญ่อยู่กับบุตร (ร้อยละ 64.04) ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกภายในบ้านรวมผู้สูงอายุอยู่ที่ 2-3 คน (ร้อยละ 44.6) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เป็นสมาชิกของชมรมหรือสังคม (ร้อยละ 69.6)

2. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดสังคมมากที่สุด (ร้อยละ 96.6) รองลงมาติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง (ร้อยละ 2.6 และ 0.8 ตามลำดับ) โดยกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเท่ากับ 19.12 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดื่อกาแฟและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ (ร้อยละ 94.2) รองลงมาดื่อกาแฟเองได้แต่ต้องมีคนช่วย และไม่สามารถดื่อกาแฟเข้าปากได้ (ร้อยละ 4.5 และ 1.3 ตามลำดับ) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำเองได้ (ร้อยละ 97.9) รองลงมาต้องการความช่วยเหลือ (ร้อยละ 2.1) การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำเองได้ (ร้อยละ 92.7) รองลงมาต้องการความช่วยเหลือบ้าง ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ และไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น (ร้อยละ 5.0, 1.3 และ 1.0 ตามลำดับ)

การใช้ห้องน้ำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ร้อยละ 93.7) รองลงมาทำเองได้บ้าง และช่วยตัวเองไม่ได้ (ร้อยละ 3.1 เท่ากัน) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง (ร้อยละ 92.4) รองลงมาต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย และเคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ (ร้อยละ 3.4, 2.9 และ 1.3 ตามลำดับ) การสวมใส่เสื้อผ้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี

(ร้อยละ 95.5) รองลงมาช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย และต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย (ร้อยละ 3.1 และ 1.3 ตามลำดับ)

การขึ้นลงบันได 1 ชั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถขึ้นลงได้เอง (ร้อยละ 91.9) รองลงมาต้องการคนช่วย และไม่สามารถทำได้ (ร้อยละ 4.7 และ 3.4 ตามลำดับ) การอาบน้ำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถอาบน้ำเองได้ (ร้อยละ 96.3) รองลงมาต้องมีคนช่วยหรือทำให้ (ร้อยละ 3.7) การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กลั้นได้เป็นปกติ (ร้อยละ 90.6) รองลงมากลั้นไม่ได้บางครั้ง และกลั้นไม่ได้หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ (ร้อยละ 8.4 และ 1.0 ตามลำดับ) การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กลั้นได้เป็นปกติ (ร้อยละ 87.4) รองลงมากลั้นไม่ได้บางครั้ง และกลั้นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ (ร้อยละ 11.8 และ 0.8 ตามลำดับ)

3. การสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุ

เมื่อทดสอบระดับการสนับสนุนจากครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีหาค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.14 เมื่อพิจารณารายด้านแล้ว พบว่าด้านการดูแลยามเจ็บป่วยและด้านการให้การศึกษามีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงสูงที่สุด เท่ากับ 2.32 และ 2.31 ตามลำดับ ในขณะที่ด้านการให้เงิน ซึ่งมีการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 1.99

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ด้านการให้เงิน ในข้อบุตรหลานทำงาน มีเงินพอใช้ไม่มาเบียดเบียนกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 2.02 ด้านการให้สิ่งของอื่นที่ไม่ใช่เงิน ในข้อบุตรหลานนำสิ่งของหรือเครื่องใช้ เช่น เสื้อผ้า เครื่องอำนวยความสะดวกมาให้ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 2.18 ด้านการดูแลยามเจ็บป่วย ในข้อบุตรหลานมาเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างเมื่อยามเจ็บป่วย มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 2.41 ด้านการทำงานบ้าน ในข้อกลุ่มตัวอย่างยังคงทำงานบ้าน เนื่องจากเป็นความต้องการของตนเอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 2.15 ด้านการเลี้ยงหลาน ในข้อกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสได้เลี้ยงหรืออยู่ใกล้ชิดกับหลาน โดยเขามักแสดงให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกพอใจที่ตนเองเลี้ยงดูหรืออยู่ใกล้คอยดูแล มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 2.18 ด้านการให้การศึกษ ในข้อบุตรหลานสำเร็จการศึกษาตามจุดมุ่งหมายของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 2.31 ด้านการติดต่อเยี่ยมบ้าน ในข้อบุตรหลานโทรศัพท์พูดคุยหรือติดต่อมาหากลุ่มตัวอย่างบ่อยครั้ง มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 2.10 ด้านการสนใจเอาใจใส่ ในข้อบุตรหลานมักจะคอยถามเกี่ยวกับทุกข์สุขของกลุ่มตัวอย่างอยู่เสมอ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 2.32 และด้านการอบรมสั่งสอน ในข้อบุตรหลานเชื่อฟังคำสั่งสอนและปฏิบัติตามคำแนะนำของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 2.23

4. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 92.63 เมื่อพิจารณารายด้านแล้ว พบว่าด้านสุขภาพกาย มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.39 ด้านจิตใจ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.60 ด้านความสัมพันธ์กับสังคม มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.35 และด้านสิ่งแวดล้อม มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 29.25

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 รองลงมาไม่มีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล และรู้สึกว่าชีวิตตนเองมีความหมาย ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 และ 3.87 ตามลำดับ และพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ในแต่ละวัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 2.66 รองลงมากลุ่มตัวอย่างพอใจในชีวิตทางเพศของตนเอง และมีการเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ตนเองไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้ ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.92 และ 3.04 ตามลำดับ

5. การวิเคราะห์สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปมากที่สุด (ร้อยละ 53.3) รองลงมาสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป และสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 29.7 และ 17.1 ตามลำดับ) โดยกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเท่ากับ 46.73 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ส่วนใหญ่สมาชิกของครอบครัวให้ความช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่าง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.32 รองลงมาถ้าป่วยกลุ่มตัวอย่างมั่นใจว่าครอบครัวจะดูแลกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างดี และครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 และ 3.26 ตามลำดับ และพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา) ได้น้อยที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.86 รองลงมาเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ตนเองสามารถแก้ไขได้ และมีเพื่อนหรือคนอื่น ๆ ในสังคมคอยช่วยเหลือเมื่อกำลังต้องการ ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.91 และ 2.96 ตามลำดับ

6. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า อาชีพหลัก รายได้ประจำ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และสถานะโรค มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.003, <0.001, 0.026, 0.044$ และ 0.044 ตามลำดับ) ส่วนเพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด การพักอาศัย

จำนวนสมาชิกภายในบ้านรวมผู้สูงอายุ และการเป็นสมาชิกของชมรมหรือสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.039$)

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = <0.001$)

7. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Independence t-test และ One-Way ANOVA พบว่า อายุ อาชีพหลัก รายได้ประจำ มีคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.040, 0.044$ และ 0.008 ตามลำดับ) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 60 - 64 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพเกษตรกร มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปและไม่ได้ประกอบอาชีพ และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ระหว่าง 3,001-6,000 บาท/เดือน และรายได้ 6,001 บาท/เดือน ขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท/เดือน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Independence t-test พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = <0.001$)

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัว กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ One-Way ANOVA พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = <0.001$)

8. ความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว คุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ โดยมีเงื่อนไขในการวิเคราะห์ว่า ตัวแปรอิสระจะต้องเป็นอิสระต่อกัน ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระจะต้องมีค่าระหว่างกันไม่เกิน 0.80 เพื่อให้ไม่เกิดปัญหา Multicollinearity และจากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์ไม่เกิน 0.8 จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระเป็นอิสระต่อกัน โดยผลการศึกษาครั้งนี้ มีค่าความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.125 - 0.669 ซึ่งมีค่าไม่เกิน 0.80 ผู้วิจัยจึงสามารถนำตัวแปรอิสระทั้งหมดไปวิเคราะห์เพื่อหาค่าต่าง ๆ ตามขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว คุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficiency) พบว่า คุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ($r = 0.669, p = <0.001$) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ($r = 0.268, p = <0.001$) และการสนับสนุนจากครอบครัว ($r = 0.470, p = <0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ($r = 0.216, p = <0.001$) และการสนับสนุนจากครอบครัว ($r = 0.315, p = <0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนจากครอบครัว ($r = 0.125, p = 0.014$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อนำตัวแปรที่เกี่ยวข้องข้างต้นมาทำนายระดับคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นด้วยวิธี Forward Likelihood ratio แล้วพบว่า ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต ได้แก่ รายได้ประจำ Adjusted odd ratio เท่ากับ 1.968 เท่า ($p = 0.001$) และการสนับสนุนจากครอบครัว Adjusted odd ratio เท่ากับ 3.830 เท่า ($p = <0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุคูณ Linear Regression เมื่อควบคุมอิทธิพลตัวแปรอื่น ๆ ด้วยวิธี Stepwise พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ รายได้ประจำ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนจากครอบครัว โดยสามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 15.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

1. ข้อมูลพื้นฐาน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.9) มีอายุอยู่ในช่วง 65 - 69 ปี (ร้อยละ 27.8) จบการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 85.3) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 42.5) มีรายได้ประจําน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 78.2) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 59.6) ส่วนมากมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 68.5) ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 58.79) รองลงมาได้แก่ เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 31.76 และ 23.62 ตามลำดับ) บางรายมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่มีสถานะโรคคือยังรับการรักษาโรคอยู่ (ร้อยละ 66.9) การพักผ่อนส่วนใหญ่อยู่กับบุตร (ร้อยละ 64.04) มีจำนวนสมาชิกภายในบ้านรวมผู้สูงอายุอยู่ที่ 2 - 3 คน (ร้อยละ 44.6) และส่วนใหญ่ไม่เป็นสมาชิกของชมรมหรือสังคม (ร้อยละ 69.6)

2. ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดสังคมมากที่สุด ซึ่งหมายความว่า สามารถพึ่งพาตนเองและช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ โดยความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน คือความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งกระทำเป็นประจำ โดยเริ่มต้นตั้งแต่เช้าจนถึงเข้านอน เป็นสิ่งจำเป็นในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่ต้องอาศัยทักษะความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ในการทำ และผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุยังคงพึ่งพาตนเองได้ในเรื่องของการรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การกลั่นกรองถ่ายอุจจาระ และการกลั่นปัสสาวะ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันเท่ากับ 19.12 สอดคล้องกับการสำรวจคัดกรองจำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน⁽⁹⁾ การศึกษาของนงนุช ไยมวงษ์ (2557)⁽⁴¹⁾ การศึกษาของกนกวรรณ สิทธิวิรัชธรรม และสันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ (2558)⁽⁴⁶⁾ การศึกษาของพุทธิพร พิธานธนานุกูล (2561)⁽⁴⁹⁾ และการศึกษาของปัทมา ผ่องศิริ และคณะ (2561)⁽⁵⁰⁾ ที่พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดสังคม หรือมีภาวะพึ่งพาน้อย

3. การสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.14 โดยผลการวิจัยนี้พบว่า ด้านการดูแลยามเจ็บป่วยและด้านการให้การศึกษามีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงสูงที่สุดเท่ากับ 2.32 และ 2.31 ตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงได้รับการดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย บุตรหลานรับภาระค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลและมาเยี่ยมเยียนระหว่างเจ็บป่วย ส่วนด้านการให้การศึกษามีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 2.00 แสดงให้เห็นถึงผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดการสนับสนุนด้านการศึกษา ผู้สูงอายุเชื่อว่า เมื่อบุตรหลานสำเร็จ

การศึกษาตามจุดมุ่งหมายของตนเอง การศึกษาจะทำให้บุตรหลานเป็นคนดี รู้จักรับผิดชอบช่วยเหลือตัวเองได้ และดำเนินชีวิตได้อย่างราบรื่น และจะคอยสนับสนุน ช่วยดูแล โดยจะสามารถนำความรู้หรือข้อมูลข่าวสารมาสอนและบอกกล่าวแก่ผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนจากครอบครัวของจันท์เพ็ญ แสงเทียนฉาย และคณะ (2544)⁽²⁶⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของพุทธิพร พิธานธนากุล (2561)⁽⁴⁹⁾ ที่พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตรสาว หรือมีผู้ดูแลหลักคือบุตร แหล่งช่วยเหลือทางการเงินส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุได้รับจากบุตร สามารถจัดการกับค่ารักษาพยาบาลได้เมื่อเจ็บป่วย และไม่มีความกังวลเรื่องเงิน ในขณะที่ด้านการให้เงินของการวิจัยนี้ มีการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดเท่ากับ 1.99 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนารีรัตน์ เชื้อสูงเนิน (2550)⁽²⁷⁾ ที่พบว่าด้านการเงินมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด และการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยในแต่ละบ้านจะมีความแตกต่างของกระบวนการที่สมาชิกภายในบ้านใช้ติดต่อสื่อสารและเชื่อมโยงผูกพันกันหลายรูปแบบ ครอบครัวส่วนใหญ่มีการเรียนรู้และพัฒนาจนได้ความสัมพันธ์ที่ลงตัว สมาชิกในครอบครัวสามารถเติบโตได้อย่างเป็นตัวของตัวเอง มีความเป็นที่รักและช่วยเหลือกันภายในบ้านด้วย ส่วนกระบวนการการผูกพันกันของสมาชิกในบางครอบครัวที่มีปัญหา ก็อาจมีผลทำให้การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับที่ต่ำ

4. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 92.63 สอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช แยมวงษ์ (2557)⁽⁴¹⁾ และการศึกษาของปัทมา ผ่องศิริ และคณะ (2561)⁽⁵⁰⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Venu R. Shah และคณะ (2560)⁽⁴⁸⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับที่ดี จากการศึกษารายด้านตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตแล้ว⁽²¹⁾ ด้านสุขภาพกาย พบว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.39 แสดงให้เห็นถึงผู้สูงอายุยังคงมีการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน เป็นต้น ส่วนด้านจิตใจ พบว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.60 แสดงให้เห็นถึงการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง และการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตที่ดี ด้านความสัมพันธ์กับสังคม พบว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.35 แสดงให้เห็นถึงการยังคงรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณเองได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์ และด้านสิ่งแวดล้อม พบว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 29.25 แสดงให้

เห็นถึงการยังคงรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณเองมีชีวิตอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีสถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

5. สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปมากที่สุด โดยผลการวิจัยนี้ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเท่ากับ 46.73 สอดคล้องกับการศึกษาของเกสร มัยจิน (2558)⁽⁴⁵⁾ และการศึกษาของปณิตทัต ต้นธนปัญญากร และคณะ (2562)⁽⁵²⁾ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปัทมา ผ่องศิริ และคณะ (2561)⁽⁵⁰⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีกว่าเกณฑ์มาตรฐานคนปกติ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ส่วนใหญ่สมาชิกครอบครัวให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุมากที่สุด รองลงมาถ้าผู้ป่วยผู้สูงอายุมั่นใจว่าครอบครัวจะสามารถดูแลได้เป็นอย่างดี และภายในครอบครัวยังคงมีความรักและผูกพันต่อกัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.32, 3.28 และ 3.26 ตามลำดับ และพบว่าผู้สูงอายุสามารถทำใจยอมรับสำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไขได้ (เมื่อมีปัญหา) ได้น้อยที่สุด รองลงมาเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ตนเองสามารถแก้ไขได้น้อย และมีเพื่อนหรือบุคคลอื่นในสังคมคอยช่วยเหลือเมื่อต้องการยังไม่มากเท่าที่ควร ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.86, 2.91 และ 2.96 ตามลำดับ จากการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่พบบ่อย ได้แก่ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม และปัญหาเรื่องเพศ นอกจากนี้ ยังพบว่าสุขภาพจิตผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2554 มีคะแนนเฉลี่ยของผู้สูงอายุต่ำกว่าคนทั่วไป โดยประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางจิตใจ และมีสาเหตุมาจากโรคหรือการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และค่านิยมต่อผู้สูงอายุในสังคมเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ต้องมีการดูแลระยะยาว รวมทั้งผู้สูงอายุเป็นวัยที่พบกับความสูญเสียคนใกล้ชิดและฐานะทางสังคม การเกษียณงาน หรือเกิดความพิการ ทำให้ประสบกับภาวะโดดเดี่ยวและเกิดความทุกข์ทรมานใจ จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุลดลงได้⁽⁵⁴⁾

6. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิต

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปกับคุณภาพชีวิต พบว่าอาชีพหลัก รายได้ประจำ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และสถานะโรค มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของมณัฐกร คงทอง (2554)⁽²⁰⁾ ที่พบว่า อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แต่สถานภาพสมรส พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นถึงอาชีพหลักและรายได้ประจำมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เนื่องจากการทำงานมีผลต่อการดำเนินชีวิตในสังคมของบุคคล ทำให้บุคคลมีความพึง

พอใจในชีวิต เพราะเป็นการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของตนเองที่จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมด้านต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ซึ่งส่งผลถึงคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุควรหาบทบาททดแทนและกิจกรรมที่สูญเสียไป เพื่อดำรงไว้ซึ่งความพึงพอใจของตนเอง ผู้สูงอายุบางคนยังคงทำงานต่อเนื่องเพื่อเหตุผลต่าง ๆ เช่น เพื่อหารายได้ เพื่อให้มีสุขภาพดี ยังสนุกกับงาน และยังอยากมีเพื่อนอยู่⁽⁴²⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัจจ์ แซงประจักษ์สกุล (2557)⁽⁴²⁾ ที่พบว่าปัจจัยด้านการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับวุฒิวิทย์ของผู้สูงอายุไทย และการศึกษาของนงนุช แยมวงษ์ (2557)⁽⁴¹⁾ ที่พบว่าอาชีพหรือการทำงาน รายได้ และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่า รายได้จึงนับได้ว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบัน เพราะรายได้เป็นสิ่งที่ จะเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับการตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม เนื่องจากรายได้ทำให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม มีอาหารที่มีคุณค่า ได้รับการบริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพ และสามารถจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ตนเองได้ มีผลทำให้ผู้สูงอายุพึงพอใจในชีวิต ดังนั้น ผู้ที่มีรายได้สูงจึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในส่วนของผลการศึกษาศานภาพสมรสที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีความสอดคล้องการศึกษาของสุกัจจ์ แซงประจักษ์สกุล (2557)⁽⁴²⁾ ที่พบว่าสถานภาพสมรส เป็นปัจจัยในการกำหนดระดับวุฒิวิทย์ของผู้สูงอายุทางด้านปัจจัยทางสังคม และการศึกษายังพบว่า โรคประจำตัวกับสถานะโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผลการวิจัยนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.50 โรคที่มีการป่วยมากที่สุด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง รองลงมาได้แก่ เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง กลุ่มตัวอย่างบางรายมีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่มีสถานะโรคคือยังรับการรักษาโรคอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ถึงการเจ็บป่วยและเกินกว่าร้อยละ 80 ยังคงรับการรักษาจากบุคลากรด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง⁽⁵⁾ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในพื้นที่สามารถเข้าถึงและได้รับการบริการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยมีหน่วยบริการสาธารณสุขที่เข้าถึงง่าย ได้รับการบริการทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูของสภาพ ตลอดจนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์จากหลักประกันสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับ⁽⁵⁵⁾

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช แยมวงษ์ (2557)⁽⁴¹⁾ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีตราบเท่าที่ยังสามารถเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตัวเองได้ในกิจวัตรประจำวัน⁽⁵⁶⁾ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของบุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และคณะ (2555)⁽³⁹⁾ ที่พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพ

ชีวิต เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุที่ทำการศึกษามีบริบทและการใช้ชีวิตที่แตกต่างกัน ทั้งในเรื่องการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และลักษณะของเขตพื้นที่อยู่อาศัยระหว่างเขตเมืองและชนบท จึงให้มีการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแตกต่างกัน เนื่องจากที่มาและความสำคัญของงานวิจัยนี้ มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาว (Long Term Care) เป้าหมายสำคัญคือ การยืดอายุของการพึ่งพาตนเอง และการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ยาวนานและมากที่สุด ในกรณีที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมได้⁽⁵⁷⁾ ซึ่งผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เพื่อสนับสนุนในการกำหนดนโยบาย และแผนการดูแลทางด้านสาธารณสุขและทางสังคม ตลอดจนพัฒนา รูปแบบบริการ ให้เหมาะสมกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา วชิรเพชรปราณี (2553)⁽³⁷⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุข จะสามารถแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดี สามารถดูแลตนเองด้านจิตใจและจิตวิญญาณ การเลี้ยงดูหลาน และมีบทบาทในชุมชนที่อาศัย แสดงให้เห็นว่าครอบครัวและชุมชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ และสิ่งที่มีผลต่อการแสดงบทบาทของผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านภูมิหลัง ด้านครอบครัว และด้านชุมชน การแสดงบทบาทที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ ดังนั้น ครอบครัว และชุมชน จึงเป็นปัจจัยที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุข ครอบครัวและชุมชนควรที่จะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยบทบาทที่สำคัญในทุก ๆ ด้านนี้ ล้วนสอดคล้องและมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์กับสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า อายุ อาชีพหลัก รายได้ประจำ มีคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอุษา วงษ์อนันต์ (2551)⁽⁵⁸⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ รายได้แตกต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน โดยผลการวิจัยนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 60 - 64 ปี มีค่าคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560^(3, 59) ที่พบว่ายิ่งสูงอายุมากขึ้น ค่าคะแนนสุขภาพจิตก็จะลดลงตามไปด้วย ส่วนด้านอาชีพ กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพเกษตรกร มีค่าคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปและไม่ได้ประกอบอาชีพ สอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽⁶⁰⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ทำงานภาคเกษตรกรรม มีค่าคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าภาคบริการและภาคการผลิต เนื่องจากในสมัยก่อนเป็นสังคมการเกษตร ทำให้ผู้สูงอายุมีความคุ้นเคยหรือมีความชำนาญด้านเกษตรกรรมมากกว่าในภาคการผลิตและบริการ ประกอบกับในปัจจุบันภาคอุตสาหกรรมมีการขยายตัวมากขึ้น อาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวและเรียนรู้ทักษะหรือความรู้สมัยใหม่ได้อย่าง

รวดเร็ว สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุที่ทำงานในภาคการผลิตและบริการ และยังคงสอดคล้องการศึกษาของศิริพร คำภูไทย (2554)⁽⁶¹⁾ ที่พบว่าอาชีพเกษตรกร มีค่าคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าอาชีพรับจ้าง โดยอาชีพรับจ้างมีค่าคะแนนสุขภาพจิตต่ำที่สุด เนื่องจากเป็นอาชีพที่ไม่มีความมั่นคงและมีรายได้ไม่แน่นอน จึงส่งผลต่อสภาพจิตใจเป็นไปในทางลบ และการสำรวจสุขภาพจิตคนไทยของกรมสุขภาพจิต⁽⁵⁴⁾ พบว่าผู้ที่มีการประกอบอาชีพ มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตมากกว่าผู้ว่างงานหรือไม่ได้ประกอบอาชีพ จากการศึกษายังพบอีกว่า อาชีพข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีค่าคะแนนสุขภาพจิตมากที่สุด ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวรัญญา สมฤทธิ์ และนลิตรา ไทยประเสริฐ (2557)⁽⁶²⁾ ที่พบว่าอาชีพเกษตรกรมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่าอาชีพข้าราชการ เนื่องจากวิถีชีวิตของอาชีพเกษตรกรและอาชีพข้าราชการ มีความแตกต่างกัน โดยอาชีพเกษตรกรมีการใช้ชีวิตแบบพอเพียง ในขณะที่อาชีพข้าราชการต้องวางตัวให้เหมาะสมต่อความมีเกียรติ มีหน้ามีตาในสังคม ส่งผลให้มีความวิตกกังวลมากกว่าอาชีพเกษตรกร ดังนั้น หากผู้สูงอายุยังคงอาชีพเกษตรกรอยู่ แสดงให้เห็นว่าอาชีพเกษตรกรส่งผลดีต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ระหว่าง 3,001–6,000 บาท/เดือน และรายได้ 6,001 บาท/เดือน ขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท/เดือน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งรายได้เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายสุขภาพจิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเกสร มุ้ยเงิน (2558)⁽⁴⁵⁾ ที่พบว่าปัจจัยด้านรายได้ส่งผลให้ระดับสุขภาพจิตแตกต่างกัน และยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เป็นของตนเอง จะมีคะแนนระดับสุขภาพจิตที่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีรายได้ โดยแหล่งรายได้หลักส่วนใหญ่มาจากบุตร รองลงมาได้แก่ รายได้จากการทำงาน เบี้ยยังชีพจากราชการ เงินบำเหน็จ/บำนาญ จากคู่สมรส และดอกเบี้ยเงินออมหรือการขายทรัพย์สินที่มี ตามลำดับ⁽⁴⁾

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของนามชัย กิตตินาคบัญญัติ (2560)⁽⁴⁷⁾ ที่พบว่าความสามารถทางกายและสภาพแวดล้อมทางสังคม ต่างมีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ รวมทั้งต่างมีอิทธิพลทางอ้อมทางบวกผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคมไปสู่สุขภาพจิตที่ดีด้วย จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าปัญหาด้านสุขภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นปัญหาที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงบทบาทของชีวิตจากการที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สามารถทำงาน และให้การช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวได้ มีการเปลี่ยนแปลงสู่การต้องพึ่งพาบุตรหลานหรือผู้อื่น ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงเชื่อว่า สุขภาพและความสามารถของร่างกาย เป็นปัจจัยที่ทำให้มีความสุขและมีสุขภาพจิตที่ดี ส่วนสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความเครียดหรือมีสุขภาพจิตที่แย่ อาจเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย เช่น ความบกพร่องของร่างกายที่ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถลดลง การมีโรคประจำตัว และการ

เปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ทั้งนี้การที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ อาจส่งผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความทุกข์ และแสดงออกโดยมีอาการซึมเศร้า⁽⁵⁹⁾

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาข้อมูลระดับสุขภาพจิต แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องการความรักและการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานและผู้ใกล้ชิดจากอย่างมาก การได้รับการปรนนิบัติหรือการดูแลเอาใจใส่ เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจและมีความสุขในการดำเนินชีวิตต่อไป⁽⁴⁾ ส่วนการมีกิจกรรมและปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคมอย่างสม่ำเสมอ จะเป็นปัจจัยสำคัญให้ผู้สูงอายุมีการสูงวัยอย่างมีพลัง ที่จะนำไปสู่การมีระดับคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นและมีความพึงพอใจในชีวิตสูง ทั้งหมดนี้จะช่วยชะลอกระบวนการการสูงวัย กล่าวคือ จะสามารถคงความแข็งแรงของร่างกาย และการมีสุขภาพจิตดีได้นานขึ้น⁽³⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของอุมพร ตรังสมบัติ (2561)^(17, 63) ที่กล่าวถึงสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวจากการมีส่วนร่วมในการดูแลกันและกัน นอกจากนี้ บุตรหลานยังเป็นแหล่งสนับสนุนจากครอบครัวที่สำคัญ ครอบครัวควรให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยการให้ความรัก การเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า การให้กำลังใจ และการให้ความเคารพนับถือ เพื่อให้ผู้สูงอายุจะได้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวจะช่วยสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว และยังเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว คุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์ไม่เกิน 0.8 มีค่าความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.125 - 0.669 จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระเป็นอิสระต่อกัน และผลการศึกษาค้นพบว่า คุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมากที่สุด จากผลการศึกษาที่ได้ ยังพบว่าตัวแปรที่นำมาศึกษาร่วมกันในครั้งนี้ ล้วนมีความสัมพันธ์ทางบวกซึ่งกันและกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยทำนายระดับคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีรายได้ ประจำมากกว่า 3000 บาทขึ้นไป การได้รับสนับสนุนจากครอบครัวสูง ส่วนตัวแปรที่สามารถทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ รายได้ประจำ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนจากครอบครัว

การศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ตามประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ที่ทำการศึกษา เพื่อนำไปบูรณาการเข้ากับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board : DHB) ซึ่งดำเนินการตามมาตรฐานด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่พัฒนาโดยกรม

สุขภาพจิต เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชน ตลอดจนมีโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ดำเนินงานตามมาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต และสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ตรงตามบริบทของชุมชนต่อไป

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive) โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ เท่านั้น ผลที่ได้ อาจจะไม่สามารถอธิบายประชากรในช่วงเวลาอื่น ๆ ได้ และไม่อาจสามารถบอกความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของผลลัพธ์

2. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดสังคม ซึ่งสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี จึงไม่อาจสามารถเป็นตัวแทนในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะอื่นได้ เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มติดสังคมที่อาศัยในพื้นที่ที่เป็นชุมชนเมืองขนาดใหญ่ หรือมีลักษณะพื้นที่และวัฒนธรรมการดำเนินชีวิตมีความแตกต่างจากอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้

1. ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตที่ดีขึ้น เพราะคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตในภาพรวมยังอยู่ในระดับปานกลาง และควรให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตอยู่ในระดับที่ต่ำด้วย โดยส่งเสริมให้เกิดประโยชน์กับตัวผู้สูงอายุให้มากที่สุด เช่น ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอาชีพและรายได้เพิ่มขึ้น ไม่เพียงแต่ได้จากบุตรหลานหรือออร์รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการเพียงอย่างเดียว อาจจัดให้มีกลุ่มอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ยังคงประกอบอาชีพเกษตรกรอยู่ มีค่าคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าอาชีพอื่นหรือไม่ประกอบอาชีพเลย หากยังคงอาชีพเกษตรกรไว้ จะทำให้มีสุขภาพจิตที่ดี ดังนั้น ควรส่งเสริมด้านเกษตรกรรมหรืออาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพื่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ และส่งเสริมด้านสุขภาพร่วมด้วยเพื่อลดความเจ็บป่วย หรือส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ลดการเกิดภาวะพึ่งพิงให้มากที่สุด

2. การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์และช่วยทำนายนคุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น การจัดอบรมให้กับบุตรหลาน บุคคลที่ใกล้ชิด หรือบุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุให้มีความรู้ความเข้าใจว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เพื่อให้บุตรหลานมีความสนใจ ใส่ใจ ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่ให้ผู้สูงอายุรู้สึกท้อแท้

เพียงลำพัง เพราะผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานเป็นพิเศษ รวมถึงการสนับสนุนด้านการเงินและการทำงานบ้าน

3. ผลการศึกษาที่ได้จากการวิจัยนี้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลอ้างอิงให้กับบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง หรือสามารถนำไปปรับใช้กับพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในวางแผนการให้การดูแล ป้องกัน และส่งเสริมให้ได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างเหมาะสม หากมีนโยบายและมาตรการต่าง ๆ ที่จะทำให้ผู้สูงอายุยังคงความสามารถและคงคุณค่าไว้ จะทำให้การสูงวัยของผู้สูงอายุนั้นกลายเป็นโอกาส แทนที่ผู้สูงอายุจะกลายเป็นการเพิ่มภาระในการดูแลให้กับครอบครัว สังคม หรือประเทศชาติ และการศึกษาที่สามารถนำไปเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยต่อไปได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อมูลที่นำมาใช้ในการศึกษาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ควรจะเป็นข้อมูลที่ได้จากการประเมินจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขร่วมด้วย เพื่อให้ข้อมูลมีความถูกต้องตามหลักเกณฑ์และสามารถอธิบายได้ละเอียดมากขึ้น

2. ควรมีการพัฒนาแบบสอบถามที่ผู้สูงอายุเข้าใจง่ายและ เหมาะสมกับเวลาที่จะใช้ในการเก็บข้อมูล เนื่องจากข้อคำถามในแบบสอบถามครั้งนี้มีข้อคำถามจำนวนมาก ทำให้ต้องใช้เวลานานและยากต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางการอ่านเขียน

3. ควรศึกษาเพื่อค้นหาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่น ให้ครอบครัวของผู้สูงอายุมีส่วนร่วมกับการวิจัย โดยการเพิ่มครอบครัวเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเพื่อศึกษาจากมุมมองของผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ และให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เป็นต้น

บรรณานุกรม

1. Morningstar Direct. ยุคประชากรสูงวัยจะส่งผลกระทบต่ออย่างไร 2018. 2562 [cited 2562 22 มกราคม]. Available from: <http://www.morningstarthailand.com/th/ยุคประชากรสูงวัยจะส่งผลกระทบต่ออย่างไร.aspx>.
2. ชมพูนุท พรหมภักดี. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย (Aging society in Thailand): สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา; 2556 [cited 2562 22 มกราคม]. Available from: http://library.senate.go.th/document/Ext6078/6078440_0002.PDF.
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2561.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: กองสถิติพยากรณ์สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2561.
5. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2558.
6. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. Active ageing เรือธงลำใหม่ในศตวรรษที่ 21. วารสารพหุฒาวิทยาและเวทศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2545;2(4):1-3.
7. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ภาวะสังคมไทยไตรมาสสาม ปี 2561. วารสารภาวะสังคมไทย. 2561;16(4):13.
8. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ขอความร่วมมือรายงานผลการดำเนินงานโครงการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว (Long Term Care) และขึ้นทะเบียนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver). In: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, editor. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์. จำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ. 2562 [cited 2561 17 ธันวาคม].

Available from:

https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&ca_t_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51.

10. ภาณุ อดกกลิ่น. ทฤษฎีการสูงอายุ. 2551 [cited 2561 19 ธันวาคม]. Available from:

<http://110.164.51.229/newbcnu/attachments/WorksTeacher/Panu/20panu.pdf>.

11. ประนอม โอทกานนท์. ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุไทย: หลักการ งานวิจัย และบทเรียนจากประสบการณ์. 2nd ed. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.

12. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของประเทศไทย. 2560 [cited 2561 19 ธันวาคม]. Available from: <https://www.dmh.go.th/report/suicide/age.asp>.

13. สายพิน ไชยนันท์. ผู้สูงอายุกับปัญหาสุขภาพทางใจ. 2561 [cited 2561 19 ธันวาคม]. Available from: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27565>.

14. จิราพร เกศพิชญวัฒนา. เปิดผลวิจัยสถานการณ์ผู้สูงอายุถูกละเมิด. 2560 [cited 2561 19 ธันวาคม]. Available from: <http://www.thaihealth.or.th/Content/38848-เปิดผลวิจัยสถานการณ์ผู้สูงอายุถูกละเมิด%20.html>.

15. ปรีทรรศ ศิลปะกิจ, พันธุ์ธนา กิตติรัตน์ไพบูลย์. ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต. เชียงใหม่: แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต; 2560.

16. ประภาส อุครานันท์, อภิชัย มงคล, วัชณี หัตถพนม, ศิระ กิตติวัฒน์โชติ, สุวดี ศรีวิเศษ, ไพรวลัย รมชัย, et al. การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2558. 2557;60(1):35-48.

17. กุณฑล ตริยะวรางพันธ์. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตต์ 2559;8:1-19.

18. The World Health Organization Quality Of Life Group. The development of the

World Health Organization quality of life assessment instrument. In: J O, W K, editors. Quality of life assessment: International perspectives. New York: Springer-Verlag; 1994.

19. ทรงศักดิ์ เทพสาร. คุณภาพชีวิตของครัวเรือนชาวเขาในชุมชนเทศบาลนครเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.
20. มณัฐกร คงทอง. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาชุมชนริมทางรถไฟภายในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2554.
21. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิวรรณ ต้นติวัดนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิต วงศ์สุวรรณ, ราณี พรหมานะจิรังกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.
22. ภิญญา ทองดี. ครอบครัวยุคใหม่และสถาบันครอบครัว. ม.ป.ป. [cited 2561 19 ธันวาคม]. Available from: <http://www.human.cmu.ac.th/home/hc/ebook/006103/lesson1/01.htm>.
23. สายพิน หัตถิรัตน์. เอกสารประกอบการสอน เรื่องความรู้พื้นฐานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, มหาวิทยาลัยมหิดล; ม.ป.ป.
24. Pender, N. J. Health Promotion in Nursing Practice: Social Support and Health. New York: Appleton century-croft; 1987.
25. สุมลรัตน์ ดอกเขียว. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากงาน การสนับสนุนจากครอบครัว และความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว: ศึกษาเฉพาะกรณีพนักงานบริการโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2553.
26. จันทรเพ็ญ แสงเทียนฉาย, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, ยุพิน อังสุโรจน์, Berit Ingersoll-Dayton. ความสัมพันธ์ระหว่างการช่วยเหลือเกื้อหนุนในครอบครัวกับความสุขภาพใจของผู้สูงอายุไทย. วารสารประชากรศาสตร์. 2544;17(2):1-17.
27. นาริรัตน์ เชื้อสูงเนิน. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรม การสนับสนุนจากครอบครัวกับความสุขภาพใจของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต].

กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.

28. มยุรี เพชรอักษร. กิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. 2nd ed. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์; 2532.

29. The American Journal of Occupational Therapy Association. Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process. American Journal of Occupational Therapy 2008;62:625-83.

30. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข; 2554.

31. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ. 6th ed. นนทบุรี: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, กรมอนามัย; 2559.

32. Shelby M. Atwood, Margo B. Holm, Anne James. Activities of Daily Living Capabilities and Values of Long-Term-Care Facility Residents. The American journal of Occupational Therapy. 1994;48:710-6.

33. S. C. Ho, J. Woo, J. Lau, S. G. Chan, Y. K. Yuen, Y. K. Chan, et al. Life Satisfaction and Associated Factors in Older Hong Kong, Chinese. Journal of the American Geriatrics Society. 1995;43(3).

34. Mizue Suzuki, Naomi Ohyama, Kiyomi Yamada, Masao Kanamori. The relationship between fear of falling, activities of daily living and quality of life among elderly individuals. Nursing and Health Sciences. 2002;4(4):155-61.

35. Ok Soo Kim, Sung Hee Baik. The Relationships among Loneliness, Social Support, and Family Function in Elderly Korean. J Korean Acad Nurs. 2003;33(3):425-32.

36. Ik Ki Kim, Cheong-Seok Kim. Patterns of Family Support and the Quality of Life of the Elderly. Social Indicators Research. 2003;62:437-54.

37. สุกัญญา วชิรเพชรปราณี. บทบาทผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุขในชุมชนกึ่งเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา 2553;16(1).
38. Tiago da Silva Alexandre, Renata Cereda Cordeiro, Luiz Roberto Ramos. Factors associated to quality of life in active elderly. Rev Saúde Pública. 2009;43(4):613-21.
39. ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ, บุญเรือง ขาวนวน, พลภัทร ทรงศิริ. คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ตำบลแหลมไทรนาค อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2555;42(1):55-65.
40. วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานวรปัญญา, จิตาภา ศิริปัญญา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2554;5(2):32-40.
41. นงนุช แยมวงษ์. คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2557;21(1).
42. สุกัญช์ แสงประจักษ์. วุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทย: ระดับ แนวโน้ม และปัจจัยกำหนด [วิทยานิพนธ์ปริญญาคุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
43. สุกัญช์ แสงประจักษ์สกุล. ปัจจัยกำหนดระดับวุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทย. สงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. 2558;21:139-67.
44. Harkirat Kaur, Harleen Kaur, Mahalingam Venkateshan. Factors determining family support and quality of life of elderly population. International Journal of Medical Science and Public Health. 2015;4(8).
45. เกสร มัยจิ้น. ปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2558;23(2):306-18.
46. กนกวรรณ สิทธิวิรัชธรรม, สันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดอุดรดิติ์. วรสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2558;38(4):11-21.


47. นามชัย กิตตินาคบัญชา. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกาย สภาพแวดล้อม การมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
48. Venu R. Shah, Donald S. Christian, Arpit C. Prajapati, Mansi M. Patel, K. N. Sonaliya. Quality of life among elderly population residing in urban field practice area of a tertiary care institute of Ahmedabad city, Gujarat. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2017;6:101-5.
49. พุทธิพร พิธานธนานุกูล. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลหญ้าปล้อง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ. *พยาบาลสาร*. 2561;45:12-25.
50. ปัทมา ผ่องศิริ, กุลธิดา กุลประทีปปัญญา, นันทริยา โลหะไพบุลย์กุล, สอาด มุ่งสิน, พิสมัย วงศ์สง่า. คุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิตและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาเขตเมือง อุบลราชธานี. *วารสารเกื้อการุณย์*. 2561;25(2):137-51.
51. วิภาดา มุกดา, วันเพ็ญ ควรสมาน. จิตลักษณะและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารการพัฒนารวมชนและคุณภาพชีวิต*. 2561;6(1):1-10.
52. ปัทมทัต ต้นธนปัญญากร, อารีย์ สงวนชื่อ, รัตนาภรณ์ อาษา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*. 2562;12(2):68-85.
53. อีรุฒิ เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏ อุบลราชธานี; 2543.
54. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
55. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2561. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัย ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2562.

56. ประคอง อินทรสมบัติ. การประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ. งามาธิบตีพยาบาลสาร. 2539;2(3):44-57.
57. กীরดี กิจธีระวุฒิวงษ์, นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2561;36(4):15-24.
58. อุษา วงษ์อนันต์. อัฒมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2551.
59. รศรินทร์ เกรย์, อุมาภรณ์ ภัทรวานิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, เรวดี สุวรรณนพแก้ว. มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ : มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคม และสุขภาพ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
60. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผู้สูงอายุ : สุขภาพจิตดีเมื่อมีงานทำ กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; ม.ป.ป. [cited 2563 10 มีนาคม]. Available from: http://service.nso.go.th/nso/web/article/article_43.html.
61. ศิริพร คำภูไทย. สสำรวจสุขภาพจิตของคนทำงาน กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2554 [cited 2563 11 มีนาคม]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/Content/4349> สสำรวจสุขภาพจิตของคนทำงาน.html.
62. วรณญา สมฤทธิ์, นลิตรา ไทยประเสริฐ, อาชีพ และ ความสุข : กรณีศึกษาจังหวัดพะเยา. วารสารเศรษฐศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2557;18(1):65-3.
63. อุมพร ตรังสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. 7 ed. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว; 2561.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
			หน้า 1/5

ชื่อโครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ-นามสกุล นางสาวธัญญารัตน์ จีนเฮียง
 ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
 เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4298
 เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ 24 ชั่วโมง 081-674-2942

อาจารย์ที่ปรึกษา


ชื่อ-นามสกุล รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร
 ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
 เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4298
 เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ 24 ชั่วโมง 081-297-7083

แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย ไม่มี

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกของอาสาสมัครที่สามารถเข้าร่วมการวิจัยนี้ คือ ท่านเป็นผู้สูงอายุไทย อายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีรายชื่อในทะเบียนและอาศัยในอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ และสามารถสื่อสารได้ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือผู้ดูแลของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
			หน้า 2/5

เหตุผลความเป็นมา

สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุของโลกในปัจจุบัน กำลังเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง สืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี รวมถึงความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ประชากรมีอายุที่ยืนยาวขึ้น ส่งผลให้โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของประชากรในประเทศค่อนข้างมาก โดยเฉพาะตัวผู้สูงอายุเอง ที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้นตามมา เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและใจที่ดี อยู่ในสภาพแวดล้อมและสังคมที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิต จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุดลำดับที่สองของประเทศ จึงได้มีการเข้าร่วมและดำเนินการโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) โดยอำเภอลับแลมีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นลำดับที่สามของจังหวัด ด้วยบริบทและสภาพทางสังคมที่มีความหลากหลาย และจากการเป็นอำเภอต้นแบบของโครงการดำเนินการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอลับแล เพื่อเป็นประโยชน์ทางด้านสาธารณสุข และเป็นแนวทางในการวางแผนการให้การดูแล ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างเหมาะสม นำไปสู่การพัฒนาและเป็นแบบอย่างของการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา


1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อศึกษาการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุดรธานี
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุดรธานี

โครงการวิจัยนี้ เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยจะเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุดรธานี ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกของอาสาสมัครที่สามารถเข้าร่วมการวิจัย จำนวนทั้งหมด 390 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หากท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัย จะมีขั้นตอนดำเนินการดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะมอบแบบสอบถามให้ท่าน ซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบแบบสอบถามและประเมินตนเอง โดยแบบสอบถามประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
			หน้า 3/5

แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว จำนวน 17 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิต จำนวน 23 ข้อ และส่วนที่ 5 แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ รวมจำนวนทั้งหมด 74 ข้อ

หากท่านไม่สามารถอ่านหรือเขียนได้ แต่ยินดีที่จะเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยจะใช้วิธีการอ่านแบบสอบถามให้ท่านฟังและให้ท่านประเมินตนเองตามข้อคำถาม ซึ่งระยะเวลาที่ท่านจะอยู่ในโครงการวิจัยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที และท่านมีสิทธิ์ไม่ตอบคำถามใด ๆ ที่ท่านไม่ต้องการตอบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัยนี้ ถือเป็นความเสี่ยงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น คือ อาจจะทำให้ท่านเสียเวลาเล็กน้อย หรือเกิดความไม่สบายใจในการตอบข้อคำถามบางข้อที่อาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของท่านได้ ดังนั้น กรุณาแจ้งผู้วิจัยในกรณีที่ท่านพบความไม่สะดวกดังกล่าว

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ แต่การให้ข้อมูลของท่าน จะเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในวางแผน การให้การดูแล และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างเหมาะสม เป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและสุขภาพผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางในการศึกษาและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุต่อไป

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย


ขอให้ท่านปฏิบัติตามนี้ 

1. ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง
2. ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้วิจัยทราบถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ไม่มีอันตรายต่อร่างกาย เนื่องจากเป็นการตอบคำถามถามโดยใช้กระดาษคำถามหรือการสัมภาษณ์ อาจมีผลกระทบทางด้านจิตใจเล็กน้อยจากการตอบแบบสอบถาม หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย และพิสูจน์ได้ว่าท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้วิจัยแล้ว ผู้วิจัยยินดีที่จะรับผิดชอบค่าใช้จ่าย อีกทั้งท่านจะได้รับการชดเชยการสูญเสียเวลา เสียรายได้ตามความเหมาะสม

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้วิจัย นางสาวธัญญรัตน์ จินเฮียง เบอร์โทรศัพท์ 081-674-2942 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
			หน้า 4/5

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านสามารถเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจที่จะเข้าร่วมโครงการการวิจัยแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อ และการขอลงตัวออกจากโครงการวิจัย จะไม่มีผลเสียและไม่ส่งผลกระทบต่อตัวท่านทุกด้านแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวตนของท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชนในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้วิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้


หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาวธัญญารัตน์ จินเฮ็ง ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 เบอร์โทรศัพท์ 0-2256-4346, 0-2256-4298 ในเวลาราชการ

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่งไรก็ตาม ข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้ เนื่องจากข้อมูลที่จำเป็นของท่านสำหรับใช้เพื่อการวิจัย ไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย


	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
			หน้า 5/5

5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย
8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านมีข้อสงสัย หรือคำถามใด ๆ เกี่ยวกับสิทธิ์ของท่านในเรื่องการเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมง ที่เบอร์โทรศัพท์ 081-674-2942 หรือหากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail: medchulairb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY
ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0 หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....
และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนามและวันที่
พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัย
ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย
อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด
ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบ
คำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ


ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และ
การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการ
ยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการ
วิจัยในคน หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้
จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วม
โครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัว
ข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า และสามารถยกเลิกการให้สิทธิใน
การใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ
จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การ
ตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทาง
การแพทย์ในอนาคต เท่านั้น

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0 หน้า 2/2

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบ และมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอม ตัวบรรจง
วันที่.....

.....ลงนามผู้วิจัย
(.....) ชื่อผู้วิจัย ตัวบรรจง
วันที่.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....
CHULALONGKORN UNIVERSITY.....

เลขที่แบบสอบถาม

--	--	--	--

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

แบบสอบถามฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นประโยชน์สำหรับการนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการให้การดูแล และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างเหมาะสม จึงขอความกรุณาและความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ผู้วิจัยจะเก็บคำตอบของท่านไว้เป็นความลับขอขอบคุณที่ท่านได้ให้ความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว

ส่วนที่ 4 แบบประเมินชีวิตคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ ชาย¹ หญิง²
2. อายุ.....ปีบริบูรณ์
3. ระดับการศึกษาสูงสุด ไม่ได้ศึกษา⁰ ประถมศึกษา¹
 มัธยมศึกษา/ปวช.² ปวส./อนุปริญญา³
ปริญญาตรี/สูงกว่า⁴
4. อาชีพหลัก ข้าราชการบำนาญ¹ พนักงานรัฐวิสาหกิจ² รับจ้างทั่วไป³
 เกษตรกร⁴ ประกอบกิจการส่วนตัว⁵ ไม่ได้ทำงาน⁶
 อื่น ๆ โปรดระบุ.....
5. รายได้ประจำ ไม่มีรายได้⁰
 มีรายได้ประมาณ.....บาท/เดือน
6. สถานภาพสมรส สมรส¹ หม้าย² หย่าร้าง³ โสด⁴
7. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
 ไม่มีโรคประจำตัว⁰
 มี (โปรดระบุโรคประจำตัวของท่าน ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ และสถานะโรค)

<input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง ¹	<input type="checkbox"/> ยังรักษาอยู่ <input type="checkbox"/> ขาดการรักษาต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....
<input type="checkbox"/> เบาหวาน ²	<input type="checkbox"/> ยังรักษาอยู่ <input type="checkbox"/> ขาดการรักษาต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....
<input type="checkbox"/> ไขมันในเส้นเลือด ³	<input type="checkbox"/> ยังรักษาอยู่ <input type="checkbox"/> ขาดการรักษาต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....
<input type="checkbox"/> ข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม ⁴	<input type="checkbox"/> ยังรักษาอยู่ <input type="checkbox"/> ขาดการรักษาต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....
<input type="checkbox"/> ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ⁵	<input type="checkbox"/> ยังรักษาอยู่ <input type="checkbox"/> ขาดการรักษาต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....
<input type="checkbox"/> ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ยังรักษาอยู่ <input type="checkbox"/> ขาดการรักษาต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....
<input type="checkbox"/> ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ยังรักษาอยู่ <input type="checkbox"/> ขาดการรักษาต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....

8. ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- อยู่คนเดียว¹ อยู่กับคู่สมรส²
 อยู่กับบุตร³ อยู่กับหลาน⁴
 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ⁵ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

มีจำนวนสมาชิกภายในบ้านรวมตัวท่านด้วย จำนวนทั้งหมด.....คน

9. ท่านเป็นสมาชิกของชมรม/กลุ่มในชุมชนหรือสังคม

- ไม่เป็น⁰ เป็น โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด

1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า
 - ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ (0)
 - ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า (1)
 - ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ (2)
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา
 - ต้องการความช่วยเหลือ (0)
 - ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้) (1)
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้
 - ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น (0)
 - ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรง หรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พุงหรือต้นขาขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ (1)
 - ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย (2)
 - ทำเองได้ (3)
4. การใช้ห้องน้ำ
 - ช่วยตัวเองไม่ได้ (0)
 - ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) (1)
 - ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย) (2)
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน
 - เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ (0)
 - ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ รวมถึงการกระเียบ/คลาน (1)
 - เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย (2)
 - เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง (3)
6. การสวมใส่เสื้อผ้า
 - ต้องมีคนสวมใส่ให้ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย (0)
 - ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย (1)
 - ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้) (2)

7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

- ไม่สามารถทำได้ (0)
- ต้องการคนช่วย (1)
- ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย) (2)

8. การอาบน้ำ

- ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ (0)
- อาบน้ำเองได้ (1)

9. การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ (0)
- กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์) (1)
- กลั่นได้เป็นปกติ (2)

10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ (0)
- กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง) (1)
- กลั่นได้เป็นปกติ (2)

สำหรับผู้วิจัย

คะแนนรวม.....คะแนน

 12 คะแนนขึ้นไป กลุ่มติดสังคม
 5-11 คะแนน กลุ่มติดบ้าน
 0-4 กลุ่มติดเตียง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว

คำชี้แจง พิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ ดังนี้

- ไม่เลย หมายถึง ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวตามข้อความนั้นเลย
 ต่ำ หมายถึง การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวตามข้อความนั้นน้อย
 ปานกลาง หมายถึง การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวตามข้อความนั้นปานกลาง
 มาก หมายถึง การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวตามข้อความนั้นมาก

การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว	ระดับการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว			
	ไม่เลย ⁰	ต่ำ ¹	ปานกลาง ²	มาก ³
ด้านการให้เงิน				
1. ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านเงินทองจากบุตร โดยท่านอาจรับไว้ หรือไม่รับ				
2. บุตรหลานทำงาน มีเงินพอใช้ ไม่มาเบียดเบียนท่าน				
ด้านการให้สิ่งของอื่นที่ไม่ใช่เงิน				
3. บุตรหลานนำสิ่งของหรือเครื่องใช้ เช่น เสื้อผ้า เครื่องอำนวยความสะดวกมาให้				
4. ในช่วงวันหยุดหรือเทศกาล ท่านมีโอกาสได้ไปเที่ยวกับบุตรหลาน (อย่างน้อยได้รับการชักชวน)				
ด้านการดูแลยามเจ็บป่วย				
5. บุตรหลานแนะนำ พาท่านไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ หรือเมื่อเจ็บป่วย				
6. บุตรหลานมาเยี่ยมท่านเมื่อยามเจ็บป่วย				
7. บุตรหลานรับภาระค่าใช้จ่ายให้ท่านเมื่อยามเจ็บป่วย				
ด้านการทำงานบ้าน				
8. ท่านยังคงทำงานบ้าน เนื่องจากเป็นความต้องการของตัวเอง				
9. บุตรหลานดูแลท่านเรื่องงานบ้าน เช่น การซักเสื้อผ้า จัดอาหารให้รับประทาน ความสะอาดของที่พักอาศัย				
ด้านเลี้ยงดูหลาน				
10. ท่านมีโอกาสได้เลี้ยงหรืออยู่ใกล้ชิดกับหลาน โดยเขามักแสดงให้เห็นความรู้สึกพอใจที่ท่านเลี้ยงดู หรืออยู่ใกล้คอยดูแล				

การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว	ระดับการได้รับการสนับสนุน จากครอบครัว			
	ไม่เลย ⁰	ต่ำ ¹	ปานกลาง ²	มาก ³
ด้านการให้การศึกษา				
11. บุตรหลานสำเร็จการศึกษาตามจุดมุ่งหมายของท่าน				
ด้านการติดต่อเยี่ยมเยียน				
12. บุตรหลานที่ไม่ได้อาศัยด้วยกันมาเยี่ยมท่านบ่อยครั้ง				
13. บุตรหลานโทรศัพท์พูดคุยหรือติดต่อมาหาท่านบ่อยครั้ง				
ด้านการสนใจเอาใจใส่				
14. บุตรหลานชวนให้ไปอยู่ด้วยกัน หรือให้หยุดทำงานเพื่อพักผ่อน				
15. บุตรหลานมักจะคอยถามเกี่ยวกับทุกข์สุขของท่านอยู่เสมอ				
ด้านการอบรมสั่งสอน				
16. บุตรหลานเชื่อฟังคำสั่งสอนและปฏิบัติตามคำแนะนำของท่าน				
17. บุตรหลานปรึกษาเมื่อมีปัญหา				

ส่วนที่ 4 แบบประเมินชีวิตคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF-THAI)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ดังนี้

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก

เล็กน้อย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแยระดับกลาง ๆ

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย ¹	เล็กน้อย ²	ปานกลาง ³	มาก ⁴	มากที่สุด ⁵
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด					
3. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันใหม่ (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักเพียงใด					
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
7. ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากนักแค่ไหน					
8. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10. ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11. ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ในแต่ละวัน					
12. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากนักเพียงใด					

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย ¹	เล็กน้อย ²	ปานกลาง ³	มาก ⁴	มากที่สุด ⁵
13. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
14. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่ไหน					
15. ท่านรู้สึกว่ามีชีวิตความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
19. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
20. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23. ท่านรู้สึกว่าคุณค่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเอง หรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

สำหรับผู้วิจัย คะแนนรวม.....คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (T-GMHA-15)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์ อากาาร ความคิดเห็น และความรู้สึกของท่าน ว่าอยู่ในระดับใด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ ดังนี้

- ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อากาาร ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วย กับเรื่องนั้น ๆ
- เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากาาร ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อย หรือ เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อย
- มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากาาร ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มาก
- มากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากาาร ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ไม่เลย ¹	เล็กน้อย ²	มาก ³	มากที่สุด ⁴
1. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมาย (มีคุณค่ามีประโยชน์)				
2. ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความสุข				
3. ท่านรู้สึกกังวลใจ				
4. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับบุคคลอื่น				
5. ท่านมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน				
6. ท่านเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ท่านสามารถแก้ไขได้				
7. ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)				
8. ท่านรู้สึกยินดีกับความสำเร็จของคนอื่น				
9. ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์				
10. ท่านพึงพอใจกับความสามารถของตนเอง				
11. ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง				
12. ท่านมีเพื่อนหรือคนอื่น ๆ ในสังคมคอยช่วยเหลือท่านเมื่อท่านต้องการ				
13. ครอบครัวของท่านมีความรักและผูกพันต่อกัน				
14. ถ้าท่านป่วยท่านมั่นใจว่าครอบครัวของท่านจะดูแลท่าน เป็นอย่างดี				
15. สมาชิกของครอบครัวให้ความช่วยเหลือท่าน				

สำหรับผู้วิจัย คะแนนรวม.....คะแนน

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวธัญญารัตน์ จีนเฮ็ง
วัน เดือน ปี เกิด	22 เมษายน 2537
สถานที่เกิด	โรงพยาบาลศรีราชา จังหวัดชลบุรี
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2559 สำเร็จการศึกษาระดับระดับปริญญาตรี หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก สมทบ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. 2561 เข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY