

การประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลอ่างทอง  
อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์

กนกวรรณ จันทพาส  
โกมินทร์ แก้วลี  
พรรษิษฐ์ จ้อยโทน  
พัฒนกิจ นวมวัฒน์  
อุไร เพชรรัตน์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร  
วันลงทะเบียน... 7 มี.ค. 2553  
หมายเลข bib... 2652262  
หมายเลข item... 1.4841360  
เลขเรียกหนังสือ... WA20.5

ท491

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิชา การวิจัยทางสุขภาพ ( 551461) 2548

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคเรียนที่ 3 ปีการศึกษา 2548

## ประกาศคุณูปการ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก -  
อาจารย์สมเกียรติ ศรประสิทธิ์ ที่ปรึกษา และคณะกรรมการทุกท่าน ที่ได้ให้คำแนะนำปรึกษา  
ตลอดจนตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่ง จนการศึกษาค้นคว้าด้วย  
ตนเองสำเร็จสมบูรณ์ได้ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ คุณสุกัญญา กระต่ายทอง พยาบาลวิชาชีพ 7 และคุณอุษา  
พันธ์ทองอ่อน นักวิชาการสาธารณสุข 5 ที่ได้ให้ความกรุณาและแนะนำแก้ไขและตรวจสอบเครื่อง  
มือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำศูนย์สุขภาพ  
ชุมชนบ้านหนองขี้วัว ทุกท่านที่ได้อำนวยความสะดวกการอนุเคราะห์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบพระคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบลอ่างทองที่ได้อำนวยความสะดวกใน  
การนัดกลุ่มผู้สูงอายุและขอขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบ  
แบบสอบถามเป็นอย่างดี

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากการศึกษาค้นคว้าฉบับนี้ คณะผู้ศึกษาค้นคว้าขอมอบ  
และอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

กนกวรรณ จันทพาส

โกมินทร์ แก้วลี

พรรษาสุธี จ้อยโตน

พัฒนกิจ นวมวัฒน์

อุไร เพชรรัตน์

- ชื่อเรื่อง : การประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลอ่างทอง อำเภอบรรพตพิสัย  
จังหวัดนครสวรรค์
- ผู้เขียน : กนกวรรณ จันทพาส , โกมินทร์ แก้วลี , พรรษิษฐา จ้อยโทน ,  
พัฒน์กิจ นวมวัฒน์ , อุไร เพชรรัตน์
- ที่ปรึกษา : อาจารย์สมเกียรติ ศรีประสิทธิ์
- ประเภทสารนิพนธ์ : รายงานการศึกษาระดับปริญญาโท ( 551461 )ปริญญาสาธาณสุข  
ศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง 2 ปี) มหาวิทยาลัยนครสวรรค์, 2548

### บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเชิง  
วัดฤวิสัย เริงจิตวิสัยและเปรียบเทียบความแตกต่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้  
สูงอายุในตำบลอ่างทอง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ ที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี จำนวน  
142 คน ซึ่งสุ่มแบบมีระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้คือ ค่าความถี่ ร้อยละ  
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่า t - test

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม  
ประจำวันได้เองทุกกิจกรรมปัญหาสุขภาพกายพบว่า อาการที่เกิดขึ้นบ่อย ได้แก่ อาการปวดข้อ  
ปวดหลัง ปวดเอว วิงเวียนศีรษะ ท้องอืดท้องเฟ้อ และปวดศีรษะ โรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดัน  
โลหิตสูง รองลงมาได้แก่โรคเบาหวานและโรคระบบทางเดินหายใจ ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น  
อยู่ในระดับดี มีรายได้อยู่ในระดับต่ำ คือน้อยกว่า 3000 บาทต่อเดือนและสภาพแวดล้อมส่วน  
ใหญ่อยู่ในระดับดี ส่วนการใช้บริการสวัสดิการในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง มีสภาพจิตปกติทุก  
ด้าน ร้อยละ 56 ร้อยละ 44 มีเรื่องก่อกวนใจเป็นบางครั้ง ไม่มีความซึมเศร้า ร้อยละ 90 มีความพึงพอ  
ใจในชีวิตในด้านความปลอดภัย สูงถึงร้อยละ 93 รู้สึกพึงพอใจน้อยในสถานะทางการเงินร้อยละ 6  
ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา และลักษณะที่อยู่  
อาศัย มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในเชิงวัดฤวิสัยที่แตกต่างกัน ส่วนปัจจัยด้านเพศ อายุ  
ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และลักษณะการอยู่อาศัยมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตเชิง  
จิตวิสัยต่างกัน

ข้อเสนอแนะ ผู้สูงอายุที่มีลักษณะการอยู่อาศัยแบบอยู่คนเดียวหรือกับญาติที่ไม่  
ใช่สายโลหิตจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าควรได้รับการส่งเสริมในด้านการช่วยเหลือด้านการรักษารักษา  
พยาบาล การให้คำปรึกษา สนับสนุนให้ลูกหลานมาเยี่ยมและมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นมากขึ้น

## สารบัญ

หน้า

### บทที่ 1 บทนำ

ความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์.....	5
สมมุติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	5
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
กรอบแนวคิด.....	9

### บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีผู้สูงอายุ.....	10
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ.....	12
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	27

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย.....	31
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	31
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	31
วิธีการสุ่มตัวอย่าง.....	32
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	32
การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	38
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	39
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	40

## สารบัญ ( ต่อ )

### บทที่ 4 ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง.....	41
ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย.....	44
ตอนที่ 3 คุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย.....	49
ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ.....	53
ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การเป็นสมาชิก ชมรมผู้สูงอายุ และลักษณะการอยู่อาศัยแตกต่างกัน	

### บทที่ 5 บทสรุป

วัตถุประสงค์การวิจัย.....	57
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	57
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	58
สรุปผลการวิจัย.....	58
อภิปรายผล.....	61
ข้อเสนอแนะ.....	64
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	65
บรรณานุกรม.....	66

### ภาคผนวก

แบบสอบถาม.....	74
ประวัติผู้เขียน.....	87

## บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1. จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา และอาชีพ.....	42
2. จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ลักษณะการอยู่อาศัยและการได้รับการดูแล.....	43
3. จำนวนและร้อยละการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันผู้สูงอายุ จำแนกตามรายด้าน.....	44
4. จำนวนและร้อยละอาการผิดปกติ การเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างในรอบ 1 เดือน.....	45
5. จำนวนและร้อยละโรคเรื้อรังหรือความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ที่เกิดขึ้นในรอบ 3 เดือน.....	46
6. จำนวนและร้อยละสภาพสังคมผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม กิจกรรมรายด้าน.....	47
7. จำนวนและร้อยละสภาพเศรษฐกิจผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายด้าน.....	48
8. จำนวนและร้อยละสภาพแวดล้อมผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายด้าน.....	48
9. จำนวนและร้อยละสภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายด้าน.....	49
10. จำนวนและร้อยละความวิตกกังวลผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ความรู้สึกรายด้าน.....	50
11. จำนวนและร้อยละความซึมเศร้าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ความรู้สึกรายด้าน.....	50
12. จำนวนและร้อยละความพึงพอใจผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ความรู้สึกรายด้าน.....	51
13. การเปรียบเทียบความแตกต่างคุณภาพชีวิตเชิงอัตวิสัยของสูงอายุ แยกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	53
14. การเปรียบเทียบความแตกต่างคุณภาพชีวิตเชิงอัตวิสัยของสูงอายุ แยกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	55

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความสำคัญของปัญหา

ในสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาของผู้สูงอายุกำลังเป็นที่น่าสนใจอย่างกว้างขวางของ นักวิชาการ ผู้บริหาร ทั้งในระดับประเทศและทั่วโลก เนื่องจากปรากฏอย่างแน่ชัดแล้วว่าจำนวน ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากผลการศึกษาประชากรของโลกพบว่าประชากรที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกประเทศทั่วโลกจากสถิติประชากรโลกปี ค.ศ. 1975 มี พลโลก 4.1 พันล้านคน คาดคะเนตามหลักประชากรศาสตร์ จะเพิ่มขึ้นเป็น 8.2 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2025 ในขณะที่ปี ค.ศ. 1975 มีประชากรโลก ที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป 346 ล้านคน และเมื่อคาดคะเน ปี ค.ศ. 2025 จะมีประชากรโลก ที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไปถึง 1,121 ล้านคน (กองสถิติสาธารณสุขต่างประเทศ, 2539.)

จากการสำรวจสถิติผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปของประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งจำนวน และสัดส่วนของผู้สูงอายุซึ่งเป็นไปอย่างรวดเร็วเช่นกัน คือ 2.8 ล้านคน หรือร้อยละ 5.6 ในปี พ.ศ. 2538 ประมาณ 3.7 ล้านคนหรือร้อยละ 6.4 ในปี พ.ศ. 2535 (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2537.) และคาดว่าอีก 25 ปีข้างหน้าคือในปี พ.ศ. 2558 จะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่า จาก พ.ศ. 2535 คือ ประมาณ 8 ล้านคน หรือร้อยละ 10.9 ของประชากรทั้งหมด (คณะ อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ, 2524-2544.)

และจากการวางแผนครอบครัวและการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นของประเทศไทยทำให้อัตราการตายของทารก และการเกิดมีชีพอย่างรวดเร็วในระยะเวลาดังกล่าว ส่งผลให้ ประเทศไทยเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ(Population aging)ซึ่งหมายถึง อัตราการพึ่งพิงประชากร วยสูงอายุจะเพิ่มขึ้นในสัดส่วนที่สูงมากขึ้นในขณะที่อัตราพึ่งพิงในภาพรวมลดลงเรื่อยๆ ซึ่ง คล้ายคลึงกับประเทศที่พัฒนาแล้วผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพและต้องพึ่งพิงผู้อื่น สูงจากการเสื่อมและโรคเรื้อรัง และจะใช้ทรัพยากรของประเทศอย่างมาก โดยเฉพาะทรัพยากรด้าน การรักษาพยาบาล และสวัสดิการต่างๆและนอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อสภาพสังคม ภาวะ เศรษฐกิจ การจ้างงาน ตลอดจนโครงสร้างของปัญหาและระบบบริการต่างๆ ของประเทศในระยะ ยาว จึงจำเป็นที่รัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ครอบครัว ชุมชน จะต้องเตรียมแผน และงบประมาณ เพื่อรองรับต่อผลกระทบที่ประชากรวัยสูงอายุที่เพิ่มขึ้น(วันดี โภคะกุล,สภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ)

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อันเป็นผลมาจากความเสื่อมและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่นการเปลี่ยนแปลงของระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูกพบว่า กล้ามเนื้อเหี่ยว กระดูกมีความแข็งแรงลดลงเนื่องมาจากการสูญเสียเนื้อกระดูก ทำให้กระดูกเปราะและหักง่ายแต่ติดช้าบางคนอาจมีหลังโก่งทำให้การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำไม่กระฉับกระเฉง และการทรงตัวไม่ดี อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย การที่ผิวหนังเหี่ยวบาง ผิวบางลง และเหี่ยวยุบนิ่มขาดได้ง่าย ทำให้ความสามารถในการควบคุมอุณหภูมิลดลง ผู้สูงอายุจึงเป็นลมแดดได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงระบบประสาทสัมผัสพบว่าความสามารถในการมองเห็น การได้ยินลดลง ทำให้มีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร การรับรู้ กลิ่นและรสลดลง เมื่อรวมกับการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหารที่มีการย่อยและการดูดซึมไม่ดีเกิดอาการท้องอืด แน่นท้องและอาจจจะรู้สึกเบื่ออาหาร ทำให้แบบแผนการรับประทานอาหารเสียไปเกิดการบริโภคที่ไม่ถูกสัดส่วน เกิดภาวะบริโภคเกินหรือขาดสารอาหารได้(บรรลุ ศิริพานิช,2542;Staab & Hodge,1996) การเปลี่ยนแปลงระบบประสาท พบว่ามีการเสื่อมและการตายของเซลล์สมอง มีแคลเซียมเกาะที่ผนังหลอดเลือด โดยเฉพาะหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุจึงมีอาการหลงลืม ความคิดอ่านช้า มีอาการย้ำคิดย้ำทำ และสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง(สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล,2542) การเปลี่ยนแปลงระบบหายใจ พบว่าเนื้อปอดและหลอดลมเสียความยืดหยุ่น อีกทั้งกล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจอ่อนสมรรถภาพ ทำให้สมรรถภาพการหายใจและการแลกเปลี่ยนออกซิเจนลดลงผู้สูงอายุจึงอ่อนเพลียเหนื่อยง่ายได้ง่าย(Patrick,Wood,Cravin,Rokosky & Bruno1991) ผู้สูงอายุจึงมีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรม ตลอดจนความสามารถในการทำงานลดลง ซึ่งจะมีผลต่อการทำงานของร่างกาย ส่วนการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือดพบว่าผนังหลอดเลือดแข็งตัวและหนาขึ้น ทำให้ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดเสียไป เลือดไหลเวียนไม่สะดวกเป็นเหตุให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดและเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นอัมพาตมากขึ้น (Miller,1995)

ส่วนการเปลี่ยนแปลงของระบบขับถ่ายพบว่าผู้สูงอายุบางราย ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะได้ไม่ดี การสำรวจโรคและปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหา กลั้นปัสสาวะไม่ได้(urinary incontinence)ทั้งชายและหญิงโดยที่ผู้หญิงมีสัดส่วนมากกว่าผู้ชาย ร้อยละ 18.9 และร้อยละ 10.8 ตามลำดับ(ศรีจิตรา บุญนาคและสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล,2542) ส่วนการเปลี่ยนแปลงของระบบสืบพันธุ์ จะพบว่าผู้สูงอายุชายมักประสบปัญหาอวัยวะไม่แข็งตัว การหลั่งน้ำกามลดลง ส่วนผู้หญิงช่องคลอดเริ่มเหี่ยวจากต่อมที่ทำหน้าที่ขับสารหล่อลื่นน้อยลง ทำ



ให้มีปัญหาเมื่อมีเพศสัมพันธ์ อาจจะทำให้เกิดปัญหาในผู้สูงอายุที่ยังมีความต้องการทางเพศ ก่อให้เกิดความคับข้องใจตามมา(Wold,1993)

นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายแล้ว ยังพบว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ดังการศึกษาของ (จันทรา รัตนฤทธิวิชัย,2541; จำเริญ ฐรมะสุวรรณ,2536;สุพัตรา สุภาพ,2533) พบว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ประกอบกับวัยสูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การงาน ส่งผลทำให้รายได้และความภาคภูมิใจในตนเองลดลงด้วย และเมื่อมีการสูญเสียคู่สมรสหรือเพื่อนฝูงที่ใกล้ชิด จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกท้อแท้ หดหู่ นึกถึงภาพเปลี่ยนไป จะรู้สึกน้อยใจ อ่อนไหวง่าย วิตกกังวล รู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย และต้องการการพึ่งพามากขึ้น รู้สึกขาดความอบอุ่นก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม และการตัดสินใจไม่ดี

สำหรับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในผู้สูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งในครอบครัวและสังคม การเปลี่ยนแปลงในครอบครัวนั้นจะพบว่าผู้สูงอายุจะลดบทบาทลง เช่น จากการเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวกลับเป็นผู้ที่ต้องได้รับการเลี้ยงดูจากบุตรหลาน และบางคนอาจจะถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุในภาคใต้มีการสำรวจพบว่าถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังถึงร้อยละ 4 (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล,2542) และจากการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรมทำให้ผู้สูงอายุบางคนต้องเปลี่ยนแปลงการประกอบอาชีพ อีกทั้งการเกษียณอายุราชการ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมิบทบาทและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดน้อยลงหรือบางคนอาจจะแยกตัวออกจากสังคมโดยเด็ดขาด ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดการพึ่งพิงทั้งด้านกิจวัตรประจำวันตลอดจนกิจกรรมที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต ส่งผลกระทบด้านจิตใจของผู้สูงอายุได้(บรรลุ ศิริพานิช,2542) ผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมจะส่งผลกระทบต่อถึงกันและกันเป็นวงจรมั่วจวบ มีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุก็คือการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความผาสุกและพึงพอใจสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม ช่วยเหลือตนเองได้ตามอัตภาพ ไม่เป็นภาระให้แก่ผู้อื่น และดำรงไว้ซึ่งการมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งหมายถึงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง

การประเมินคุณภาพชีวิตสามารถวัดได้หลายรูปแบบขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ เช่นการวัดในเชิงวัตถุวิสัย และเชิงจิตวิสัย (จริยวัตร คมพยัคฆ์,2537)สอดคล้องกับเกณฑ์ในการประเมินคุณ

ภาพชีวิตของ ยูเนสโกได้เสนอแนวทางการประเมินคุณภาพชีวิต 2 ด้าน คือ คุณภาพชีวิตเชิงวัตถุ  
 นิสัย เป็นการศึกษาบนพื้นฐานของข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ และคุณภาพชีวิต  
 เชิงจิตวิสัย เป็นการศึกษาที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานทางด้านจิตวิทยา สามารถวัดได้โดยการสอบถามต่อ  
 ประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้กับสภาพความเป็นอยู่ และความพึงพอใจในชีวิต  
 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเป็นมิติที่มีความหลากหลาย ประกอบด้วยหลายองค์ประกอบ ตั้งแต่  
 4-9 องค์ประกอบ แต่จะมีองค์ประกอบหลักที่ใกล้เคียงกัน 6 องค์ประกอบ คือ การปฏิบัติกิจกรรม  
 ประจำวัน สุขภาพกาย สุขภาพจิต สภาพสังคม สภาพเศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม ตามแนวคิด  
 ของฟิลเลนบัม ซึ่งพินิสฐา พานิชชีวะกุล (2537) นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดกว้างเพื่อพัฒนาเครื่องมือ  
 วัดคุณภาพชีวิต ที่เป็นสหมิติสำหรับผู้สูงอายุ พบว่าองค์ประกอบทั้ง 6 ตัวสามารถบ่งชี้คุณภาพชีวิต  
 ของผู้สูงอายุเชิงวัตถุวิสัย และเชิงจิตวิสัยได้

ตำบลอ่างทอง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์เป็นตำบลหนึ่งที่ประชากรผู้สูงอายุมี  
 แนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลทะเบียนราษฎรพบว่า ปี พ.ศ.2546 มีผู้สูงอายุร้อยละ 13.94 ของ  
 ประชากรทั้งหมด พ.ศ.2547 มีผู้สูงอายุร้อยละ 14.20 และปี พ.ศ.2548 ร้อยละ 13.47 ซึ่งอัตรา  
 เพิ่มสูงกว่าจำนวนที่คาดประมาณไว้ของประเทศ ปี พ.ศ.2546 คาดว่าจะมีผู้สูงอายุร้อยละ 6.89  
 ของประชากรทั้งหมด พ.ศ.2547 ร้อยละ 6.92 และพ.ศ.2548 ร้อยละ 7.43 การที่ผู้สูงอายุตำบล  
 อ่างทองมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น มีผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพโดยมี การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเช่น  
 โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานจำนวน 234 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.58 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้ง  
 หมด และมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านหนองขี้วัวจำนวนเพิ่มมาก  
 ขึ้น โดยปี 2546 มีผู้สูงอายุมารับบริการร้อยละ 24.13 ปี 2547 ผู้สูงอายุมารับบริการร้อยละ 25.97  
 ปี 2548 ผู้สูงอายุมารับบริการร้อยละ 27.20

ดังนั้นการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจะสะท้อนให้เข้าใจสภาวะความเป็นอยู่ ความ  
 สามารถในการดำรงชีวิต สภาวะสุขภาพ สภาพสังคม สภาพแวดล้อม สภาพจิตใจ และความพึงพอ  
 ใจในการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ นอกจากนี้นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวไว้  
 ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา  
 การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และลักษณะการอยู่อาศัย แต่อย่างไรก็ตามทิศทาง และรายละเอียด  
 ของปัจจัยดังกล่าวนั้นไม่ได้ระบุไว้อย่างชัดเจนว่าเป็นอย่างไร คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะ  
 ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี ซึ่งเป็นผู้สูงอายุวัยเริ่มต้น ส่วนใหญ่ยัง  
 สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และสามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนาตนเองและเข้าสู่ช่วงผู้สูงอายุวัย  
 ปลายได้อย่างมีคุณภาพ รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพผู้สูงอายุ ทั้งนี้ได้จำแนกการ

ศึกษาทั้งคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย และเชิงจิตวิสัย โดยในเชิงวัตถุวิสัยศึกษาใน 5 ด้าน ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน สุขภาพกาย สภาพสังคม สภาพเศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม และเชิงจิตวิสัยศึกษา 4 ด้าน ได้แก่ สภาพจิต ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความพึงพอใจในชีวิตตามองค์ประกอบเชิงวัตถุวิสัยแต่ละด้านเพื่อนำผลวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางในการกำหนดแผนการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย ในด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน สุขภาพกาย สภาพสังคม สภาพเศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม ของผู้สูงอายุตำบลอ่างทอง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์
2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย ในด้านสภาพจิต ความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุตำบลอ่างทอง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และลักษณะการอยู่อาศัย กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงวัตถุวิสัยและเชิงจิตวิสัย

### สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และลักษณะการอยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเชิงวัตถุวิสัยและเชิงจิตวิสัย

### ขอบเขตการวิจัย

เป็นการศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี ซึ่งเป็นผู้สูงอายุวัยเริ่มต้น ส่วนใหญ่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และสามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนาตนเอง ในพื้นที่ตำบลอ่างทอง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ ทั้งหมด 317 คน ในระหว่างเดือน เมษายน พ.ศ. 2549 – พฤษภาคม พ.ศ. 2549

### ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการเก็บข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างหากมีการติดตามติดต่อกัน 3 ครั้งแล้ว ไม่พบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะพิจารณากลุ่มตัวอย่างถัดไปแทน

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล และให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

## นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 – 74 ปี โดยนับเป็นปีเต็ม และอาศัยอยู่ในตำบล อ่างทอง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
2. รายได้ หมายถึง รายรับสุทธิที่ได้รับยังมีได้หักรายจ่าย โดยได้รับการประกอบอาชีพ เงินส่งเสียจากบุตรหลาน เงินอุดหนุนจากทางราชการ เงินครบกำหนดจากประกันสังคม หรือประกันชีวิตและดอกเบี้ยเงินฝาก
3. การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่
  - 3.1. เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่ลงทะเบียนเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และ เข้าร่วมกิจกรรมของชมรม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของการนัดหมายในรอบปีที่ผ่านมา
  - 3.2. ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ลงทะเบียนเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุหรือลงทะเบียนเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุแต่เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 50 ของการนัดหมายในรอบปีที่ผ่านมา
4. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ( Quality of life of the elderly ) หมายถึง ความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน สภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อม การมีรายได้ และความรู้สึกพึงพอใจในการดำรงชีวิต แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ
  - 4.1 คุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย ( Quality of life – objective scale ) หมายถึง ความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่แสดงออกให้เห็นได้หรือนับได้ โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน สุขภาพกาย สภาพทางสังคม สภาพเศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม ดังรายละเอียดดังนี้
    - 4.1.1 การปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ( Activity of daily living , ADL ) หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการอาบน้ำ การแต่งกาย การใช้ห้องน้ำห้องส้วม การรับประทานอาหาร การลุกจากที่นอน การขึ้นบันไดบ้าน การเดินไปบ้านเพื่อนบ้าน การทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ การซักเสื้อผ้า โดยวัดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้เอง ปฏิบัติได้แต่ต้องมีผู้อื่นช่วยเหลือ และไม่สามารถปฏิบัติได้ต้องให้ผู้อื่นทำให้
    - 4.1.2 สุขภาพกาย ( Physical health ) หมายถึง ลักษณะอาการผิดปกติและโรคที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ แบ่งเป็น

4.1.2.1 อาการผิดปกติต่างๆ ได้แก่ อาการปวดข้อ ปวดหลัง ปวดเอว ปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ หน้ามืดเวลาเปลี่ยนท่าทาง ท้องอืด ท้องเฟ้อ ท้องผูก กล้ามเนื้อสภาวะไม่อยู่ บัสสภาวะขัด คั่นตามผิวหนัง ตามัว ปวดตา เจ็บหน้าอก เกี่ยวกับการได้ยิน เช่น หูตึง และเกี่ยวกับเหงือกและฟัน โดยวัดเป็นความรุนแรง 3 ระดับ ได้แก่ ไม่มีอาการตลอด 1 เดือน มีอาการแต่สามารถควบคุมอาการได้ไม่ต้องไปรับการรักษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีอาการและไม่สามารถควบคุมอาการได้ต้องไปรับการรักษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

4.1.2.2 โรค หมายถึง ความเจ็บป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมักพบบ่อยๆในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคทางสมองและระบบประสาท โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบกระดูกกล้ามเนื้อและข้อต่อ โรคเกี่ยวกับตา เช่น ต้อหิน ต้อกระจก โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคแผลในกระเพาะอาหาร และโรคเบาหวาน โดยวัดเป็นความรุนแรง 3 ระดับ ได้แก่ ไม่มีโรค มีความเจ็บป่วยแต่สามารถควบคุมโรคได้ มีความเจ็บป่วยต้องได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อนการนัดหมายอย่างน้อย 1 ครั้งในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา

4.1.3 สภาพทางสังคม (Social) หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน ได้แก่ การรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น การพูดคุยกับสมาชิกภายในบ้าน การมีกิจกรรมพักผ่อนร่วมกัน การมีลูกหลาน เพื่อนบ้านมาเยี่ยม การให้คำปรึกษา การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน โดยวัดเป็นความถี่ในแต่ละช่วงระยะเวลา ตามความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรม แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ดี ปานกลาง และไม่ดี เช่น การมีเพื่อนร่วมรับประทานอาหารมากกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้ง/สัปดาห์ อยู่ในระดับดี 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ ระดับปานกลาง และน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้ง/สัปดาห์ ระดับไม่ดี

4.1.4 สภาพเศรษฐกิจ (Economic) หมายถึง ฐานะทางการเงินของผู้สูงอายุ ประเมินจากรายได้ของผู้สูงอายุที่ได้รับในแต่ละเดือน ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย ความช่วยเหลือด้านค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับเมื่อเจ็บป่วย วัดเป็น 3 ระดับ ตามความเหมาะสมของแต่ละข้อ แบ่งเป็น สูง ปานกลาง ต่ำ เช่น ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย วัดเป็นรายได้มากกว่ารายจ่าย (สูง) รายได้พอๆกับรายจ่าย(ปานกลาง) รายได้น้อยกว่ารายจ่าย (ต่ำ)

4.1.5 สภาพแวดล้อม (Environment) หมายถึง สิ่งที่อยู่รอบๆตัวผู้สูงอายุ ได้แก่ สภาพบ้าน บ้านไต่บ้าน ลักษณะพื้นบ้าน ห้องน้ำ พื้นต่างระดับ ลักษณะสิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้าน ได้แก่ ไฟฟ้า น้ำสะอาด โทรศัพท์ โอกาสของการได้รับข้อมูลข่าวสาร การ

ให้บริการและสวัสดิการในชุมชน โดยวัดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี ปานกลาง และไม่  
เกณฑ์แต่ละข้อ แตกต่างกันตามสภาพของตัวชี้วัด

5. คุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย ( Quality of life- subject scale ) หมายถึง สภาวะจิตใจ และ  
ความรู้สึกพึงพอใจของผู้สูงอายุที่วัดได้โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น  
ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพจิต ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกพึงพอ  
ใจในชีวิตของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน สุขภาพกาย สภาพสังคม สภาพเศรษฐกิจ  
และสภาพแวดล้อมดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.1 สภาพจิต ( Mental state ) หมายถึง สภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ วัดจาก  
ความสามารถของสมองในด้านการรับรู้ (Orientation) การบันทึกจำ (Register) ความตั้งใจและ  
การคำนวณ (Attention and calculation) การระลึก ( Recall ) และด้านภาษาและการสื่อสาร  
( Language and communication ) วัดโดยใช้แบบวัดสภาพจิตของพนิษฐา พานิชชีวะกุล  
(2537, หน้า 171 ) เฉพาะการวัดสภาพจิตเสื่อม และนำมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับลักษณะผู้สูง  
อายุในจังหวัดจันทบุรี เนื้อหายังคงครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน วัดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ตอบถูกต้องทั้ง  
หมด ( หมายถึงสภาพจิตด้านนั้นปกติ ) ตอบถูกต้องบางส่วน(หมายถึง สภาพจิตด้านนั้นเริ่มเสื่อม)  
และตอบไม่ถูกต้อง ( หมายถึงสภาพจิตด้านนั้นเสื่อม )

5.2 ความวิตกกังวล ( Anxiety) หมายถึง ปฏิกริยาการปรับตัวให้เข้ากับ  
ความเครียดของผู้สูงอายุ โดยแสดงอาการ ความรู้สึกต่างๆหรือมีความผิดปกติทางร่างกายที่วัด  
โดยใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประเมินจากความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาได้แก่  
การมีเรื่องก่อกวน ความรู้สึกกลัว หงุดหงิด ไม่สบายใจจนทำให้ปั่นป่วนในท้อง กระสับกระส่าย  
ผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน หัวใจเต้นแรงและเร็ว วัดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่มีความรู้สึก  
เหล่านั้นเลยตลอดเวลา 7 วัน มีความรู้สึกเหล่านั้นบางครั้งไม่เกิน 4 วัน และมีความรู้สึกบ่อยๆ  
5 - 7 วัน

5.3 ความซึมเศร้า ( Depression ) หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกจิตใจ  
หม่นหมอง หดหู่ ร่วมกับข้อแท้หมดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย มีอาการแสดงออกทางร่างกายร่วม  
ด้วย ประเมินโดยใช้แบบวัดสภาพจิต ของพนิษฐา พานิชชีวะกุล ( 2537 ) นำมาเฉพาะด้าน  
ความซึมเศร้า โดยประเมินจากความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้แก่ ความรู้สึก  
เหงาหงอย ความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร รู้สึกตนเองไร้ค่า อยากร้องไห้ หมดกำลังใจและ  
สิ้นหวัง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ วัดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่มีความรู้สึกนั้นเลยตลอด 7 วัน มีความรู้  
สึกบางครั้งไม่เกิน 4 วัน และมีความรู้สึกบ่อยๆ 5 - 7 วัน

5.4 ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) หมายถึง ความรู้สึกของผู้สูงอายุต่อการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน สุขภาพทางกาย สภาพสังคม สภาพเศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม วัดเป็น 4 ระดับ ได้แก่ รู้สึกพึงพอใจมาก ปานกลาง น้อย และไม่พึงพอใจ

#### กรอบแนวคิดในการทำวิจัย



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ได้ศึกษารวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญเรียงลำดับดังนี้

1. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
2. คุณภาพชีวิต/คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงวัดฤวิสัยและเชิงจิตวิสัย
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### ทฤษฎีผู้สูงอายุ

ตามคำจำกัดความของมติสมัชชาโลกที่นครเวียนนาเมื่อ พ.ศ. 2525 กล่าวว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และใช้เป็นเกณฑ์เกษียณอายุการทำงาน แต่ในประเทศที่มีความเจริญทางด้านสุขภาพ พบว่าผู้ที่มีอายุถึง 60 ปี แล้วยังแข็งแรง และยังสามารถทำงานได้ดี จึงเพิ่มอายุของการเข้าสู่วัยสูงอายุให้สูงขึ้น คือ ตั้งแต่ 65 ปี อย่างไรก็ตามองค์การอนามัยโลก (2525 อ้างถึงใน ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538, หน้า 1-3) ได้ให้คำจำกัดความของผู้สูงอายุ (elderly) ว่ามีอายุระหว่าง 60-74 ปี คนชรา (old) มีอายุระหว่าง 75-90 ปี และคนชรามาก (very old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

สถาบันแห่งชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา (National Institution on Aging) ได้กำหนดว่าผู้สูงอายุวัยต้น (Young old) คือ ผู้ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 60-74 ปี ยังไม่ชรามากเป็นวัยที่ยังทำงานได้ ถ้าสุขภาพกาย สุขภาพจิตดี วัย 75 ปีขึ้นไป จึงจะถือว่าชราอย่างแท้จริง (Yurick, 1984, p. 30)

มิลเลอร์ (Miller, 1995, p. 15) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปแบ่งเป็น 3 ช่วง คือ ผู้สูงอายุระยะเริ่มต้น (Young-old) อายุ 65-74 ปี ผู้สูงอายุระยะกลาง (Middle-old) อายุ 75-84 ปี และผู้สูงอายุระยะสุดท้าย (old-old) อายุ 85 ปีขึ้นไป

ในประเทศไทยกำหนดให้อายุ 60 ปี เป็นปีปลดเกษียณของข้าราชการ และนับเป็นวัยผู้สูงอายุ (เกษม ตันติผลชีวะ, และกุลยา ตันติผลชีวะ, 2528, หน้า 4)

จากแนวคิดที่ผ่านมาสรุปได้ว่า การให้คำจำกัดความของผู้สูงอายุแตกต่างกัน แต่โดยทั่วไปแล้วสังคมไทยเชื่อว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์ที่องค์



การระหว่างประเทศประชุมตกลงกัน และกำหนดเป็นมาตรฐานสากล ดังนั้นการศึกษาคั้งนี้จึง  
ศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 ถึง 74 ปี ซึ่งเป็นผู้สูงอายุวัยต้น

### การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการแบบเสื่อมถอยลง ทั้งทางด้าน  
ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (เกษม ตันติผลาชีวะ, และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528, หน้า  
5-19 ; จรัสวรรณ เทียนประภาส, และพัชรี ตันศิริ (บรรณาธิการ), 2536, หน้า 493 ; Ebersole,  
& Luker, (editor), 1995, pp. 148-149) ดังรายละเอียดดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลง  
ของทุกระบบร่างกาย ผิวหนังจะเหี่ยวย่น สีของผิวหนังจะเปลี่ยนเป็นจุดน้ำตาลทั่ว ๆ ไป เรียกว่า  
ตกรกระ สายตาเสื่อมมองเห็นไม่ชัด หูเริ่มตึง ฟันโยกคลอน ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง  
ประสาทสัมผัสต่าง ๆ รับรู้ช้าลง กระดูกจะบางลง เปราะ และหักง่าย เนื่องจากแคลเซียมลดน้อย  
ลง ข้อเสื่อมอักเสบง่าย อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะภายในร่างกายระบบหัวใจ และหลอดเลือด  
เสื่อมเสื่อมสมรรถภาพ ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน  
โรคความดันโลหิตสูง โรคข้ออักเสบ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจึงมีผลต่อการประกอบ  
กิจกรรมของการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ มีความ  
สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ มีผลต่อ  
สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ และจะเป็นอุปสรรคกับการติดต่อกับบุคคล รวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับ  
สภาพแวดล้อมต่าง ๆ ประกอบกับการสูญเสียอำนาจ บทบาทในครอบครัว และสังคม สูญเสีย  
บุคคลอันเป็นที่รัก เนื่องจากคู่สมรส เพื่อน หรือญาติสนิท ต้องตายจากหรือแยกไปอยู่ที่อื่น ทำ  
ให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเหงา ว้าเหว่ กลัว วิตกกังวล หรือซึมเศร้า นอกจากนี้จากการที่ผู้สูงอายุ  
ต้องออกจากการทำงาน หรือหมดหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียไร้คุณค่า  
ชีวิต ไม่มีความหมาย และขณะเดียวกันก็ทำให้ขาดรายได้ ผลจากสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุต้อง  
พยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม การที่ผู้สูงอายุลดบทบาทในครอบครัวซึ่งเคยเป็นผู้หาเลี้ยง  
ครอบครัว เป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องกลายเป็นผู้พึ่งพาอาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ทำให้ผู้สูงอายุ  
เสียอำนาจ และบทบาททางสังคมที่เคยมี การติดต่อกับเพื่อนฝูงน้อยลงและจากการเปลี่ยนแปลง  
สภาพสังคมในปัจจุบัน ระบบการผลิตเปลี่ยนจากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม ทำให้วิถีการ  
ดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุที่เป็นภาระหรือไม่สามารถประกอบอาชีพได้มักถูกทอดทิ้ง นอกจากนี้  
นี้ความเจริญและวัฒนธรรมตะวันตกเผยแพร่เข้ามา ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการเคารพยกย่องน้อยลง

คิดว่าผู้สูงอายุเป็นคนที่ไม่ทันต่อเหตุการณ์ ซึ่งความคิดเช่นนี้ก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกด้อยคุณค่า มองโลกในแง่ร้ายและเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางร่างกาย และจิตใจได้

จากผลการเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ ด้านของผู้สูงอายุ ทำให้การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปทั้งความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน สุขภาพกาย สภาพสังคม สภาพเศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมตลอดจนสภาพจิต ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ซึ่งส่งผลถึงความพึงพอใจในชีวิต และคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุในที่สุด

### คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ในปัจจุบันมีนักวิชาการสาขาต่าง ๆ ให้คำนิยาม หรือความหมายของ คุณภาพชีวิต อย่างกว้างขวาง ส่วนมากความหมายเหล่านั้นมีความคล้ายคลึงกัน หรือมีความสอดคล้องกันจะแตกต่างกันบ้างในส่วนของรายละเอียด หรือจุดเน้นสาขาวิชานั้น ๆ การให้ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิตมีดังนี้

จริยวัตร คมพัยค์ม์ (2537, หน้า 14) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง ความผาสุก คือ มีสุขภาพดี มีรายได้เพียงพอ ไม่มีภาวะกดดันทางจิตใจ และได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัวและเพื่อน

ประภาพร จินันทุยา (2536, หน้า 7) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง ระดับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบัน ตามการรับรู้ต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เป็นตัวบ่งชี้ว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุซึ่งมี 5 ด้าน คือ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพกาย สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรม

พนิชฐา พานิชชวะกุล (2537, หน้า 12) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่ต้องการบอกภาพรวมของผู้สูงอายุ และสภาวะรอบ ๆ ตัวเขาอย่างสมบูรณ์ทั้งสิ่งที่เป็นจริงที่ผู้สูงอายุมีอยู่หรือเป็นอยู่ (คุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย) และความพึงพอใจในสิ่งที่มีอยู่นั้น (คุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย) สิ่งที่มีอยู่หรือเป็นอยู่ ครอบคลุมความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุทุกด้าน

ยุวดี เกตุสัมพันธ์ (2537, หน้า 23) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีความหมายกว้างเกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจของบุคคล เกี่ยวกับสภาพที่ตนเป็นอยู่ มีอยู่ ได้รับความอยู่ และปฏิบัติอยู่เป็นประจำ

ศักดิ์ชัย ทวีศักดิ์ (2529, หน้า 15) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ปัจจัยและระดับสภาพของการดำรงชีวิตของมนุษย์ในด้านเศรษฐกิจ สังคม จิตใจ ซึ่งทำให้มนุษย์ดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข ความพอใจตามที่เขาต้องการ

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2537, หน้า 47) คุณภาพชีวิต หมายถึง ประสิทธิภาพของบุคคลที่จะดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระให้มากที่สุด มีสมรรถนะในการเข้าสังคม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเองตามความต้องการพื้นฐาน

ดีน (Dean, 1985) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพที่ดี การปรับตัวมีประสิทธิภาพ สุขสบายทางกาย และจิตใจ ชีวิตที่มีความหมายและมีคุณค่า และภาระหน้าที่ของบุคคล

กล่าวโดยสรุปแล้วคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง ความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน สภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อม การมีรายได้ และความรู้สึกพึงพอใจในการดำรงชีวิต

### **คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงวัดฤวิสัยและเชิงจิตวิสัย**

นักวิชาการหลายท่านกล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นสหมิติ ถ้าวัดได้ทั้งรูปธรรม และนามธรรม หรือเชิงวัดฤวิสัย (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2537, หน้า 14-15 ; พยอมอยู่สวัสดิ์, 2537, หน้า 40 ; สมจิต หนูเจริญกุล, 2537, หน้า 29 ; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537, หน้า 48 ; Miller, 1995, p. 799) และมีผู้ให้ความหมายตลอดจนรายละเอียดดังนี้

**วัดฤวิสัย** พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 (2525, หน้า 735) ได้ให้ความหมายของคำว่า วัดฤวิสัย เป็นคำวิเศษณ์ที่มีความหมายเกี่ยวข้องกับวัตถุ โดยไม่เกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก และตรงกับศัพท์บัญญัติว่า ออบเจกทีฟ (objective)

**จิตวิสัย** พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 (2525, หน้า 229) ได้ให้ความหมายของคำว่า จิตวิสัย เป็นคำวิเศษณ์ที่มีความหมายเกี่ยวข้องกับจิต ที่จิตคิดขึ้นเอง โดยไม่อาศัยวัตถุภายนอก ตรงข้ามกับวัดฤวิสัย และตรงกับศัพท์บัญญัติว่า ซับเจกทีฟ (subjective)

ลิว (Liu) 1975, p. 1) กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่ามี 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านจิตวิสัย ซึ่งเป็นเรื่องของอารมณ์ ความรู้สึกของบุคคล อันได้แก่ความเชื่อ ค่านิยม และความรู้สึกนึกคิดของบุคคล เป็นต้น และองค์ประกอบด้านวัดฤวิสัย อันได้แก่ ปัจจัยหรือสภาพแวดล้อมของบุคคล เช่น องค์ประกอบด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และสิ่งแวดล้อม

องค์การยูเนสโก (UNESCO, 1980, p. 312) ให้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้าน คือ

1. ด้านวัตถุวิสัย (objective) การประเมินด้านวัตถุวิสัย วัดได้โดยอาศัยข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม
  2. ด้านจิตวิสัย (subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึก และเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต และความพึงพอใจในชีวิต
- กล่าวโดยสรุปแล้วในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ต้องประเมินทั้งเชิงวัตถุวิสัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ และเชิงจิตวิสัย เกี่ยวข้องกับสภาวะจิตใจและความรู้สึกพึงพอใจในการดำรงชีวิต ที่ครอบคลุมในทุกองค์ประกอบ

นักวิชาการหลายท่านเสนอองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต โดยมีส่วนแตกต่างกันบ้างในรายละเอียด แต่ส่วนใหญ่ กล่าวว่า ตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตที่สำคัญคือ 1) สุขภาพกาย 2) ภาวะจิตใจและความรู้สึก 3) สภาพสังคม 4) การปฏิบัติกิจกรรม 5) สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (อมรา พงศาพิชญ์, 2533 ; Campbell, Converse, & Rodgers, 1976 ; Denham, 1991, p. 48 ; Zhan, 1992, pp. 796-799 ; Lueckenotte, 1996, p. 915) นอกจากนี้ยังมีผู้ศึกษาองค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังนี้คือ

ประภาพร จินันทุยา (2536) ได้ใช้กรอบแนวคิดของเบอร์ชอน และคณะมาเป็นกรอบในการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดงในองค์ประกอบ 5 ด้านที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย คือ

1. สถานภาพทางเศรษฐกิจ ประกอบด้วย การรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความเพียงพอของรายได้ และทรัพย์สิน
2. สุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
3. สภาพแวดล้อม ประกอบด้วย การรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับสิ่งที่อยู่แวดล้อมตัวผู้สูงอายุ ได้แก่ ญาติมิตร เพื่อนร่วมรุ่น สมาชิกในครอบครัว สถานที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ
4. การพึ่งพาตนเอง ประกอบด้วย การรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง และความรู้สึกในการพึ่งพาผู้อื่น
5. การทำกิจกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมภายใน ภายนอกครอบครัว และกิจกรรมเพื่อพักผ่อน

ผลการวิเคราะห์โครงสร้างองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต ด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุมีทั้งหมด 21 องค์ประกอบ โดยเฉพาะ 8 องค์ประกอบแรกสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้ค่อนข้างชัดเจน ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับ 1) สถานภาพทางเศรษฐกิจ 2) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว 3) ภาวะสุขภาพทั่วไป 4) เพื่อน 5) กิจกรรมทางศาสนาและงานสังคม 6) โอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว 7) การนอนหลับและการพักผ่อน 8) เกี่ยวกับสภาพบ้าน

พนิษฐา พานิชานีชะกุล (2537) ได้ใช้กรอบแนวคิดของฟิลเลนบัม มาเป็นแนวทางในการศึกษาพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสมมติ สำหรับผู้สูงอายุในชนบท ในองค์ประกอบ 6 ด้าน ที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตเชิงอัตวิสัย และเชิงจิตวิสัย ได้แก่

1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ประกอบด้วย ความสามารถของผู้สูงอายุทางกายภาพ และความสามารถในการดำรงชีวิตในชุมชน และความพึงพอใจในความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน
2. สุขภาพกาย ประกอบด้วย อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในรอบ 1 เดือน โรคเรื้อรังหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และความพึงพอใจในสุขภาพกาย
3. สุขภาพจิต ประกอบด้วย การประเมินสภาพจิตเสื่อม และภาวะซึมเศร้า และความพึงพอใจในสุขภาพจิต โดยสภาพจิตเสื่อม ประเมินจากความสามารถทางสมอง 5 ด้าน คือ การรับรู้ การบันทึกจำ การตั้งใจและการคำนวณ การระลึก และด้านภาษาและการสื่อสาร
4. สภาพสังคม ประกอบด้วย สัมพันธภาพภายในครอบครัว กับเพื่อนบ้าน การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และความพึงพอใจในสภาพสังคม
5. สภาพเศรษฐกิจ ประกอบด้วย รายได้ สภาพการเงินในรอบ 1 เดือน 1 ปี การมีทรัพย์สินอื่น ๆ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และความพึงพอใจในสภาพเศรษฐกิจ
6. สภาพแวดล้อม ประกอบด้วย สภาพที่อยู่อาศัย สิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้าน ความปลอดภัยในบ้านและในหมู่บ้าน การรับรู้ข่าวสารบริการสวัสดิการในชุมชน และความพึงพอใจในสภาพแวดล้อม

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน ตามที่กล่าวมา และมีข้อเสนอแนะว่าน่าจะได้มีการศึกษาเพิ่มเติมในองค์ประกอบ ด้านสุขภาพ และด้านสังคม ซึ่งยังไม่สามารถหาตัวชี้วัดที่ชัดเจนพอ (พนิษฐา พานิชานีชะกุล, 2537, หน้า 126)

เบอร์ก ฮอร์น และเชเฟอร์ (Berghorn, & Schafer, 1981, pp. 331-347) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบเป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไว้ 5 ด้าน คือ สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเองและการทำกิจกรรม

ฟิลเลนบัม (Fillenbaum, 1984, 1987) ได้รวบรวมมิติสำคัญของความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุไว้รวม 7 ด้าน คือ การปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน สุขภาพกาย สุขภาพจิต สภาพสังคมสภาพเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม และมีติอื่น ๆ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยทางประชากร ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สถานที่เกิด เขตที่อยู่อาศัย และศาสนา

กล่าวโดยสรุปแล้วการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ควรจะประเมินทั้งเชิงวัตถุวิสัยและเชิงจิตวิสัยในองค์ประกอบด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน สุขภาพกาย สภาพสังคม สภาพเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม และสภาพจิตใจ ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้จึงประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงวัตถุวิสัย 5 ด้าน ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน สุขภาพกาย สภาพสังคม สภาพเศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม ประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย 4 ด้าน ได้แก่ สภาพจิต ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความพึงพอใจในชีวิต ดังรายละเอียดดังนี้

1. **คุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย (quality of life – objective scale)** คุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย เป็นความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ที่แสดงออกให้เห็นได้ หรือนับได้ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่

1.1 **การปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน (activities of daily living, ADL)** กิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นอย่างหนึ่งของมนุษย์ ในการที่จะเสริมสร้างสุขภาพทั้งทางกายและทางจิต เพราะช่วยให้บุคคลได้ระบายความรู้สึก คลายความตึงเครียด เป็นการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์กับตนเอง และสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันจึงเป็นสิ่งสำคัญที่แสดงถึงความเป็นอยู่ที่ดี (Fillenbaum, 1984, p. 24 ; Lueckenotte, 1996, p. 916 ; Mc Dowell, & Newell, 1987, p. 43 ; Miller, 1995, p. 419) ประกอบด้วยกิจกรรมในชีวิตประจำวันในการประเมินระดับความสามารถทางกายภาพ (physical activities of daily living, PADL) ที่นิยมใช้ในปัจจุบันคือ เครื่องมือของแคทซ์ (Katz index) ที่ประเมินในเรื่องการอาบน้ำ การแต่งกาย การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม การกลั่นปัสสาวะ การกลั่นอุจจาระ การลุกจากที่นอน การรับประทานอาหาร และการขึ้นลงบันได นอกจากนี้ยังประเมินการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน (instrumental activities of daily living, IADL) ของลอร์ดตัน (Lawton) (ประคอง อินทรสมบัติ, 2539, หน้า 53) ได้แก่ การเตรียมอาหาร การไปจับจ่ายซื้อของ การใช้โทรศัพท์ การทำงานบ้าน การซักเสื้อผ้า การ

เดินทางออกนอกบ้าน นอกจากนี้ยังมีดัชนีวัดกิจกรรมประจำวันของบาร์เทล (Barthel) การวัดกิจกรรมของไนร์ (Nair) เป็นต้น

จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535) วัดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุจาก 8 กิจกรรม คือ การอาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ การรับประทานอาหาร การสวมใส่เสื้อผ้า การแต่งตัว การลุกจากที่นอน การเดินทาง และการใช้จ่ายเงิน โดยมีเกณฑ์การวัด 3 ระดับ ได้แก่ ทำได้เอง ทำได้แต่ต้องมีผู้อื่นช่วยเหลือ และไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง

ทัศนีย์ ระย้า (2537) วัดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ จาก 10 กิจกรรม คือ 1) การรับประทานอาหาร 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน และโกนหนวด 3) การอาบน้ำ 4) การสวมใส่เสื้อผ้า 5) การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 6) การเคลื่อนย้ายตัวเองภายในบ้าน 7) การขึ้นลงบันได 8) การใช้ห้องสุขา 9) การกลั่นอุจจาระ 10) การกลั่นปัสสาวะ โดยมีเกณฑ์การวัด 3 ระดับ ได้แก่ ทำได้เอง ทำได้แต่ต้องมีผู้อื่นช่วยเหลือ และไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง

พนิชฐา พานิชชาติระกุล (2537) วัดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุจาก 14 กิจกรรม คือ 1) การอาบน้ำ 2) การถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ 3) การแต่งตัว 4) การลุกจากที่นอน 5) การรับประทานอาหาร 6) การขึ้นลงบันไดในบ้าน 7) การก้ม ย่อตัว ลงเก็บของ 8) การเตรียมและประกอบอาหาร 9) การทำความสะอาดบ้าน 10) การกางมุ้ง – เก็บมุ้งนอน 11) การจัดการเรื่องค่าใช้จ่าย 12) การเดินไปวัด 13) การไปตลาด 14) การปลูกผักสวนครัว โดยมีเกณฑ์การวัด 3 ระดับ ได้แก่ ทำได้เอง ทำได้แต่ต้องมีผู้อื่นช่วยเหลือ และไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ตัวชี้วัดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ควรประกอบด้วย 2 ส่วน ทั้งการประเมินระดับความสามารถทางกายภาพ และวัดการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันขั้นสูง ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้ประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เชิงวัดฤทธิสัยด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันจากความสามารถในการอาบน้ำ การแต่งกาย การใช้ห้องน้ำห้องส้วม การรับประทานอาหาร การลุกจากที่นอน การขึ้นลงบันไดบ้าน การเดินไปบ้านเพื่อนบ้าน การทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ และการซักเสื้อผ้า

**1.2 สุขภาพกาย (physical health)** ภาวะสุขภาพเป็นหนึ่งในองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การที่คนเรามีสุขภาพดี ทำให้รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตดี (Denham, 1991) แมคโดเวล และนิวเวล (Mc Dowell, & Newell, 1987, pp. 14-16) กล่าวว่า ภาวะสุขภาพของบุคคลจะวัดได้จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ โดยแพทย์ หรือ

อาจจะวัดได้จากอาการประเมินด้วยตนเองว่ามีสุขภาพอย่างไร การประเมินสุขภาพตนเองของบุคคล อาจประเมินได้จากอาการแสดงต่าง ๆ ของการเจ็บป่วย ความสามารถทำหน้าที่ได้อย่างเต็มที่ และจากรายงานความรู้สึกทั่วไปของบุคคล

ในผู้สูงอายุไทย อารมณฺ์ วุฒิพฤกษ์ ชูติมา อุตถากรโกวิท นภวัลย์ กัมภลาศิริ และชมชื่น สมประเสริฐ (2531, หน้า 47) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยการประเมินภาวะสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่ประเมินได้โดยคณะผู้วิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นักวิชาการหลายท่านกล่าวว่าการผิดปกติ และโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ อาการปวดข้อ การกลืนลำบาก แน่นอึดอัดในท้อง การกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะขัด ผิวน้ำแห้ง มีผื่นคัน อาการไอ เจ็บหน้าอก เวียนศีรษะ บ้านหมุน ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า หกล้ม โรคเกี่ยวกับตา เช่น ต้อหิน ต้อกระจก โรคระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคกระเพาะอาหาร โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคระบบทางเดินหายใจ หอบหืด ไอเรื้อรัง โรคเหงือกและฟัน โรคทางสมองและระบบประสาท (เกษม ต้นติผลาชีวะ, และกุลยา ต้นติผลาชีวะ, 2525 ; จรัสวรรณ เทียนประภาส, และพัชรี ต้นศิริ (บรรณาธิการ), 2536 ; Carignan, 1995 ; Ebersole & Hess, 1994 ; Lueckenotte, 1996 ; Miller, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร ชัยวรรณ, และมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2530, หน้า 25-29) สํารวจพบว่า ผู้สูงอายุไทยมีปัญหาสุขภาพกายถึงร้อยละ 41 ในจำนวนดังกล่าวมีร้อยละ 75 มีปัญหาเกี่ยวกับการปวดข้อมากที่สุด รองลงมาคือนอนไม่หลับร้อยละ 12 รีดสีดวงทวารร้อยละ 10 ทั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุในชนบทมีโรคประจำตัวน้อยกว่าในเมือง และจากการศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครของ อารมณฺ์ วุฒิพฤกษ์ ชูติมา อุตถากรโกวิท นภวัลย์ กัมภลาศิริ และชมชื่น สมประเสริฐ (2531, หน้า 45) พบว่า มีการเจ็บป่วยถึงร้อยละ 50.38 ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคตา โรคหัวใจ ไอเรื้อรัง สอดคล้องกับบรรลุ ศิริพานิช (2537, หน้า 61) กล่าวว่าการศึกษาของสถาบันประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยปี 2531 โรคที่ผู้สูงอายุบอกว่าเป็นปัญหา 7 โรคแรก คือ ปวดตามข้อ นอนไม่หลับ เป็นลม ห้องผูก ความดันโลหิตสูง รีดสีดวงทวาร และโรคหัวใจ นอกจากนี้ นันทวัน ใจกล้า (2537, หน้า 59) พบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา จังหวัดจันทบุรีมีโรคประจำตัวทุกคนโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคข้อต่อและกระดูกเสื่อมร้อยละ 33.8 โรคตา ร้อยละ 21.13 โรคกระเพาะร้อยละ 16.90 ทศนีย์ ะยะ (2537, หน้า 82) พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพด้านพันมากที่สุดร้อยละ 63.3 รองลงมาคือด้านตา และด้านหู ร้อยละ 54.5 และ 15.4 ตามลำดับ



ฟิลเลนบัม (Fillenbaum, 1984, pp. 35-42) นำเสนอการประเมินสุขภาพกาย จากสภาวะทางกายภาพ อาการเจ็บป่วย การออกกำลังกาย รวมทั้งความสามารถในการดูแลตนเอง การวัดในแต่ละข้ออาจมีปัญหาแตกต่างกัน ตั้งแต่คำจำกัดความ การแปลความหมาย ซึ่งขึ้นอยู่กับความคาดหวังในแต่ละวัฒนธรรมของแต่ละแห่ง บางแห่งต้องการทราบโรคที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว บางแห่งต้องการเพียงอาการหรือสภาวะการณเท่านั้น ส่วนใหญ่จะประเมินสุขภาพกายจากรายงานของผู้สูงอายุเอง (Fillenbaum, 1979, pp. 45-51)

ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงอัตวิสัยด้านสุขภาพกายควรประเมิน ทั้ง 2 ประเด็น ทั้งอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในรอบ 1 เดือน ที่ผ่านมา และโรค หรือการเจ็บป่วย เรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันที่เกิดขึ้นในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาโดยอาการ ผิดปกติที่เกิดขึ้นบ่อยในรอบ 1 เดือน ประเมินจาก อาการปวดข้อ ปวดหลัง ปวดเอว ปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ หน้ามืดเวลาเปลี่ยนท่าทาง ท้องอืดท้องเฟ้อ ท้องผูก กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะ ชัด ค้นตามผิวหนัง ตามัว ปวดตา เจ็บหน้าอก เกี่ยวกับการได้ยิน เช่น นูติง และอาการเกี่ยวกับเหงือกและฟัน และประเมินโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมักพบบ่อย ๆ ในผู้สูงอายุในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ โรคทางสมองและระบบประสาท เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคระบบทางเดินหายใจ เช่น หอบหืด ไอเรื้อรัง โรคระบบกระดูกกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ โรคเกี่ยวกับตา เช่น ต้อหิน ต้อกระจก โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคแผลในกระเพาะอาหาร และโรคเบาหวาน

**1.3 สภาพสังคม (social)** ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุจะลดลง เนื่องจากมีข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้ขาดความคล่องตัวในการคิด การกระทำ และการสื่อสาร สมาชิกภาพทางสังคม มีขอบเขตจำกัด ความห่างเหินจากสังคมมีมากขึ้นตามลำดับ (เกษม ตันติผลลาชีวะ, และกุลยา ตันติผลลาชีวะ, 2528, หน้า 8) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และจิตใจของผู้สูงอายุมักมีเป็นพร้อม ๆ กัน และมีผลกระทบซึ่งกันและกัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ สถานภาพ วัฒนธรรม เจตคติ โครงสร้างของครอบครัว และการมีกิจกรรมในสังคม (จรัสวรรณ เทียนประภาส, และพัชรี ตันศิริ (บรรณานุกรม), 2536, หน้า 56) ในกลุ่มทฤษฎีเชิงจิตสังคม (psychosocial theory) กล่าวว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีความสุข และมีกิจกรรมร่วมกันนั้นขึ้นกับ บุคลิกภาพ และแบบแผนของชีวิตแต่ละคน (continuity theory) และทฤษฎีการถดถอยจากสังคม (disengagement theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะค่อย ๆ หนีจากคนอื่นในสังคมแต่ ถ้าได้มาอยู่ในสภาพแวดล้อมเหมือนเดิม ผู้สูงอายุจะมีความสุขอย่างมาก และถ้าสิ่งแวดล้อมดี ลักษณะทางสังคมดี มีการยอมรับ เปิดโอกาสและเคารพในตัวผู้สูงอายุแล้วจะเป็นเหตุส่งเสริมให้ผู้สูง

อายุแล้วจะเป็นเหตุส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมในสังคมมากกว่าที่จะถดถอย (จรัสวรรณ เทียนประภาส, และพัชรี ดันศิริ (บรรณาธิการ), 2536, หน้า 56-58 ; Ebersole, & Hess, 1994, pp. 44-45)

บรรลู่ ศิริพานิช (2532, หน้า 62-63) สำรวจพฤติกรรมเกี่ยวกับสังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยวัดจาก ความถี่ของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม การร่วมงานประเพณีต่าง ๆ และการติดต่อกับเพื่อนฝูง

พนินฐา พานิชานิช (2537, หน้า 21-21) ประเมินสภาพสังคมของผู้สูงอายุในชนบทจาก 1) ขนาดและสัมพันธภาพภายในครอบครัว 2) ขนาดและสัมพันธภาพกับเพื่อนบ้าน 3) ขนาดและสัมพันธภาพกับญาติพี่น้อง 4) การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน 5) ความพึงพอใจในสภาพสังคม

เอเบอริโซ และเฮส (Ebersole & Hess, 1994, p. 82) กล่าวถึงเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุ (The Multidimensional Functional Assessment of the Older American's Resources and Service, OARS) ด้านสภาพสังคมว่าควรประเมินทั้งจำนวนคน และความถี่ในการติดต่อ รวมทั้งการสนทนาทางโทรศัพท์ เพื่อนที่สามารถขอความช่วยเหลือได้ สมาชิกในครอบครัว ผู้ที่ให้การดูแล เครือข่ายทางสังคม และบุคคลที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญมากที่สุด

ฟิลเลนบัม (Fillenbaum, 1984, pp. 42-44) กล่าวว่า สภาพสังคมเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และทำหน้าที่เป็นตัวป้องกันสภาพเสื่อมถอยของคุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ ได้ด้วย และการประเมินสภาพสังคมน่าจะประเมินทั้งจำนวนคนที่ติดต่อ ความถี่ในการติดต่อ ตลอดจนความพึงพอใจในการติดต่อด้วย

แมคโดเวล และนีเวล (Mc Dowell, & Newell, 1987, pp. 152-204) มีความคิดเห็นว่าสังคมเป็นมิติหนึ่งของความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้นอยู่กับคนอื่น ๆ อย่างไร คนอื่นมีปฏิสัมพันธ์กับเขาอย่างไร มีการแลกเปลี่ยนความสัมพันธ์กับสถาบันต่าง ๆ ในสังคม หรือวัฒนธรรมประเพณีในสังคมอย่างไร

ดังนั้น ในงานวิจัยครั้งนี้จึงประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงอัตวิสัย ด้านสภาพสังคม จากความถี่ของการปฏิสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน ได้แก่ การรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น การพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว การมีกิจกรรมพักผ่อนร่วมกัน การมีลูกหลานเพื่อนบ้านมาเยี่ยม การให้คำปรึกษา การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน

1.4 **สภาพเศรษฐกิจ (economic)** ปัจจัยด้านเศรษฐกิจนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ในการสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นบ้านที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี อาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาล เสื้อผ้า การซื้อหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวก และการทำกิจกรรมในสังคม การที่ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และการรับรู้ของตนเองมีรายได้เพียงพอในการใช้จ่ายตามที่ตนเองต้องการ ย่อมก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรประเมินฐานะทางเศรษฐกิจของตนเองด้วย (Ebersole, & Hess, 1994, pp. 83,99) ฟิลเลนบัม (Fillenbaum, 1984, pp. 44-48) เห็นว่าสภาพเศรษฐกิจควรจะประเมินจากรายได้ จำนวนเงินที่จำเป็นต้องใช้ในการอาศัยอยู่ในสังคม ผลประโยชน์จากการทำงาน การรับบริการจากสังคม การประกันชีวิตและสุขภาพ จากการศึกษาทางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ พบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจหรือรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์, 2535 ; มารศรี นุชแสงพลี, 2532 ; มาลี เลิศมาลีวงศ์, และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2538 ; ยุกาวรรณ ไชยศิริ, 2539)

ดังนั้น ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงวัดตัวชี้วัดด้านสภาพเศรษฐกิจจึงประเมินจากรายได้ของผู้สูงอายุได้รับในแต่ละเดือน ความพึงพอใจของรายได้กับรายจ่ายความช่วยเหลือด้านค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย

1.4 **สภาพแวดล้อม (environment)** สภาพแวดล้อมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกายผู้สูงอายุ ถ้าสิ่งแวดล้อมมีคุณภาพเหมาะสมทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี สิ่งแวดล้อมทางกายภาพเป็นสิ่งที่อยู่รอบ ๆ ตัวผู้สูงอายุ ได้แก่ สภาพบ้านที่อยู่อาศัย ความสะดวก ความเป็นส่วนตัว ความปลอดภัยของที่พัก ตลอดจนแสงสว่าง การถ่ายเทอากาศ ความปลอดภัยในหมู่บ้าน การเดินทาง บริการและสวัสดิการในชุมชน การรับรู้ข่าวสาร (Ebersole, & Hess, 1994, p. 407 ; Fillenbaum, 1984, p. 49) ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกที่ดีต่อบ้านชุมชน ที่อยู่อาศัย รู้สึกว่าบ้านน่าอยู่ สะดวกสบาย สงบ เป็นส่วนตัว มีเพื่อนที่ดี ปราศจากใจร้าย รวมทั้งมีความพึงพอใจในบริการของชุมชน เช่น การบริการด้านการรักษาพยาบาลที่เพียงพอ การคมนาคมที่สะดวกปลอดภัย ย่อมทำให้ชีวิตของผู้สูงอายุเป็นสุข

พนิชฐา พานิชชี่วะกุล (2537, หน้า 24) ประเมินสภาพแวดล้อมผู้สูงอายุจากสภาพที่อยู่อาศัย และความสะดวกภายในบ้าน ความปลอดภัยในหมู่บ้าน การรับรู้ข่าวสารและการพัฒนาตนเอง บริการสวัสดิการในชุมชน นันทนาการในชุมชน และความพึงพอใจในสภาพแวดล้อม

อุทุมพร จามรมาน (2530, หน้า 1-30) วิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพชีวิตคน กรุงเทพมหานคร ที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม 3 องค์ประกอบ คือ 1) สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ประกอบด้วย ไฟฟ้าตามถนน ทางเดินในบ้าน สภาพถนน 2) บริการของรัฐและเอกชน ประกอบด้วย บริการไฟฟ้า น้ำประปา โทรศัพท์ ตำรวจ 3) นันทนาการ ได้แก่ การเลี้ยงสัตว์ ปลูกต้นไม้ การพักผ่อน ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ อ่านหนังสือพิมพ์ และดูภาพยนตร์

สำหรับองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของประชาชน (จปฐ.) หมวดที่อยู่อาศัย มีตัวชี้วัดคือ บ้านคงทนเกิน 5 ปี ภายในบ้านและรอบบ้านสะอาด มีและใช้ส้วมถูกสุขลักษณะ มีน้ำสะอาดเพียงพอ (5ลิตร/คน/วัน) ไม่ถูกรบกวนจากสิ่งรบกวน (กระทรวงสาธารณสุข, 2537, หน้า 4)

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงอัตวิสัยด้านสภาพแวดล้อมจากสิ่งที่อยู่รอบ ๆ ตัวผู้สูงอายุ ได้แก่ สภาพบ้าน บันได ลักษณะพื้นบ้าน พื้นต่างระดับ อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นภายในบ้าน ลักษณะส้วม สิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้าน การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการใช้บริการและสวัสดิการในหมู่บ้าน

**2. คุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย (quality of life – subjective scale)** คุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย เป็นสภาวะจิตใจ และความรู้สึกพึงพอใจของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิต ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

**2.1 สภาพจิต (mental state)** ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุสาเหตุมักเกิดจากความเสื่อมของเนื้อเยื่อสมอง ที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการเรียนรู้และเข้าใจ ความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับระดับความเสื่อมของเนื้อเยื่อสมอง (เกษมตันติผลาชีวะ, และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528, หน้า 83) การประเมินสภาพจิตสามารถประเมินได้โดยใช้แบบวัดที่มีอยู่หลายชุด แบบวัดที่นำมาใช้บ่อย เพื่อคัดกรองผู้ที่มีความผิดปกติทางสมอง หรือ ภาวะสมองเสื่อม (dementia) คือ แบบตรวจสภาพจิตแบบย่อ (Mini mental State Examination, MMSE) ซึ่งสร้างโดยโฟลท์ทิน (Carignan, 1995, p. 37 ; Foletein, 1975 Cited by Ebersole, & Hess, 1994, p. 632 ; Needham, 1995, p. 349) ประกอบด้วยคำถามที่ประเมินความสามารถทางสมอง 5 ด้าน คือ 1) การรับรู้ 2) การบันทึกจำ 3) ความตั้งใจและการคำนวณ 4) การระลึก 5)ด้านภาษาและการสื่อสาร แต่ สุทธิชัย จิตะพันธ์ (2534, หน้า 183) กล่าวว่า การใช้แบบตรวจสภาพจิตแบบย่อ (MMSE) ไม่สามารถนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทยได้จึงแนะนำให้ใช้แบบทดสอบเหล่านี้มาใช้โดยตรง นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือตรวจสภาพจิตของ ฮอกกินสัน (Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ) (Hogkinson, 1972 cited by Kenrick,

& Luker (editor), 1995, p. 161) สำหรับประเทศไทยมีผู้แปล และดัดแปลงแบบตรวจสอบภาวะสมองเสื่อม เพื่อนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทยคือ บรรลุ ศิริพานิช (2532 อ้างอิงจาก John Bond, Patrick Brooks, Vera Carstairs, & Giles, 1980, pp. 148-162) ประกอบด้วยคำถามที่ประเมินความสามารถของสมองทั้ง 5 ด้าน ตามที่กล่าวมา อย่างไรก็ตามพบว่าคำถามบางข้อค่อนข้างยาก นอกจากนี้พนิชสุภา พานิชานีชะกุล (2537) วัตถุประสงค์ใจผู้สูงอายุ โดยใช้แบบวัดสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นประกอบด้วย การวัดสภาพจิตเสื่อม และความซึมเศร้า ทำการวัดผู้สูงอายุจำนวน 80 คน เนื้อหาของแบบวัดสภาพจิตเสื่อมครอบคลุมด้านการรับรู้ การบันทึกจำ ความตั้งใจและการคำนวณ การระลึก และด้านภาษาและการสื่อสาร หาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับได้ 0.7670

ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้จึงวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงจิตวิสัย ด้านสภาพจิตโดย ดัดแปลงแบบวัดสุขภาพจิตของ พนิชสุภา พานิชานีชะกุล มาใช้โดยนำมาเฉพาะการวัดสภาพจิตเสื่อม

**2.2 ความวิตกกังวล (anxiety)** ความวิตกกังวล เป็นการแสดงออกทางอารมณ์มีความวุ่นวายใจ หวาดหวั่น มักจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระร่วมด้วย เช่น มือสั่น ปวดศีรษะ ปัสสาวะบ่อย ถ้ามีภาวะรุนแรงจะมีความรู้สึกกลัวจนสุดขีดได้ ซุง (Zung, 1971, pp. 371-379)

นักทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ซัลลิแวน (Sullivan, 1953 อ้างถึงใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537, หน้า 248) เชื่อว่าความวิตกกังวลมีจุดเริ่มต้นที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นความตึงเครียดทางจิตใจที่เกิดขึ้นจากการที่มีความผิดปกติ หรือมีการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเกิดขึ้น เพื่อบุคคลจะได้รักษาความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยต่อตนเอง และการยอมรับนับถือตนเองเอาไว้ เมื่อไรก็ตามที่บุคคลไม่ได้รับการยอมรับ ถูกปฏิเสธจากบุคคลที่ใกล้ชิด ความเชื่อมั่นในตนเองจะลดลงทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ปลอดภัย และไม่มีคุณค่า ซัลลิแวน อธิบายว่าหากคนเรารู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยหรือไม่มีคุณค่า จะเกิดความตึงเครียดจากความกังวลใจขึ้นมา และเชื่อว่าความวิตกกังวลเป็นพื้นฐานหรือคุณสมบัติหนึ่งของมนุษย์ซึ่งจะถูกกระตุ้นให้แสดงออกให้เห็นเมื่อบุคคลตกอยู่ในที่คับขัน เช่น ความตาย การเจ็บป่วย หรือความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ผลความวิตกกังวล ถ้ามีระดับรุนแรงมากจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตได้จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลประเมินสิ่งกระตุ้นจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ว่าเป็นสิ่งคุกคามต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของตน สิ่งคุกคามมีมากมายทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ลักษณะของผู้ที่มีความวิตกกังวล คือ ความรู้สึกเครียด รู้สึกกลัว ไม่สบายใจ กระสับกระส่าย รู้สึกผวา หรือตกใจกระทันหัน

กล่าวโดยสรุป ความวิตกกังวล หมายถึง ปฏิกริยาการปรับตัวให้เข้ากับ ความเครียดของคน โดยแสดงอาการ ความรู้สึกต่าง ๆ หรือมีความผิดปกติทางร่างกาย ได้แก่ ความรู้สึกตึงเครียด กลัว อึดอัดใจ ไม่สบายใจจนทำให้ปั่นป่วนในท้อง กระสับกระส่าย ผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน

มีงานวิจัยที่วัดความวิตกกังวล โดยใช้แบบวัดหลายอย่าง เช่น แบบวัดความวิตกกังวลของ ซุง (Zung) วัดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และโรคเรื้อน แต่ข้อคำถามค่อนข้างมากคือ 20 ข้อและคำถามส่วนใหญ่จะประเมินอาการที่เกิดขึ้นทางกาย นอกจากนี้มีแบบวัดความวิตกกังวล (Hospital Anxiety and Depression Scale, Thai HADS) ของธนา นิลชัยโกวิทย์ (2539, หน้า 28-30) ที่มีข้อคำถามด้านความวิตกกังวล 7 ข้อ ความซึมเศร้า 7 ข้อ นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็ง 60 คน หาความเชื่อมั่นด้านความวิตกกังวลได้ .8551 และด้านความซึมเศร้าได้ .8259

จากแบบวัดดังกล่าว ข้อคำถามบางส่วนมีลักษณะคล้ายกัน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงจิตวิสัยด้านความวิตกกังวล โดยสร้าง แบบวัดความวิตกกังวลขึ้นเอง โดยประเมินจากความรู้สึกที่เกิดขึ้นในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา ได้แก่ การมีเรื่องกลุ้มใจ ความรู้สึกกลัว หงุดหงิด ไม่สบายใจจนทำให้ปั่นป่วนในท้อง กระสับกระส่าย ผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน และรู้สึกหัวใจเต้นแรงและเร็ว แบ่งการวัดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่มีความรู้สึกนั้นเลยตลอด 7 วัน มีความรู้บ้างครั้งไม่เกิน 4 วัน และความรู้สึกบ่อย ๆ 5-7 วัน

**2.3 ความซึมเศร้า (depression)** ความซึมเศร้า เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากมีความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งคล้ายกับความวิตกกังวล ภาวะทั้งสองนี้เกี่ยวเนื่องกัน ภาวะซึมเศร้าเป็นอารมณ์แสดงเห็นได้ชัดเจน มักจะเกิดขึ้นภายหลังเกิดความวิตกกังวล

จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ (2536, 383-384) กล่าวถึง สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าว่าอาจเนื่องมาจาก สาเหตุทางชีวภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อสัญญาณประสาทจากการมีอายุสูงขึ้นหรือสาเหตุทางกายภาพ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว เจ็บป่วยเรื้อรัง การใช้ยาบางชนิด สาเหตุทางจิต ได้แก่ ความรู้สึกโกรธ สูญเสียความจำ สมองเสื่อม และสาเหตุทางสังคม ได้แก่ การสูญเสียครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนผู้ใกล้ชิด ทำให้เกิดความว้าเหว แยกตัวเอง หรือการออกจากงาน ขาดรายได้ที่เคยได้รับ ลักษณะของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าคือการขาดความสนใจและความพอใจ รวมทั้งความเศร้า หดหู่ หมกมุ่น หม่นหมอง บางครั้งรู้สึกผิด รู้สึกตนเองไร้คุณค่า

ซุง (Zung, 1965, pp. 65-66) กล่าวว่า ความซึมเศร้าเป็นภาวะลักษณะทางอารมณ์เศร้าใจ หดหู่ใจ จิตใจกระวนกระวาย ความรู้สึกสับสน การตัดสินใจยาก บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง และมีอาการแสดงออกทางกาย เช่น เบื่ออาหาร ท้องผูก นอนไม่ค่อยหลับ รู้สึกเหนื่อย ล้าหมดแรงโดยไม่มีเหตุผล

แบบวัดที่นำมาใช้วัดความซึมเศร้ามีหลายฉบับ ได้แก่ เครื่องมือวัดความซึมเศร้าของซุง (Zung Self Rating Scale) (Zung, 1971 pp. 371-379) มีข้อคำถาม 20 ข้อ เครื่องมือวัดความซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory, BDI) มีข้อคำถาม 21 ข้อ (วรพรรณ เทพหัสดิน ณ อยุธยา, 2537, หน้า 189-199) นอกจากนี้มีแบบวัดความซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย, Thai HADS) ของธนา นิลชัยโกวิทย์ (2539, หน้า 28-30) มีความเชื่อมั่น .8259 มีข้อคำถาม 7 ข้อ และแบบวัดสุขภาพจิตที่พินิสฐา พานิชานีชะกุล (2537) สร้างขึ้นเพื่อใช้วัดสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ที่ส่วนหนึ่งประกอบด้วยข้อคำถามด้านความซึมเศร้า 6 ข้อ มีความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ .7670

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงจิตวิสัย ด้านความซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดสุขภาพจิตที่พินิสฐา พานิชานีชะกุล สร้างขึ้นมาใช้เฉพาะข้อคำถามด้านความซึมเศร้าประเมินจาก ความรู้สึกเหงาหงอย เบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร รู้สึกตนเองไร้คุณค่า อยากร้องไห้ หมดกำลังใจและสิ้นหวัง ไม่อยากมีชีวิตอยู่

**2.4 ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction)** ความพึงพอใจเป็นสิ่งที่พึงปรารถนาของบุคคล เพราะเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งการศึกษาทางด้านผู้สูงอายุ มักใช้ความพึงพอใจในชีวิตเป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตด้านนามธรรม (มารศรี นุชแสงพลี, 2532 ; สุรกุล เจนอบรม, 2534, หน้า 31-37 ; Campbell, Converse, & Rodgers, 1976, pp. 117-124 ; Perran, & Power, 1985, pp. 15-42) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายและการประเมินดังนี้

ปรียา ครามะคำ (2536, หน้า 8) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกหรือ ความรู้สึกในทางที่ดีต่อสิ่งต่าง ๆ ที่ทำให้ความต้องการของบุคคลได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และความเชื่อถือที่เหมาะสม

แอนดริว (Andrew, 1976, pp. 1-19) กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็นสิ่งที่จำเป็นในการประเมินคุณภาพชีวิต เพราะความพึงพอใจเป็นความคิดความรู้สึกตามการรับรู้เกี่ยวข้องกับจิตใจของแต่ละคน เครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตควรมีการประเมินความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะ

ด้าน ดังนั้นการประเมินสภาพจิตใจควรมีการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุเป็นรายด้านตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้วย

ฟิลเลนบัม (Fillenbaum, 1984) กล่าวว่าในการประเมินคุณภาพชีวิตควรมีการประเมินความรู้สึกพึงพอใจในแต่ละด้านขององค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้วย

ฟลานาแกน (Flanagan, 1982, pp. 56-59) แบ่งความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตไว้ 5 ด้าน คือ ด้านร่างกายและสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต สัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น กิจกรรมในสังคมหรือชุมชน การพัฒนาตนเองและความสมหวังในการทำงาน และการสันตนาการ

นีวการ์เทน และฮาร์วิทท์ (Neugarten, & Havighurst, 1961, pp. 134-143) กล่าวว่าความพึงพอใจในชีวิตจะต้องประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ ความร่าเริง การปรับปรุงตนเอง และความอดทน การเข้ากันได้ระหว่างเป้าหมายที่ตั้งไว้กับสิ่งที่ได้มา แนวคิดในทางที่ดีเกี่ยวกับตน และระดับของอารมณ์

ปาล์มอร์และลุยคาร์ท (Palmore, & Luikart, 1972, p. 72) กล่าวว่า การวัดความพึงพอใจในชีวิตจะไม่มีผู้ใดผู้หนึ่งเป็นคนตัดสิน บุคคลแต่ละคนจะเป็นผู้ให้ความสำคัญกับคุณค่าของชีวิตเอง นั่นคือ ให้บุคคลประเมินความพึงพอใจของตนเอง

เพาเวลล์ (Powel, 1983, pp. 17-18) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข สนุกสนานปราศจากความรู้สึก เป็นทุกข์ ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าบุคคลจะต้องได้รับการตอบสนองอย่างสมบูรณ์ในทุกสิ่งที่ต้องการ แต่ความพึงพอใจนั้นหมายถึง ความสุขที่เกิดจากการปรับตัวของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดี และเกิดความสมดุลระหว่างความต้องการของบุคคลกับการได้รับการตอบสนอง

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจในชีวิต เป็นความรู้สึกของบุคคลที่ได้รับการตอบสนองในการดำรงชีวิต ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงจิตวิสัย ด้านความพึงพอใจในชีวิตจากความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุ ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ความพึงพอใจในสุขภาพกาย สภาพสังคม สภาพเศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม

กล่าวโดยสรุปแล้ว ในงานวิจัยครั้งนี้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลอ่างทอง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ โดยประเมินคุณภาพชีวิตเชิงอัตวิสัย และเชิงจิตวิสัยแต่ละด้าน โดยในเชิงอัตวิสัยเป็นการศึกษาความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ที่แสดงออกให้เห็นได้หรือนับได้โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตเชิงอัตวิสัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 5 ด้าน คือการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน สุขภาพกาย สภาพสังคม สภาพเศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม ส่วนในเชิงจิตวิสัยเป็นการศึกษาสภาวะจิตใจและความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบวัด



คุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองบางส่วน และบางส่วนดัดแปลงเครื่องมือที่มีผู้สร้างไว้แล้วมาใช้ประกอบด้วย 4 ด้านคือ ด้านสภาพจิต ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1) วรรณภา กุมารจันทร์ (2543 : 68) ได้ทำการวิจัย เรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตเมือง และเขตชนบทไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ปัจจัยด้านอายุ เพศ และรายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ โดยเพศชายมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศหญิง และผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย ส่วนปัจจัยด้านศาสนา และลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

2) อารีวรรณ คุณเจตน์ (2541 : 75 – 83) ได้ทำการวิจัย เรื่อง คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดจันทบุรี ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้เองทุกกิจกรรม ปัญหาด้านสุขภาพกายพบว่า อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นบ่อย ได้แก่ อาการปวดข้อ ปวดหลัง ปวดเอว อาการเกี่ยวกับเหงือกและฟัน และอาการท้องผูก โรคที่พบบ่อยได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาได้แก่ โรคเกี่ยวกับตา และโรคระบบกระดูก กล้ามเนื้อ ข้อต่อต่างๆ ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นน้อย มีรายได้อยู่ระดับต่ำ คือ น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน สภาพแวดล้อมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี แต่ยังไม่ใช้บริการสวัสดิการในชุมชนในระดับต่ำ มีสภาพจิตปกติ ทุกด้านร้อยละ 35 ร้อยละ 49 มีเรื่องกลุ้มใจบางครั้ง ไม่มีความซึมเศร้าร้อยละ 40 มีความพึงพอใจในชีวิตในระดับสูงทุกด้านร้อยละ 6 รู้สึกพึงพอใจน้อย และไม่พึงพอใจในฐานะทางเศรษฐกิจที่เป็นอยู่ร้อยละ 23 และ 8 ตามลำดับ ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การเป็นสมาชิกผู้สูงอายุและลักษณะการอยู่อาศัยที่แตกต่างกัน มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตต่างกัน

3) จิระพร อภิชาติบุตร (2540 : บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การอุปถัมภ์จากครอบครัวและการบริการสุขภาพในชุมชน กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตกรุงเทพมหานครที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 300 ตัวอย่าง ผลการวิจัยสรุปว่า คุณภาพ

ชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลาง เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การทำงานเพื่อการเลี้ยงชีพ สุขภาพอนามัย กรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย การมีส่วนร่วมในชุมชน การอุปถัมภ์จากครอบครัว และการรับรู้การบริการสุขภาพในชุมชน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร

๑๕ สุภัทรา วิเศษคามิน (2545 : บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอประทิว จังหวัดชุมพร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอประทิว จังหวัดชุมพร จำนวน 227 คน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมด้านวัตถุวิสัยและจิตวิสัยอยู่ใน ระดับปานกลาง ( ร้อยละ 79.0 และ 65.6 ตามลำดับ )

สมพร ชัยยุทธ์ ( 2542 : บทคัดย่อ ) ศึกษา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น จำนวน 195 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนแออัดมีคุณภาพชีวิตในเชิงจิตวิสัย ได้แก่ ความพึงพอใจในภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจในความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม ความพึงพอใจที่ได้รับการดูแล ดีกว่า คุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัยที่ผู้สูงอายุที่อยู่เป็นอยู่จริง ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน เมื่อมีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะโภชนาการ และลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัวแตกต่างกัน

มนตรี คงวัดใหม่ (2542 : บทคัดย่อ) การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระหว่างชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิมในจังหวัดระนอง กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-74 ปี จำนวน 403 ตัวอย่าง เป็นชาวไทยพุทธ 203 ตัวอย่าง ชาวไทยมุสลิม 200 ตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุชาวไทยพุทธมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิม

ประภาพร จินันทุยา ( 2536 : บทคัดย่อ ) ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทผู้สูงอายุดินแดง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชาย มีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงสอดคล้องกับพินิจฐา พานิชาชิงกุล ( 2537, หน้า 109) ศึกษาการพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต ที่เป็นสมมติสำหรับผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

เขมิกา ยามะรัตน์ ( 2527 : บทคัดย่อ ) ศึกษาในข้าราชการที่เกษียณอายุราชการของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ มีผลการศึกษาคือ เพศที่แตกต่างกันจะทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ

ใจหรือมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน โดยพบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีความพึงพอใจในชีวิตที่สูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง สอดคล้องกับ กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ (2527 : บทคัดย่อ) ศึกษาในข้าราชการที่เกษียณอายุราชการในเขตอำเภอเมือง และอำเภอหาดใหญ่ จังหวัด สงขลา มีผลการศึกษาคือ เพศที่แตกต่างกันจะทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจหรือมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน โดยพบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีความพึงพอใจในชีวิตที่สูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

✓ พนิษฐา พานิชชาติวิกุล (2537 : 109) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ โดยที่ระดับคุณภาพชีวิตต่ำ พบสูงสุดในกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลายร้อยละ 34.6 รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุตอนกลาง ร้อยละ 24.3 และพบน้อยที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นร้อยละ 10.8 สอดคล้องกับประภาพร จินันทุยา (2536, หน้า 80) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มีคุณภาพชีวิตสูงกว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-87 ปี

สุจิตรา นิลเลิศ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการอุปถัมภ์จากบุตร กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยในชนบท จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 404 คน พบว่าสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการที่ผู้สูงอายุได้รับการอุปถัมภ์จากบุตร โดยผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพอนามัยของตนเองว่าทรุดโทรม หรือแย่กว่า จะได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพอนามัยของตนเองว่าเหมือนกับคนอื่น ๆ และแข็งแรงกว่า

กิ่งแก้ว เก็บเจริญ (2541) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีสูงอายุ: ศึกษากรณีคลินิกสูงอายุ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ พบว่าคุณภาพชีวิตของสตรีสูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกผู้สูงอายุมีความพึงพอใจระดับปานกลางในด้านของความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ด้านเศรษฐกิจและสังคม

✓ จำเรียง ฤกษ์สุวรรณ ,นิตยา ภาสุนันท์, และวินัส ดันติมูล (2532 : 46) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับประภาพร จินันทุยา (2536 : 81) พนิษฐา พานิชชาติวิกุล (2537 : 109) ที่ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษามีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุ ที่ไม่ได้รับการศึกษา

ดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 115) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีค่าเฉลี่ยคะแนนวิถีชีวิตของผู้สูงอายุสูงกว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด และหม้าย หย่า แยก สอดคล้องกับประภาพร จินันทุยา (2536 : 81) พนิษฐา พานิชานิชกุล (2537 : 109) ที่ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด และหม้าย หย่า แยก มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่

✓รสสุคนธ์ แสงมณี นกุล ตะบูนพงศ์ และอรัญญา เชาวลิต (2537 : 10 – 19) พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีแบบแผนการดำเนินชีวิตดีกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ สุดารัตน์ พุดพิมพ์ (2545) ได้ศึกษาเรื่องอึดมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวัดป่าแสนอุดมอุบลราชธานี จำนวน 176 คน พบว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจิตใจและสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะส่งผลต่ออึดมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ

กล่าวโดยสรุปแล้วพบว่า มีปัจจัยหลายตัวที่มีอิทธิพล ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุซึ่งทิศทาง และความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยจะแตกต่างกันออกไป ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงเลือกศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และลักษณะการอยู่อาศัย โดยศึกษาคุณภาพชีวิตทั้งในเชิงวัดฤวิสัย และเชิงจิตวิสัย ซึ่งในเชิงวัดฤวิสัยศึกษา 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน สุขภาพกาย สภาพสังคม สภาพเศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม ในเชิงจิตวิสัยศึกษา 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพจิต ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความพึงพอใจในชีวิต

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

##### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา(Descriptive Research) เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเชิงอัตวิสัย ในด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน สุขภาพกาย สภาพสังคม สภาพเศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงจิตวิสัยในด้านสภาพจิต ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลอ่างทอง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์

##### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 – 74 ปีในตำบลอ่างทอง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 375 คน (ข้อมูลประชากรกลางปีของอำเภอบรรพตพิสัย)

โดยกำหนดคุณสมบัติของประชากรไว้ดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 – 74 ปี (นับจากพ.ศ.เกิด)
2. มีภูมิลำเนาในพื้นที่ตำบลอ่างทอง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป
3. ไม่มีอาการหลงลืม ประสาทหลอน

จากการตรวจสอบคุณสมบัติของประชากร ในตำบลอ่างทอง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 375 คน พบว่ามีคุณสมบัติครบถ้วนตามข้อกำหนด จำนวน 317 คน

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลอ่างทอง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์

##### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย กรณีประชากรมีขนาดเล็ก และทราบค่า N

$$n = \frac{N Z^2 a / 2 \eta (1 - \eta)}{Z^2 a / 2 \eta (1 - \eta) + (N - 1) d^2}$$

$n$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$N$  = จำนวนประชากร = 317

$\pi$  = ค่าสัดส่วนของตัวแปร  $x$  ในโครงการ = 0.79 ( สุภัทรา วิเศษคามิน  
2545 :บทคัดย่อ)

$d$  = ค่าความคาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าสัดส่วน = 0.05

$Z$  = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติซึ่งมีค่าสอดคล้องกับระดับนัยสำคัญที่กำหนด = 1.960

การวิจัยครั้งนี้มีจำนวนประชากรทั้งหมด 317 คน ดังนั้นจึงแทนค่าตามสูตร

$$n = \frac{317 \times (1.96)^2 (0.79)(1-0.79)}{(1.96)^2 (0.79)(1-0.79) + (317-1)(0.05)^2}$$

$$n = 142$$

การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 142 ตัวอย่าง

### วิธีการสุ่มตัวอย่าง

โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างมีระบบ ( Systematic Random Sampling)

$$\begin{aligned} \text{Sampling Interval (I)} &= N/n \\ &= 317/142 \\ &= 2.23 \text{ หรือ } 3 \end{aligned}$$

ดังนั้นช่วงห่างของการสุ่ม เท่ากับ 3

จากนั้นเลือกตัวอย่างจากการสุ่มแบบไม่มีอคติซึ่งเริ่มจากตำแหน่ง ที่ 65 เป็นเลขสุ่มเริ่มต้น

(Random start;R)จากนั้นเลือกเลขต่อไปคือ 65,65+3,65+(2)3,65+(3)3..... 65+(142-1)3

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเองบางส่วนและได้ดัดแปลงจากแบบวัดของคุณอารีวรรณ คุณเจตน์ (2541: 104 -117)บางส่วนโดยให้สอดคล้องเหมาะสมกับขนบธรรมเนียม วัฒนธรรมของประชากรในพื้นที่ที่ศึกษา ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน

**ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ** ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ลักษณะการอยู่อาศัย และการได้รับการดูแล ซึ่งเป็นคำถามเลือกตอบและคำถามปลายเปิด จำนวน 9 ข้อ

**ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย (Quality of life – objective assessment scale )** ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่

### 1.1 การปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน (Activity of daily living , ADL )

ดัดแปลงมาจากแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของแคทซ์(Physical Activity Of Daily Living , PADL) และแบบวัดการปฏิบัติกิจกรรมขั้นสูง (Instrument Activity Of Daily Living , IADL) ของลอร์ตัน ( ประคอง อินทรสมบัติ , 2539, หน้า 44 – 57 ;Fillenbaum,1984 ) ประเมินจากความสามารถของผู้สูงอายุในการอาบน้ำ การแต่งกาย การใช้ห้องน้ำห้องส้วม การรับประทานอาหาร การลุกจากที่นอน การขึ้นลงบันไดบ้าน การเดินไปบ้านเพื่อนบ้าน การทำงาน บ้านเล็กๆน้อย การซักเสื้อผ้า จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คะแนน 3 หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้เอง

คะแนน 2 หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้แต่ต้องมีผู้อื่นช่วยเหลือ

คะแนน 1 หมายถึง ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติได้ต้องให้ผู้อื่นทำให้

คะแนนรวมทั้ง 9 ข้อ ถือเป็นคะแนนรวมด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ระหว่าง 9 – 27 คะแนน

2.2 สุขภาพกาย (physical health) เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นเองจากการศึกษาทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประเมินจาก ลักษณะอาการผิดปกติ และโรคที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุบ่อย ๆ เนื้อหาเป็น 2 ประเด็นคือ

2.2.1 อาการผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ อาการปวดข้อ ปวดหลัง ปวดเอว ปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ หน้ามืดเวลาเปลี่ยนท่าทาง ท้องอืด ท้องเฟ้อ ท้องผูก กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะขัด คั้นตามผิวหนัง ตาฝ้า ปวดตา เจ็บหน้าอก เกี่ยวกับการได้ยิน เช่น หูตึง และเกี่ยวกับเหงือกและฟัน จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คะแนน 3 หมายถึง ไม่มีอาการตลอด 1 เดือน

คะแนน 2 หมายถึง มีอาการแต่สามารถควบคุมอาการได้ ไม่ต้องไปรับการรักษาอาการนั้นจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

คะแนน 1 หมายถึง มีอาการและไม่สามารถควบคุมอาการได้ ต้องไปรับการรักษาอาการนั้นจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.2.2 โรค หรือความเจ็บป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบัน ที่พบบ่อยๆในผู้สูงอายุในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ โรคทางสมองและระบบประสาท โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบกระดูกกล้ามเนื้อและข้อต่อ โรคเกี่ยวกับตา เช่น ต้อหิน ต้อกระจก โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคแผลในกระเพาะอาหาร และ โรคเบาหวาน รวม 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานส่วนประเมินค่า 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คะแนน 3 หมายถึง ไม่มีโรค

คะแนน 2 หมายถึง มีความเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยสามารถควบคุมโรคได้และ/หรือไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามนัด

คะแนน 1 หมายถึง มีความเจ็บป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้ ต้องได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อนการนัดหมายอย่างน้อย 1 ครั้ง

คะแนนรวมจาก 2 ประเด็นทั้งหมด 21 ข้อ ถือเป็นคะแนนรวมด้านสุขภาพกาย มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ระหว่าง 21 – 63 คะแนน

2.3 สภาพสังคม ( Social ) เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นเอง ประกอบกับการใช้แนวคิดเครื่องมือวัดแหล่งประโยชน์ทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือ รวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุ( Older Adult Resources and Service, OARS) ( ประคอง อินทรสมบัติ, 2539, หน้า 44 – 57 ) ประเมินจาก การมีปฏิสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน ได้แก่ การรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น การพูดคุยกับสมาชิกภายในบ้าน การมีกิจกรรมพักผ่อนร่วมกัน การมีลูกหลาน เพื่อนบ้านมาเยี่ยม การให้คำปรึกษา การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน จำนวน 10 ข้อ วัดเป็นความถี่ในแต่ละช่วงเวลา ตามความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรม แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คะแนน 3 หมายถึง สภาพสังคมอยู่ในระดับดี

คะแนน 2 หมายถึง สภาพสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 1 หมายถึง สภาพสังคมอยู่ในระดับไม่ดี ตัวอย่างเช่น

การมีเพื่อนร่วมรับประทานอาหาร มากกว่าหรือ เท่ากับ 4 ครั้ง/สัปดาห์ ( ระดับดี ) 2 – 3 ครั้ง/สัปดาห์ ( ระดับปานกลาง ) และน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้ง/สัปดาห์ ( ระดับไม่ดี )



การพูดคุยกับสมาชิกในบ้านทุกวัน ( ระดับดี ) 2- 6 ครั้ง/สัปดาห์ (ระดับปานกลาง) และน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้ง/สัปดาห์ (ระดับไม่ดี)

การมีเพื่อนบ้านมาเยี่ยม การไปเยี่ยมลูกหลาน การไปเยี่ยมเพื่อนบ้าน การให้คำปรึกษา มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง/เดือน (ระดับดี) 1 ครั้ง/เดือน (ระดับปานกลาง) ไม่เคย (ระดับไม่ดี)

การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง/เดือน (ระดับดี) 4 – 7 ครั้ง/เดือน(ระดับปานกลาง) และน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง/เดือน (ระดับไม่ดี)

การเป็นตัวแทนกรรมการ หรือสมาชิกกลุ่มต่างๆในหมู่บ้าน เป็นสมาชิก 2 อย่างหรือมากกว่า (ระดับดี) เป็นสมาชิก 1 อย่าง (ระดับปานกลาง) ไม่เป็นสมาชิก (ระดับไม่ดี)

คะแนนรวมทั้ง 10 ข้อ ถือเป็นคะแนนรวมด้านสภาพสังคม มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ ระหว่าง 10 – 30 คะแนน

2.4 สภาพเศรษฐกิจ (Economic) เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดทฤษฎีและจากเกณฑ์ความจำเป็นขั้นพื้นฐานของคนไทย (จปฐ.) ประเมินจากรายได้ของผู้สูงอายุที่ได้รับในแต่ละเดือน ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย ความช่วยเหลือด้านค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับเมื่อเจ็บป่วย จำนวน 3 ข้อ การให้คะแนนแต่ละข้อ มีขนาดและปริมาณแตกต่างกัน ตามเนื้อหาของแต่ละข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 3 หมายถึง มีสภาพการเงินระดับสูง

คะแนน 2 หมายถึง มีสภาพการเงินระดับปานกลาง

คะแนน 1 หมายถึง มีสภาพการเงินระดับต่ำ ตัวอย่างเช่น

รายได้ของผู้สูงอายุในแต่ละเดือน ตั้งแต่ 6,001 บาทขึ้นไป (ระดับสูง) 3,001 – 6,000 บาท (ระดับปานกลาง) ตั้งแต่หรือน้อยกว่า 3,000 บาท (ระดับต่ำ)

ความเพียงพอของรายได้และค่าใช้จ่าย ถ้ารายได้มากกว่ารายจ่าย (ระดับสูง) รายได้พอ กับรายจ่าย (ระดับปานกลาง) รายได้น้อยกว่ารายจ่าย (ระดับต่ำ)

ความช่วยเหลือด้านค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับเมื่อเจ็บป่วย ไม่ต้องจ่ายเงินเอง มีประกันชีวิตและสุขภาพ เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ บุตรหลาน ญาติพี่น้องจ่าย (ระดับสูง) จ่ายเงินเอง (ระดับปานกลาง) ใช้สิทธิสวัสดิการประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุ (ระดับต่ำ)

คะแนนรวมทั้ง 3 ข้อ ถือเป็นคะแนนรวมด้านสภาพเศรษฐกิจ มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ ระหว่าง 3 – 9 คะแนน

2.5 สิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นเองโดยใช้แนวคิดทฤษฎีและเกณฑ์ความจำเป็นขั้นพื้นฐานของคนไทย (จปฐ.) ประเมินจาก สิ่งที่อยู่รอบๆตัวผู้สูงอายุ ได้แก่ สภาพบ้าน ลักษณะบันได พื้นบ้าน พื้นต่างระดับ ส้วม สิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้าน ได้แก่ ไฟฟ้า น้ำสะอาด โทรศัพท์ โอกาสของการได้รับข้อมูลข่าวสาร การใช้บริการและสวัสดิการในชุมชน จำนวน 8 ข้อ โดยวัดเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 3 หมายถึง สภาพแวดล้อม อยู่ในระดับดี

คะแนน 2 หมายถึง สภาพแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 1 หมายถึง สภาพแวดล้อม อยู่ในระดับไม่ดี ตัวอย่างเช่น

- สภาพบ้าน
- 1) คงทนถาวรอย่างน้อย 5 ปี
  - 2) มีบริเวณหรือห้องเป็นสัดส่วน
  - 3) อากาศถ่ายเทสะดวก
  - 4) ภายในบ้านเก็บของเรียบร้อยไม่รกรุงรัง
  - 5) มีแสงสว่างเพียงพอ
  - 6) ไม่ถูกรบกวนจากสิ่งรำคาญ
  - 7) มีการกำจัดขยะมูลฝอยให้สะอาด

ถ้ามีครบทั้ง 7 ข้อ อยู่ในระดับดี ถ้ามีข้อ 1 – 5 ทุกข้อและข้ออื่นบางข้อ อยู่ในระดับปานกลาง ถ้ามีข้อ 1 – 5 บางข้ออยู่ในระดับไม่ดี

ลักษณะบันไดและการตกบันได ไม่เคยตกบันได บันไดบ้านมีราวบันได สภาพมั่นคงหรือไม่เคยตกบันได ไม่มีบันไดบ้านไม่เคยใช้บันได (ระดับดี) ถ้าเคยตกบันได บันไดบ้านมีราวบันได สภาพมั่นคง หรือไม่เคยตกบันได แต่บันไดบ้านสภาพไม่มั่นคง หรือไม่มีราวบันได (ระดับปานกลาง) เคยตกบันได ราวบันไดสภาพไม่มั่นคง หรือไม่มีราวบันได (ระดับไม่ดี)

ลักษณะพื้นบ้าน ห้องน้ำ และการลิ้นลิ้ม ไม่เคยลิ้ม พื้นไม่ลื่น (ระดับดี) ไม่เคยลิ้ม พื้นลื่น หรือเคยลิ้ม พื้นไม่ลื่น (ระดับปานกลาง) เคยลิ้ม พื้นลื่น (ระดับไม่ดี)

ลักษณะพื้นต่างระดับและการสะดุด ไม่เคยสะดุด ไม่มีพื้นต่างระดับ (ระดับดี) ไม่เคยสะดุด มีพื้นต่างระดับ (ระดับปานกลาง) เคยสะดุด มีพื้นต่างระดับ (ระดับไม่ดี)

คะแนนรวมทั้ง 9 ข้อ ถือเป็นคะแนนรวมด้านสภาพแวดล้อม มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ระหว่าง 9 – 27 คะแนน

การประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงวัดฤวิสัยคณะผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1.คุณภาพชีวิตเชิงวัดฤวิสัย ระดับดี  $> \bar{X} + SD$

2.คุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย ระดับปานกลาง  $\bar{X} - SD \leq X \leq \bar{X} + SD$

3.คุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย ระดับต่ำ  $< \bar{X} - SD$

**ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย (Q uality of life – subjective assessment scale) ประกอบด้วย 4 ด้าน**

3.1 ด้านสภาพจิต (Mental state) เป็นแบบวัดที่ดัดแปลงมาจาก แบบวัดสุขภาพจิตของ พนิษฐา พานิชานีกุล (2537, หน้า 171) โดยนำมาเฉพาะด้านสภาพจิตเสื่อม ประเมินจาก ความสามารถของสมองด้านการรับรู้ การบันทึกจำ ความตั้งใจและการคำนวณ การระลึก และ ด้านภาษาและการสื่อสาร จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คะแนน 3 ถ้าตอบถูกต้องทั้งหมด (สภาพจิตด้านนั้นปกติ)

คะแนน 2 ถ้าตอบถูกต้องบางส่วน (สภาพจิตด้านนั้นเริ่มเสื่อม)

คะแนน 1 ถ้าตอบไม่ถูกต้อง (สภาพจิตด้านนั้นเสื่อม)

คะแนนทั้ง 4 ข้อ ถือเป็นคะแนนรวมด้านสภาพจิต มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ระหว่าง 1-18 คะแนน

3.2 ด้านความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นเองจากการศึกษาทฤษฎีและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประเมินจาก ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้แก่ กระสับกระส่าย ผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน และหัวใจเต้นแรงและเร็ว ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับดังนี้คือ

คะแนน 3 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกเหล่านั้นเลยตลอด 7 วัน

คะแนน 2 หมายถึง มีความรู้สึกเหล่านั้นบางครั้งไม่เกิน 4 วัน

คะแนน 1 หมายถึง มีความรู้สึกเหล่านั้นบ่อยๆ 5 – 7 วัน

คะแนนรวมทั้ง 6 ข้อ ถือเป็นคะแนนรวมด้านความวิตกกังวล มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ ระหว่าง 4 – 12 คะแนน

3.3 ด้านความซึมเศร้า (Depression) ใช้แบบวัดสุขภาพจิตของพนิษฐา พานิชานีกุล (2537) เฉพาะด้านความซึมเศร้า ประเมินจาก ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้แก่ ความรู้สึกเหงาหงอย เบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร รู้สึกตนเองไร้ค่า อายากร้องไห้หมด กำลังใจสิ้นหวัง และไม่อยากมีชีวิตอยู่ ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรา ส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่

คะแนน 3 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกเหล่านั้นเลยตลอด 4 วัน

คะแนน 2 หมายถึง มีความรู้สึกเหล่านั้นบางครั้งไม่เกิน 4 วัน

คะแนน 1 หมายถึง มีความรู้สึกเหล่านั้นบ่อยๆ 5-7 วัน

คะแนนรวมทั้ง 6 ข้อ ถือเป็นคะแนนรวมด้านความซึมเศร้า มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้

ระหว่าง 6-18 คะแนน

3.4 ด้านความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นเองจากการศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประเมินจาก ความพึงพอใจในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน สุขภาพกาย สภาพสังคม สภาพเศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมรวม 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ใช้เกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

คะแนน 3 หมายถึง รู้สึกพึงพอใจมาก

คะแนน 2 หมายถึง รู้สึกพึงพอใจปานกลาง

คะแนน 1 หมายถึง รู้สึกพึงพอใจน้อย

คะแนนรวมทั้ง 10 ข้อ ถือเป็นคะแนนรวมด้านความพึงพอใจในชีวิต มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ระหว่าง 10-30 คะแนน

การประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงจิตวิสัยคณะผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. คุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย ระดับดี  $> \bar{X} + SD$
2. คุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย ระดับปานกลาง  $\bar{X} - SD \leq X \leq \bar{X} + SD$
3. คุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย ระดับต่ำ  $< \bar{X} - SD$

### การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. ศึกษาทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือให้มีความเหมาะสมกับสิ่งที่จะวัด กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาในเครื่องมือ โดยนำทฤษฎีและข้อมูลต่างๆที่ได้จากการศึกษามารวบรวมเนื้อหาที่ต้องการค้นหาคำตอบ มาสร้างแบบสัมภาษณ์ โดยประยุกต์จากเครื่องมือของ อารีวรรณ คุณเจตน์ (2541: 104-117)

2. นำแบบสัมภาษณ์ไปหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดพิจารณาแล้วนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม ทั้งด้านภาษาและความถูกต้องในเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย

- 2.1 นักวิชาการสาธารณสุข ประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบรรพตพิสัย
- 2.2 นักวิชาการสาธารณสุข ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านหนองขี้วัว
- 2.3 นักวิชาการสาธารณสุข ประจำสถานีอนามัยบ้านหูกวาง
- 2.4 พยาบาลวิชาชีพ ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านหนองขี้วัว
- 2.5 ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบรรพตพิสัย

ค่าดัชนีความพ้อง ( Index of concurrence) ด้านวัตถุวิสัย = 0.72 ค่าดัชนีความพ้อง ( Index of concurrence) ด้านจิตวิสัย = 0.85

3. นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Tryout) กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง หมู่ที่ 4 บ้านวังกระซอน ตำบลหูกวาง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 30 คน และความสะดวกในการนำเครื่องไปใช้ โดยพิจารณาจากคำตอบ และการตอบของกลุ่มตัวอย่าง

4. วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ ( Reliability ) แต่ละด้านโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟา (Coefficient alpha ) วิธีการของครอนบาช ( Cronbrach,1990,pp. 2052- 204 ) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด เชิงวัตถุวิสัย ประกอบด้วย

- 3.1 ด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันเท่ากับ 0.8663
- 4.2 ด้านสุขภาพกาย เท่ากับ 0.9240
- 4.3 ด้านสภาพสังคม เท่ากับ 0.8333
- 4.4 ด้านสภาพเศรษฐกิจ เท่ากับ 0.7200
- 4.5 ด้านสภาพสิ่งแวดล้อม เท่ากับ 0.6975

ค่าความเชื่อมั่นเชิงจิตวิสัย ประกอบด้วย

- 4.6 ด้านสภาพจิต เท่ากับ 0.6933
- 4.7 ด้านความวิตกกังวล เท่ากับ 0.9722
- 4.8 ด้านความซึมเศร้า เท่ากับ 0.8567
- 4.9 ด้านความพึงพอใจในชีวิต เท่ากับ 0.9444

5. นำแบบสัมภาษณ์ ที่ทดลองใช้แล้วไปเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อแจ้งรายชื่อผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในละแวกที่รับผิดชอบ

2. นัดผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายเป็นละแวกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์โดยผู้ทำการวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด

#### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. พรรณนาข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ลักษณะการอยู่อาศัยโดยการหาความถี่และร้อยละ
2. พรรณนาคุณภาพเชิงวัตถุวิสัย แต่ละด้านจำแนกรายข้อโดยการหาความถี่และร้อยละ
3. พรรณนาคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย แต่ละด้านจำแนกรายข้อโดยการหาความถี่และร้อยละ
4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัยและเชิงจิตวิสัย โดยใช้ สถิติ T-test



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลอ่างทอง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ นำเสนอผลการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

**ตอนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง

**ตอนที่ 2** คุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย

- 2.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- 2.2 สุขภาพกาย
- 2.3 สภาพสังคม
- 2.4 สภาพเศรษฐกิจ
- 2.5 สภาพแวดล้อม

**ตอนที่ 3** คุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย

- 3.1 สภาพจิต
- 3.2 ความวิตกกังวล
- 3.3 ความซึมเศร้า
- 3.4 ความพึงพอใจในชีวิต

**ตอนที่ 4** เปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และลักษณะการอยู่อาศัย แตกต่างกัน

**ผลการวิจัย มีดังนี้**

**ตอนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนาและอาชีพ วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ และร้อยละ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนาและอาชีพ (N=142)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
1.1 ชาย	63	44
1.2 หญิง	79	56
2. อายุ		
2.1 60-64 ปี	55	39
2.2 65-70 ปี	66	46
2.3 71-74 ปี	21	15
3. สถานภาพสมรส		
3.1 คู่	119	83
3.2 หม้าย หย่า แยก	23	17
3.3 โสด	0	0
4. ระดับการศึกษา		
4.1 ไม่ได้เรียน	35	24
4.2 ประถมศึกษา	102	72
4.3 มัธยมศึกษา	4	3
4.4 สูงกว่ามัธยมศึกษา	1	< 1
5. ศาสนา		
5.1 พุทธ	142	100
6. อาชีพ		
6.1 เกษตรกรรม	72	51
6.2 ไม่ได้ประกอบอาชีพ	27	19
6.3 รับจ้าง	24	17
6.4 ค้าขาย	18	13
6.5 ข้าราชการบำนาญ	1	1



จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ศึกษาทั้งหมด 142 คน จำนวนนี้เป็นหญิง ร้อยละ 54 และชายร้อยละ 46 มีผู้สูงอายุอยู่ในช่วงอายุ 66 – 70 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 51 สถานภาพสมรสเป็นลักษณะคู่ คิดเป็นร้อยละ 81 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถม คิดเป็นร้อยละ 73 และประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51 โดยมีผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 19

1.2 ลักษณะทางสังคม ได้แก่ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ลักษณะการอยู่อาศัย และการได้รับการดูแล วิเคราะห์ และนำเสนอผลการวิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่ และร้อยละ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุจำแนกตาม การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ลักษณะการอยู่อาศัย และการได้รับการดูแล (N=142)

ลักษณะทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
1. การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ		
1.1 ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	21	15
1.2 เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	121	85
2. ลักษณะการอยู่อาศัย		
2.1 อยู่กับคู่สมรส และ/หรือบุตรหลานร่วมสายโลหิตทางตรง	140	99
2.2 อยู่กับญาติที่ไม่ใช่สายโลหิตทางตรงหรืออยู่อาศัยร่วมกับบุคคลอื่น	0	0
2.3 อยู่คนเดียว	2	1
3. การได้รับการดูแล		
3.1 บุตรหลานร่วมสายโลหิต	80	56
3.2 ไม่มีผู้ดูแล	25	18
3.3 ญาติที่ไม่ใช่สายโลหิต	5	4
3.4 คู่สมรส	32	22

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 84 เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส และ/หรือบุตรหลานร่วมสายโลหิตทางตรง ร้อยละ 99 โดยได้รับการดูแลจากบุตรหลานร่วมสายโลหิตมากที่สุดร้อยละ 56 ขณะที่ได้รับการดูแลจากญาติที่ไม่ใช่สายโลหิต ร้อยละ 4

## ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตเชิงอัตถิวิสัย

### 2.1 การปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน การประเมินคุณภาพชีวิตเชิงอัตถิวิสัยในด้านกา

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้เอง ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้เองแต่ต้องมีผู้อื่นช่วยเหลือ และไม่สามารถปฏิบัติได้ต้องให้ผู้อื่นทำให้วิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่ และร้อยละ รายละเอียดดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันผู้สูงอายุจำแนกตามกิจกรรมแต่ละด้าน (N=142)

กิจกรรม	ปฏิบัติได้เอง		ผู้อื่นช่วย		ผู้อื่นทำให้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.การอาบน้ำ	142	100	0	0	0	0
2.เปลี่ยนเสื้อผ้า	142	100	0	0	0	0
3.การทำความสะอาดร่างกายหลังขับถ่าย	142	100	0	0	0	0
4.การรับประทานอาหาร	142	100	0	0	0	0
5.การลุกจากที่นอนที่นั่งด้วยตนเอง	142	100	0	0	0	0
6.การขึ้นลงบันได/พื้นที่ต่างระดับ	142	100	0	0	0	0
7.การเดินไปบ้านเพื่อนบ้าน	142	100	0	0	0	0
8.การทำงานบ้านเล็กๆน้อยๆ	134	94	3	2	5	4
9.การซักเสื้อผ้า	129	91	4	3	9	6

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90 สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้เองในเรื่อง การอาบน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า การทำความสะอาดร่างกายหลังขับถ่าย การรับประทานอาหาร การลุกจากที่นอนที่นั่งด้วยตนเอง การขึ้นลงบันได/พื้นที่ต่างระดับ และการเดินไปบ้านเพื่อนบ้าน ส่วนกิจกรรมที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติได้ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือที่พบมากได้แก่ การซักเสื้อผ้า และการทำงานบ้านเล็กๆน้อยๆ

**2.2 สุขภาพกาย** การประเมินคุณภาพชีวิตเชิงอัตถิวิสัยในด้านสุขภาพกาย จำแนกเป็น 2 ส่วน คือ อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นบ่อยในรอบ 1 เดือนและโรคเรื้อรังหรือความเจ็บปวดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 26 มีสุขภาพแข็งแรงไม่มีอาการผิดปกติและการเจ็บป่วยเรื้อรัง เมื่อแยกศึกษาอาการและโรคได้ผลดังนี้

2.2.1 อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในรอบ 1 เดือน จำแนกเป็น 3 ระดับได้แก่ ไม่มีอาการตลอด 1 เดือน มีอาการแต่สามารถควบคุมได้ ไม่ต้องไปรับการรักษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และมีอาการไม่สามารถควบคุมได้ ต้องไปรับการรักษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข วิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ และร้อยละ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละอาการผิดปกติและการเจ็บป่วยเรื้อรังในรอบ 1 เดือน (N=142)

อาการ	ไม่มีอาการ		มีอาการควบคุมได้		มีอาการควบคุมไม่ได้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.ปวดข้อ ปวดหลัง ปวดเอว	37	26	95	67	10	7
2.เกี่ยวกับเหงือกและฟัน	133	94	8	6	1	<1
3.ท้องผูก	125	88	17	12	0	0
4.วิงเวียนศีรษะ	59	42	78	54	5	4
5.หน้ามืดเวลาเปลี่ยนท่าทาง	127	89	15	11	0	0
6.ท้องอืด ท้องเฟ้อ	86	61	51	36	5	4
7.ตามัว ปวดตา	120	85	21	15	1	<1
8.ปวดศีรษะ	47	33	91	64	4	3
9.กลิ่นปัสสาวะไม่อยู่	138	97	4	3	0	0
10.คันตามผิวหนัง	125	88	17	12	0	0
11.เจ็บหน้าอก	120	85	21	15	1	<1
12.เกี่ยวกับการได้ยินเช่น หูตึง	137	96	5	4	0	0
13.ปัสสาวะขัด	136	96	6	4	0	0

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 ไม่มีอาการ กลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ เกี่ยวกับการได้ยิน ปัสสาวะขัด เกี่ยวกับเหงือกและฟัน หน้ามืดเวลาเปลี่ยนท่าทาง ท้องผูก คันตามผิวหนังเจ็บหน้าอก และตามัว ปวดตา

อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในรอบ 1 เดือน ที่ผ่านมา แต่สามารถควบคุมอาการได้ ไม่ต้องไปรับการรักษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่พบมากที่สุดได้แก่ อาการปวดข้อ ปวดหลัง ปวดเอว ปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ และท้องอืด ท้องเฟ้อ คิดเป็นร้อยละ 67 64 54 และ 36 ตามลำดับ

อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใน 1 เดือนที่ผ่านมา และไม่สามารถควบคุมอาการได้ต้องไปรับการรักษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ อาการปวดข้อ ปวดหลัง ปวดเอว วิงเวียนศีรษะ ท้องอืด ท้องเฟ้อ และปวดศีรษะ คิดเป็นร้อยละ 7 4 4 และ 3 ตามลำดับ

2.2.2 โรคเรื้อรังหรือความเจ็บป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา จำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่เป็นโรค เป็นโรคหรือมีความเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยสามารถควบคุมได้ และ/หรือไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามนัด และเป็นโรค ไม่สามารถควบคุมโรคหรือความเจ็บป่วยได้ ต้องได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อนการนัดหมายอย่างน้อย 1 ครั้ง วิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ และร้อยละ ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** จำนวนและร้อยละโรคเรื้อรังหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ (N=142)

โรคหรือความเจ็บป่วย	ไม่เป็นโรค		ป่วย ควบคุมได้		ป่วย ควบคุมไม่ได้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.โรคความดันโลหิตสูง	99	70	41	29	2	1
2.โรคเกี่ยวกับตา	132	93	10	7	0	0
3.โรคระบบกระดูก กล้ามเนื้อ ข้อต่อ	74	52	68	48	0	0
4.โรคทางสมอง และระบบประสาท	140	99	2	1	0	0
5.โรคเบาหวาน	127	89	13	9	2	1
6.โรคระบบทางเดินหายใจ	133	94	8	6	1	<1
7.โรคหัวใจและหลอดเลือด	139	98	3	2	0	0
8.โรคแผลในกระเพาะอาหาร	114	80	28	20	0	0

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 85 ไม่ป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับตา โรคทางสมองและระบบประสาท โรคเบาหวาน โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคหัวใจและหลอดเลือด

แต่พบว่าโรคที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยแต่สามารถควบคุมโรคได้ 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรคระบบกระดูกกล้ามเนื้อ ข้อต่อ โรคความดันโลหิตสูง และโรคแผลในกระเพาะอาหาร คิดเป็นร้อยละ 48 29 และ 20 ตามลำดับ

โดยโรคที่ผู้สูงอายุบางส่วนป่วย และไม่สามารถควบคุมได้ 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจ คิดเป็นร้อยละ 1 1 และ <1 ตามลำดับ

**2.3 สภาพสังคม** การประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัยในด้านสภาพสังคมจำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี ปานกลาง และไม่ดี วิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ และร้อยละ รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละสภาพสังคมผู้สูงอายุจำแนกตามกิจกรรมแต่ละด้าน (N=142)

กิจกรรม	ดี		ปานกลาง		ไม่ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.การพูดคุยกับสมาชิกในบ้าน	116	82	18	13	8	6
2.การมีเพื่อนบ้านมาเยี่ยม	96	68	37	26	9	6
3.การมีเพื่อนร่วมรับประทานอาหาร	107	75	27	19	8	6
4.การไปเยี่ยมเพื่อนบ้าน	90	63	45	32	7	5
5.การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	20	14	76	54	46	32
6.การให้คำปรึกษา	31	22	63	44	48	34
7.การมีลูกหลานมาเยี่ยม	39	27	55	39	48	34
8.การเป็นตัวแทนกรรมการ สมาชิกกลุ่ม	80	14	91	64	31	22
9.การไปเยี่ยมลูกหลาน	42	30	66	46	34	24
10.การมีกิจกรรมพักผ่อนร่วมกับผู้อื่น	37	26	64	45	41	29

จากตารางที่ 6 พบว่า กิจกรรมด้านสังคมของผู้สูงอายุกับผู้อื่นที่อยู่ในระดับดี 3 อันดับแรก ได้แก่ การพูดคุยกับสมาชิกในบ้าน การมีเพื่อนร่วมรับประทานอาหาร และการมีเพื่อนบ้านมาเยี่ยม คิดเป็นร้อยละ 82 75 และ 68 ตามลำดับ

กิจกรรมด้านสังคมของผู้สูงอายุกับผู้อื่นที่อยู่ในระดับปานกลาง 3 อันดับแรก ได้แก่ การเป็นตัวแทนกรรมการ สมาชิกกลุ่ม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการไปเยี่ยมลูกหลาน คิดเป็นร้อยละ 64 54 และ 46 ตามลำดับ

กิจกรรมด้านสังคมของผู้สูงอายุกับผู้อื่นที่อยู่ในระดับไม่ดี 3 อันดับแรก ได้แก่ การให้คำปรึกษา การมีลูกหลานมาเยี่ยม และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา คิดเป็นร้อยละ 34 34 และ 32 ตามลำดับ

**2.4 สภาพเศรษฐกิจ** การประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุประสงค์ในด้านสภาพเศรษฐกิจจำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ปานกลาง ต่ำ วิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ และร้อยละ รายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละสภาพเศรษฐกิจผู้สูงอายุจำแนกตามรายด้าน (N=142)

กิจกรรม	สูง		ปานกลาง		ต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. รายได้ในแต่ละเดือน	31	22	42	30	69	48
2. ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย	23	16	99	70	20	14
3. การได้รับความช่วยเหลือด้านค่ารักษาพยาบาล	20	14	7	5	115	81

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในระดับต่ำ (น้อยกว่า 3,000 บาท) คิดเป็นร้อยละ 48 ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่ายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คือพอมี พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนการได้รับความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาล อยู่ในระดับต่ำ คือการใช้สิทธิสวัสดิการประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าจากรัฐบาลเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 81

**2.5 สภาพแวดล้อม** การประเมินคุณภาพชีวิตเชิงอัตวิสัยในด้านสภาพแวดล้อม จำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี ปานกลาง และไม่ดี วิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ และร้อยละ รายละเอียดดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละสภาพแวดล้อมผู้สูงอายุจำแนกตามรายด้าน (N=142)

กิจกรรม	ดี		ปานกลาง		ไม่ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. สภาพบ้าน	126	89	11	8	5	3
2. ลักษณะบันได	126	89	15	11	1	<1
3. ลักษณะพื้นบ้าน	131	92	8	6	3	2
4. ลักษณะพื้นต่างระดับ	126	89	12	8	4	3
5. ส้วม	9	6	132	93	1	<1
6. สิ่งอำนวยความสะดวก	66	47	73	51	3	2
7. การได้รับข้อมูลข่าวสาร	44	31	89	63	9	6
8. การใช้บริการสวัสดิการในชุมชน	7	5	81	57	54	38

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับดี 4 อันดับแรกได้แก่ มีลักษณะพื้นบ้านไม่ลื่น สภาพบ้านมั่นคง ลักษณะบันไดปลอดภัย และลักษณะพื้นต่างระดับ คิดเป็นร้อยละ 92 89 89 89 ตามลำดับ

สภาพแวดล้อมที่จัดว่าอยู่ในระดับปานกลาง 3 อันดับแรกได้แก่ สภาพส้วม การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการใช้บริการสวัสดิการในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 93 63 และ 57 ตามลำดับ

สภาพแวดล้อมบางส่วนที่จัดว่าอยู่ในระดับไม่ดี 2 อันดับแรกได้แก่ การใช้บริการสวัสดิการในชุมชน การได้รับข้อมูลข่าวสาร และคิดเป็นร้อยละ 38 และ 6 ตามลำดับ

### ตอนที่ 3 คุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย

**สภาพจิต** การประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย ด้านสภาพจิตจำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปกติ ระดับเริ่มเสื่อม และระดับเสื่อม วิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่ และร้อยละ รายละเอียดดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนร้อยละสภาพจิตผู้สูงอายุจำแนกรายด้าน (N=142)

กิจกรรม	ปกติ		เริ่มเสื่อม		เสื่อม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.การบันทึกร่างกาย	77	56	51	35	14	9
2.การระลึก	81	57	45	32	16	11
3.การรับรู้	112	78	25	18	5	4
4.การเข้าใจสัญลักษณ์การสื่อสาร	122	86	9	6	11	8

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 56 มีสภาพจิต ด้านการเข้าใจสัญลักษณ์การสื่อสาร การรับรู้ การระลึก และการบันทึกร่างกาย ในระดับปกติ ส่วนสภาพจิตระดับเริ่มเสื่อมที่พบมาก 3 ลำดับแรก คือ การบันทึกร่างกาย การระลึก และการรับรู้ คิดเป็นร้อยละ 35 32 และ 18 และพบว่าสภาพจิตที่อยู่ในระดับเสื่อมมากที่สุดได้แก่ การระลึก คิดเป็นร้อยละ 11

3.2 ความวิตกกังวล การประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยด้านความวิตกกังวล จำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่มี มีบางครั้ง มีบ่อย วิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่ และร้อยละรายละเอียดดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละความวิตกกังวลผู้สูงอายุ จำแนกตามความรู้สึก (N=142)

กิจกรรม	ไม่มี		มีบางครั้ง		มีบ่อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. มีเรื่องกลุ้มใจ	77	54	63	44	11	2
2. ความรู้สึกกลัว	131	92	10	7	1	<1
3. ความรู้สึกหงุดหงิด	83	58	58	41	1	<1
4. ความรู้สึกกระสับกระส่าย	113	80	29	20	0	0
5. ผวาตกใจกระทันหัน	137	96	5	4	0	0
8. ความรู้สึกหัวใจเต้นแรงและเร็ว	110	77	31	22	1	<1

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มากกว่าร้อยละ 54 ไม่มีผวาตกใจกระทันหัน ความรู้สึกกลัว ความรู้สึกกระสับกระส่าย ความรู้สึกหัวใจเต้นแรงและเร็ว ความรู้สึกหงุดหงิดและมีเรื่องกลุ้มใจ แต่พบว่าผู้สูงอายุมีเรื่องกลุ้มใจเป็นบางครั้ง และบ่อยครั้ง ถึงร้อยละ 44 และ 2 ตามลำดับ และยังพบว่าร้อยละ 41 มีความรู้สึกหงุดหงิดเป็นบางครั้ง

**3.3 ความซึมเศร้า** การประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยด้านความซึมเศร้า จำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่มีความรู้สึก มีความรู้สึกเป็นบางครั้ง และมีความรู้สึกบ่อย วิเคราะห์โดยการหาความถี่ และร้อยละรายละเอียดดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละความซึมเศร้าผู้สูงอายุ จำแนกตามความรู้สึก (N=142)

กิจกรรม	ไม่มี		มีบางครั้ง		มีบ่อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความรู้สึกเหงาหงอย	128	90	17	10	0	0
2. ความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร	129	91	13	9	0	0
3. ความรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า	139	98	3	2	0	0
4. ความรู้สึกอยากร้องไห้	138	97	4	3	0	0
5. ความรู้สึกหมดกำลังใจและสิ้นหวัง	139	98	3	2	0	0
8. ความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่	141	99	1	<1	0	0



จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90 ไม่มีความรู้สึกความรู้สึกรู้สึกไม่  
อยากมีชีวิตอยู่ ความรู้สึกหมดกำลังใจและสิ้นหวัง ความรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ความรู้สึกอยาก  
ร้องไห้ ความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร และ ความรู้สึกเหงาหงอย มีเพียงร้อยละ 10 และ 9  
ที่มีความรู้สึกเหงาหงอย และ ความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร มีความรู้สึกเป็นบางครั้ง

3.5 ความพึงพอใจในชีวิต การประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย ด้านความพึงพอใจ  
ในชีวิต จำแนกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ รู้สึกพึงพอใจมาก รู้สึกพึงพอใจปานกลาง รู้สึกพึงพอใจน้อย  
และไม่พอใจ วิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่ และร้อยละ รายละเอียดดังตารางที่ 12  
ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามความรู้สึกแต่ละด้าน  
(N=142)

	พอใจมาก		พอใจปานกลาง		พอใจน้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.ความสามารถในการปฏิบัติ ภารกิจประจำวัน	125	88	14	10	3	2
2. สภาพการขับถ่าย	119	84	21	15	2	1
3. ความสามารถในการดูแลสุข ภาพตนเอง	81	57	58	41	3	2
4. สุขภาพที่เป็นอยู่	69	49	68	48	5	3
5. สภาพการพบปะกับลูกหลาน เพื่อนบ้าน	101	71	39	28	2	1
6. สภาพความช่วยเหลือที่ได้รับ	81	57	61	43	0	0
7.ฐานะทางการเงิน	54	38	79	56	9	6
8.การได้รับการช่วยเหลือด้านค่า รักษาพยาบาล	82	57	59	42	1	1
9.ความเป็นอยู่และความสะดวก สบาย	86	61	53	37	3	2
10.ความปลอดภัย	132	93	10	7	0	0

จากตารางที่ 12 พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 57 มีความรู้สึกพึงพอใจมากในเรื่อง ความปลอดภัยความสามารถในการทำภารกิจประจำวัน สภาพการขับถ่ายที่เป็นอยู่ สภาพการพบปะกับลูกหลานและเพื่อนบ้าน ความเป็นอยู่และความสะดวกสบาย ความสามารถในการดูแลสุขภาพ สภาพความช่วยเหลือที่ได้รับ การได้รับการช่วยเหลือด้านค่ารักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 93 88 84 71 61 57 57 57 ตามลำดับ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พอใจปานกลางเรื่อง ฐานะทางการเงิน สุขภาพที่เป็นอยู่ สภาพความช่วยเหลือที่ได้รับ การได้รับการช่วยเหลือด้านค่ารักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 56 48 43 42 ตามลำดับ ในขณะที่ร้อยละ 6 พอใจน้อยในฐานะทางการเงิน

**ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และลักษณะการอยู่อาศัย แตกต่างกัน**

ทำการวิเคราะห์โดยใช้การทดสอบค่าที (T-test)

4.1 เปรียบเทียบความแตกต่างคุณภาพชีวิตเชิงอัตวิสัย ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และลักษณะการอยู่อาศัย แตกต่างกัน ผลดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบความแตกต่างคุณภาพชีวิตเชิงอัตวิสัย ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และลักษณะการอยู่อาศัย แตกต่างกัน

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	$\bar{X}$	SD	t	P-value
1. เพศ					
1.1 เพศชาย	63	134.29	7.60	2.78	< 0.05*
1.2 เพศหญิง	79	130.84	7.06		
2. อายุ					
2.1 60-64 ปี	55	132.40	7.32	0.047	> 0.05
2.2 65-74 ปี	87	132.34	7.61		
3. ระดับการศึกษา					
3.1 ไม่ได้เรียน	35	130.37	6.54	-11.25	< 0.05*
3.2 ประถมศึกษาขึ้นไป	107	133.02	7.68		
4. สถานภาพสมรส					
4.1 โสด ม่าย หย่า แยก	23	130.13	9.20	1.59	> 0.05
4.2 คู่	119	132.80	7.04		
5 สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ					
51 ไม่เป็นสมาชิก	21	131.14	6.49	-0.81	> 0.05
52 เป็นสมาชิก	121	132.58	7.64		
6. ลักษณะการอยู่อาศัย					
6.1 อยู่คนเดียว/ญาติไม่ใช่สายโลหิต	2	118	4.00	-2.79	< 0.05*
6.2 อยู่กับคู่สมรส /บุตรหลาน	140	132.57	7.35		

หมายเหตุ < 0.05\* มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 13 พบว่าการวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงอัตวิสัย ของผู้สูงอายุเพศชายมีความแตกต่างกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05\*) โดยมีคุณภาพชีวิตเชิงอัตวิสัย ในภาพรวมของผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงอยู่ในระดับปานกลาง

การวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงอัตวิสัย ของผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-64 ปี ไม่แตกต่างกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 65-74 ปี โดยมีคุณภาพชีวิตเชิงอัตวิสัย ในภาพรวมของผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-64 ปี และกลุ่มอายุ 65-74 ปีอยู่ในระดับปานกลาง

การวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงอัตวิสัย ของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียน มีความแตกต่างกันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษาขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05^*$ ) โดยมีคุณภาพชีวิตเชิงอัตวิสัย ในภาพรวมของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนและผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษาขึ้นไป อยู่ในระดับปานกลาง

การวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงอัตวิสัย ของผู้สูงอายุสถานภาพสมรส คู่ ไม่แตกต่างกันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสถานภาพสมรส หม้าย หย่า แยก โดยมีคุณภาพชีวิตเชิงอัตวิสัย ในภาพรวมของผู้สูงอายุสถานภาพสมรส หม้าย หย่า แยก และกลุ่ม ผู้สูงอายุสถานภาพสมรส คู่ อยู่ในระดับปานกลาง

การวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงอัตวิสัย ของผู้สูงเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ไม่แตกต่างกันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยมีคุณภาพชีวิตเชิงอัตวิสัย ในภาพรวมของผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงและกลุ่มที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง

การวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงอัตวิสัย ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวหรืออยู่กับญาติที่ไม่ใช่สายโลหิต มีความแตกต่างกันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คู่สมรสหรือบุตรหลานที่ร่วมสายโลหิตทางตรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05^*$ ) โดยมีคุณภาพชีวิตเชิงอัตวิสัย ในภาพรวมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวหรืออยู่กับญาติที่ไม่ใช่สายโลหิต อยู่ในระดับต่ำ ส่วนผู้สูงกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คู่สมรสหรือบุตรหลานที่ร่วมสายโลหิตทางตรงอยู่ในระดับปานกลาง

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และลักษณะการอยู่อาศัย แตกต่างกัน  
ผลดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 การเปรียบเทียบความแตกต่างคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และลักษณะการอยู่อาศัย แตกต่างกัน

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	$\bar{X}$	SD	t	P-value
1. เพศ					
1.1 เพศชาย	63	72.60	4.93	4.19	< 0.05*
1.2 เพศหญิง	79	68.78	5.60		
2. อายุ					
2.1 60-64 ปี	55	71.64	5.12	1.99	< 0.05*
2.2 65-74 ปี	87	69.75	5.84		
3. ระดับการศึกษา					
3.1 ไม่ได้เรียน	35	67.80	6.29	-3.42	< 0.05*
3.2 ประถมศึกษาขึ้นไป	107	71.36	5.12		
4. สถานภาพสมรส					
41 โสด ม่าย หย่า แยก	23	67.96	4.86	2.41	< 0.05*
42 คู่	119	70.97	8.19		
5 สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ					
51 ไม่เป็นสมาชิก	21	68.71	7.06	-1.58	> 0.05
52 เป็นสมาชิก	121	70.79	5.30		
6. ลักษณะการอยู่อาศัย					
6.1 อยู่คนเดียว/ญาติไม่ใช่สายโลหิต	2	52	4.00	-5.04	< 0.05*
6.2 อยู่กับคู่สมรส /บุตรหลาน	140	70.74	5.22		

หมายเหตุ < 0.05\* มีนัยสำคัญทางสถิติ

พบว่าจากตารางที่ 14 พบว่าการวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงจิตวิสัย ของผู้สูงอายุเพศชาย มีความแตกต่างกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05\*) โดยมีคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย ในภาพรวมของผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงอยู่ในระดับปานกลาง

การวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงจิตวิสัย ของผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-64 ปี มีความแตกต่างกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 65-74 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05\*)

โดยมีคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย ในภาพรวมของผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-64 ปี และกลุ่มอายุ 65-74 ปี อยู่ในระดับปานกลาง

การวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงจิตวิสัย ของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียน มีความแตกต่างกันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษาขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05^*$ ) โดยมีคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย ในภาพรวมของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียน และผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษาขึ้นไป อยู่ในระดับปานกลาง

การวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงจิตวิสัย ของผู้สูงอายุสถานภาพสมรส คู่ มีความแตกต่างกันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสถานภาพสมรส หม้าย หย่า แยก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05^*$ ) โดยมีคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย ในภาพรวมของผู้สูงอายุสถานภาพสมรส หม้าย หย่า แยก และกลุ่ม ผู้สูงอายุสถานภาพสมรส คู่ อยู่ในระดับปานกลาง

การวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงจิตวิสัย ของผู้สูงเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ไม่แตกต่างกันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยมีคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย ในภาพรวมของผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางและกลุ่มที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง

การวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงจิตวิสัย ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวหรืออยู่กับญาติที่ไม่ใช่สายโลหิต มีความแตกต่างกันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คู่สมรสหรือบุตรหลานที่ร่วมสายโลหิตทางตรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05^*$ ) โดยมีคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย ในภาพรวมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวหรืออยู่กับญาติที่ไม่ใช่สายโลหิต อยู่ในระดับต่ำ ส่วนผู้สูงกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คู่สมรสหรือบุตรหลานที่ร่วมสายโลหิตทางตรงอยู่ในระดับปานกลาง

## บทที่ 5

### บทสรุป

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลอ่างทอง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งมีแนวทางในการศึกษาค้นคว้าสรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะในการศึกษาค้นคว้าดังต่อไปนี้

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย ในด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน สุขภาพกาย สภาพสังคม สภาพเศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม ของผู้สูงอายุตำบลอ่างทอง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์
2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย ในด้านสภาพจิต ความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุตำบลอ่างทอง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และลักษณะการอยู่อาศัย กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงจิตวิสัยและเชิงจิตวิสัย

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 – 74 ปีในตำบลอ่างทอง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 375 คน ทำการสุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างมีระบบ ( Systematic Random Sampling) โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ทำกรวิจัยจำนวน 142 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วนโดยประยุกต์จากเครื่องมือของ อารีวรรณ คุณเจตน์ และคณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเป็นบางส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ลักษณะการอยู่อาศัย และการได้รับการดูแล

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย (Quality of life – objective assessment scale) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน สุขภาพกาย สภาพสังคม สภาพเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย (Quality of life – subjective assessment scale) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ สภาพจิต ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความพึงพอใจ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

กระทำการโดยการสัมภาษณ์ด้วยตนเองแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยจำแนกเป็นข้อมูลทั่วไป ข้อมูลคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย ข้อมูลคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย โดยใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงวัตถุวิสัยและเชิงจิตวิสัยที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และลักษณะการอยู่อาศัย แตกต่างกัน โดยใช้การทดสอบค่าที่ ผลการวิจัยมีดังนี้

### สรุปผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไปผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ศึกษาทั้งหมด 142 ราย จำนวนนี้เป็นหญิง ร้อยละ 54 และชายร้อยละ 46 มีผู้สูงอายุอยู่ในช่วงอายุ 66 – 70 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 51 สถานภาพสมรสเป็นลักษณะคู่ คิดเป็นร้อยละ 81 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถม คิดเป็นร้อยละ 73 และประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51 โดยมีผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 19 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 84 เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส และ/หรือบุตรหลานร่วมสายโลหิตทางตรง ร้อยละ 99 โดยได้รับการดูแลจากบุตรหลานร่วมสายโลหิตมากที่สุดร้อยละ 56 ขณะที่ได้รับการดูแลจากญาติที่ไม่ใช่สายโลหิตร้อยละ 4

#### 2. คุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย

2.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90 สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้เองในเรื่อง การอาบน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า การทำความสะอาดร่างกาย หลังขยับถ่าย การรับประทานอาหาร การลุกจากที่นอน-ที่นั่งด้วยตนเอง การขึ้นลงบันได/พื้นต่างระดับ และการเดินไปบ้านเพื่อนบ้าน ส่วนกิจกรรมที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติได้ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือที่พบมากได้แก่ การซักเสื้อผ้า และการทำงานบ้านเล็กๆน้อยๆ



2.2 สุขภาพกาย พบว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใน 1 เดือนที่ผ่านมา และไม่สามารถควบคุมอาการได้ต้องไปรับการรักษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ อาการปวดข้อ ปวดหลัง ปวดเอว วิงเวียนศีรษะ ท้องอืด ท้องเฟ้อ และปวดศีรษะ ส่วนโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมได้ต้องไปรับการรักษาก่อนการนัดหมายอย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจ

2.3 สภาพสังคม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีกิจกรรมด้านสังคมร่วมกับผู้อื่นอยู่ในระดับดีในเรื่องการพูดคุยกับสมาชิกในบ้าน การมีเพื่อนร่วมรับประทานอาหาร และการมีเพื่อนบ้านมาเยี่ยม ส่วนกิจกรรมด้านสังคมของผู้สูงอายุกับผู้อื่นที่อยู่ระดับไม่ดีได้แก่การให้คำปรึกษา การมีลูกหลานมาเยี่ยม และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

2.4 สภาพเศรษฐกิจ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ไม่น้อยกว่า 3,000 บาท ต่อเดือนถึงร้อยละ 48 แต่รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย การได้รับความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้สิทธิสวัสดิการประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า

2.5 สภาพแวดล้อม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสภาพแวดล้อมดีในเรื่องพื้นบ้านไม่ลื่น สภาพบ้านมั่นคง บ้านได้บ้านที่ปลอดภัย รวมทั้งได้รับข้อมูลข่าวสารอยู่เสมอ ส่วนการใช้การบริการสวัสดิการในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง

### 3. คุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย

3.1 สภาพจิต พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 56 มีสภาพจิตอยู่ในระดับปกติทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าใจสัญลักษณ์การสื่อสาร การรับรู้ การระลึก และการบันทึกจำ ส่วนสภาพจิตเสื่อมมากที่สุดได้แก่ การระลึก

3.2 ความวิตกกังวล พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 54 ไม่มีความวิตกกังวลทุกข้อ แต่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีเรื่องกลุ่มใจเป็นบางครั้งและบ่อยครั้งถึงร้อยละ 44 และ 2

3.3 ความซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 90 ไม่มีความซึมเศร้าทุกข้อ แต่พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้สึกเหงาหงอย และเบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไรเป็นบางครั้งคิดเป็นร้อยละ 10 และ 9

3.4 ความพึงพอใจในชีวิต พบว่าผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 57 มีความรู้สึกพึงพอใจมากในเรื่อง ความปลอดภัยความสามารถในการทำภารกิจประจำวัน สภาพการขับถ่ายที่เป็นอยู่ สภาพการพบปะกับลูกหลานและเพื่อนบ้าน ความเป็นอยู่และความสะดวกสบาย ความสามารถในการดูแลสุขภาพ สภาพความช่วยเหลือที่ได้รับ การได้รับการช่วยเหลือด้านคำปรึกษาพยาบาล ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พอใจปานกลางเรื่อง ฐานะทางการเงิน สุขภาพที่เป็นอยู่ สภาพความ

ช่วยเหลือที่ได้รับ การได้รับการช่วยเหลือด้านค่ารักษาพยาบาล ในขณะที่ผู้สูงอายุร้อยละ 6 พอใจ  
น้อยในฐานะทางการเงิน

#### 4. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคลต่างกัน ได้แก่เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และลักษณะการอยู่อาศัย

4.1 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงวัตถุวิสัย และเชิงจิตวิสัยของผู้สูงอายุเพศชายมีความแตกต่างกันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพศหญิง โดยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชายเชิงวัตถุวิสัยระดับดีร้อยละ 11.97 ระดับปานกลางร้อยละ 27.46 ระดับต่ำร้อยละ 4.93 เชิงจิตวิสัยระดับดีร้อยละ 9.15 ระดับปานกลางร้อยละ 31.69 ระดับต่ำร้อยละ 9.15 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหญิงเชิงวัตถุวิสัยระดับดีร้อยละ 5.63 ระดับปานกลางร้อยละ 40.14 ระดับต่ำร้อยละ 9.86 เชิงจิตวิสัยระดับดีร้อยละ 4.23 ระดับปานกลางร้อยละ 42.96 ระดับต่ำร้อยละ 8.45

4.2 การวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงวัตถุวิสัย ของผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-64 ปี ไม่แตกต่างกันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 65-74 ปี ส่วนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงจิตวิสัย ของผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-64 ปี มีความแตกต่างกันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 65-74 ปี โดยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุช่วงอายุ 60-64ปีเชิงวัตถุวิสัยระดับดีร้อยละ 6.34 ระดับปานกลางร้อยละ 27.46 ระดับต่ำร้อยละ 4.93 เชิงจิตวิสัยระดับดีร้อยละ 7.75 ระดับปานกลางร้อยละ 26.05 ระดับต่ำร้อยละ 4.92 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุช่วงอายุ 65 – 74 ปีเชิงวัตถุวิสัยระดับดีร้อยละ 11.27 ระดับปานกลางร้อยละ 40.14 ระดับต่ำร้อยละ 9.86 เชิงจิตวิสัยระดับดีร้อยละ 5.63 ระดับปานกลางร้อยละ 48.59 ระดับต่ำร้อยละ 7.04

4.3 สูงอายุเชิงวัตถุวิสัย และเชิงจิตวิสัยของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียน มีความแตกต่างกันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษาขึ้นไป โดยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ เชิงวัตถุวิสัยระดับดีร้อยละ 2.11 ระดับปานกลางร้อยละ 18.31 ระดับต่ำร้อยละ 4.23 เชิงจิตวิสัยระดับดีร้อยละ 1.41 ระดับปานกลางร้อยละ 17.61 ระดับต่ำร้อยละ 5.63 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษา เชิงวัตถุวิสัยระดับดีร้อยละ 16.9 ระดับปานกลางร้อยละ 47.89 ระดับต่ำร้อยละ 10.57 เชิงจิตวิสัยระดับดีร้อยละ 13.38 ระดับปานกลางร้อยละ 55.63 ระดับต่ำร้อยละ 6.34

4.4 การวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงวัตถุวิสัย ของผู้สูงอายุสถานภาพสมรสประเภทคู่ ไม่แตกต่างกันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสถานภาพสมรสประเภท หม้าย หย่า แยก ส่วนคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยของผู้สูงอายุสถานภาพสมรส คู่ มีความแตกต่างกันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

สถานภาพสมรส หม้าย หย่า แยก โดยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ เจริญดีร้อยละ 14.79 ระดับปานกลางร้อยละ 59.86 ระดับต่ำร้อยละ 9.15 เจริญดีร้อยละ 11.97 ระดับปานกลางร้อยละ 64.08 ระดับต่ำร้อยละ 7.75 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่า ร้าง เจริญดีร้อยละ 2.82 ระดับปานกลางร้อยละ 7.75 ระดับต่ำร้อยละ 5.63 เจริญดีร้อยละ 1.41 ระดับปานกลางร้อยละ 10.56 ระดับต่ำร้อยละ 4.23

4.5 การวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเจริญดีและเจริญดีของผู้อยู่สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรม ไม่แตกต่างกันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรม ส่วนคุณภาพชีวิตเจริญดี ในกลุ่มที่เป็นสมาชิกชมรมและไม่เป็นสมาชิกไม่แตกต่างกัน โดยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรม เจริญดีร้อยละ 16.20 ระดับปานกลางร้อยละ 57.04 ระดับต่ำร้อยละ 11.97 เจริญดีร้อยละ 11.27 ระดับปานกลางร้อยละ 43.66 ระดับต่ำร้อยละ 30.28 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรม เจริญดีร้อยละ 1.41 ระดับปานกลางร้อยละ 10.56 ระดับต่ำร้อยละ 2.28 เจริญดีร้อยละ 2.11 ระดับปานกลางร้อยละ 9.86 ระดับต่ำร้อยละ 2.82

4.6 การวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเจริญดี และเจริญดีของผู้อยู่สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวหรืออยู่กับญาติที่ไม่ใช่สายโลหิต มีความแตกต่างกันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงกับผู้อยู่สูงอายุที่อาศัยอยู่คู่สมรสหรือบุตรหลานที่ร่วมสายโลหิตทางตรง โดยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว เจริญดีร้อยละ 0 ระดับปานกลางร้อยละ 0 ระดับต่ำร้อยละ 1.41 เจริญดีร้อยละ 0 ระดับปานกลางร้อยละ 0 ระดับต่ำร้อยละ 1.41 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสหรือบุตรหลานที่ร่วมสายโลหิตทางตรง เจริญดีร้อยละ 17.61 ระดับปานกลางร้อยละ 67.60 ระดับต่ำร้อยละ 13.38 เจริญดีร้อยละ 13.38 ระดับปานกลางร้อยละ 74.65 ระดับต่ำร้อยละ 10.56

## อภิปรายผล

จากผลการศึกษาดังกล่าว มีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

### 1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนเพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลประชากรของประเทศ ที่สำรวจสำมะโนประชากรของกรมการปกครอง ปี พ.ศ. 2548 พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุ เพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 8.47 (กระทรวงมหาดไทย, กรมการ

ปกครอง,2548) ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้จึงพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

## 2. คุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย

2.1 ผู้สูงอายุในตำบลอ่างทอง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ ส่วนใหญ่ยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันเองได้ ด้านสุขภาพกายไม่มีอาการผิดปกติ ไม่มีโรคและความเจ็บป่วยเรื้อรัง ถึงแม้จากการศึกษาคั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการปวดข้อ ปวดเอว ปวดหลัง และเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แสดงว่าการมีโรคหรือการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นยังมีผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันไม่มาก จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในสุขภาพที่เป็นอยู่มาก และพอใจปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อารีวรรณ คุณเจตน์ (2541,หน้า 48 ) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันอยู่ในเกณฑ์ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 94 กิจกรรม 3 อันดับแรก ได้แก่ การอาบน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า และ การทำความสะอาดร่างกายหลังการขับถ่าย

2.2 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีกิจกรรมด้านสังคมร่วมกับผู้อื่นน้อย โดยเฉพาะ การให้คำปรึกษา การมีลูกหลานมาเยี่ยม และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา สอดคล้องกับการศึกษาของ บรรลุ ศิริพานิช (2532,หน้า 62-63) ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมไม่มากนัก ไม่มีส่วนร่วมร้อยละ 55 เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มมากขึ้น เกิดความเสื่อมถอยของร่างกายทุกระบบ การเดินทางไปมาไม่สะดวก ต้องพึ่งพาบุตรหลานหรือผู้อื่น นอกจากนี้ยังมีโรคประจำตัวหรืออาการผิดปกติอื่น ๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง

2.3 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ระดับต่ำน้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน แม้ว่ารายได้เดือนละไม่มาก แต่ก็เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต และเมื่อเจ็บป่วยยังใช้สิทธิสวัสดิการผู้สูงอายุซึ่งเป็นการรักษาโดยไม่คิดมูลค่าจากรัฐบาล ส่งผลถึงความพึงพอใจในสภาพเศรษฐกิจของผู้สูงอายุที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่พึงพอใจระดับปานกลาง เนื่องจากเมื่อเจ็บป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง และสภาพที่อยู่อาศัยอยู่ในสภาพที่ดี การได้อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลานส่งผลให้ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีวรรณ คุณเจตน์ (2541,หน้า 58) ที่พบว่ารู้สึกไม่พอใจในฐานะเศรษฐกิจ

## 3. คุณภาพชีวิตเชิงอัตวิสัย

3.1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสภาพจิตอยู่ในระดับปกติ เนื่องจากผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 65-70 ปี แสดงให้เห็นว่าเนื้อเยื่อสมองยังเสื่อมน้อยสามารถเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรอบๆ ตัวได้ สามารถคิดคำนวณและจำสิ่งต่าง ๆ ได้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีวรรณ คุณเจตน์ (2541,หน้า 80) กล่าวว่าอาการสมองเสื่อมในวัยผู้สูงอายุส่วนใหญ่พบในวัย

65 ปีขึ้นไป

3.2 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ความรู้สึกซึมเศร้าและวิตกกังวลเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่รู้สึกเหงาหงอยและตระหนักในคุณค่าของตัวเอง มีความรู้สึกพึงพอใจกับชีวิตระดับปานกลาง เนื่องจากเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทำให้ได้พบปะพูดคุยกับสมาชิก ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอารีวรรณ คุณเจตน์ (2541, หน้า 80) กล่าวว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เหงาหงอย เบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไรเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นเป็นไปได้ยาก

#### 4. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคลต่างกัน ได้แก่เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และลักษณะการอยู่อาศัย

4.1 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงจิตวิสัย และเชิงจิตวิสัยของผู้สูงอายุเพศชายมีความแตกต่างกันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับประภาพร จินนุหุยา (2536 :บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุดินแดง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชาย มีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิง

4.2 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงจิตวิสัย ของผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-64 ปี ไม่แตกต่างกันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 65-74 ปี ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ ระย้า (2537, หน้า 90) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ยิ่งผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น มีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง

ส่วนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงจิตวิสัย ของผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-64 ปี มีความแตกต่างกันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 65-74 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ ระย้า (2537, หน้า 90) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ยิ่งผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น มีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง

4.3 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่สูง จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ ทั้งในด้านจิตวิสัย และคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย ทั้งนี้เนื่องจากระดับการศึกษาเป็นพื้นฐานความพร้อมของบุคคลในการเสริมขีดความสามารถ นำไปสู่การมีสภาพสังคมที่ดี สภาพแวดล้อมที่ดี และสภาพจิตที่ดีด้วย สามารถทำตามสิ่งที่ตนพอใจ ทำให้ไม่เกิดความวิตกกังวลและความซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535) พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

4.4 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพ หม้าย หย่า หรือ แยก ส่วนในด้านจิตวิสัยก็เช่นเดียวกันเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีคู่สมรส

มีคู่คิด มีที่ปรึกษา ได้รับความรัก ความห่วงใย อาหาร ทำให้รู้สึกมั่นคงในชีวิต สามารถที่จะปรับตัวรับการเปลี่ยนแปลงได้อย่างดี ประกอบกับผู้ที่มีสถานะภาพสมรสคู่ จะมีบุตรหลานอาศัยรวมอยู่ในบ้านด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉันทนา การจนพ้ง (2530 , หน้า 53) พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานะภาพสมรสคู่มีการเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าผู้ที่มีสถานะภาพสมรสหม้าย

4.5 ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิญญาณและเชิงจิตวิสัย ในกลุ่มที่เป็นสมาชิกไม่มีความแตกต่างกันกับกลุ่มที่เป็นสมาชิกชมรม เนื่องจากยังมีกิจกรรมที่ปฏิบัติไม่เด่นชัด หรือแตกต่างกันมากนัก ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รสสุคนธ์ แสงมณี และคณะ (2537, หน้า 11) ที่พบว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีแบบแผนชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

4.6 ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวหรืออยู่กับญาติที่ไม่ใช่โลหิตสายตรง มีคุณภาพชีวิตในเชิงจิตวิญญาณและเชิงจิตวิสัยที่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสหรืออยู่กับบุตรหลาน/ญาติโลหิตสายตรง เนื่องจากได้รับกำลังใจ การช่วยเหลือและมีเพื่อนคู่คิดจากคู่สมรสหรือจากบุตรหลานทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร จินันท์ (2536, หน้า 82) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว

### ข้อเสนอแนะ

ข้อสรุปจากการศึกษานี้ทำให้ได้ข้อเสนอแนะ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่มีอาการไม่รุนแรงแต่เป็นเรื้อรัง ได้แก่ โรคปวดข้อ ปวดหลัง ปวดเอว ใจเวียนศีรษะ ท้องอืด ท้องเฟ้อ และปวดศีรษะ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ถ้าปฏิบัติตนได้ถูกต้องจะสามารถควบคุม และป้องกันโรคได้ ไม่จำเป็นต้องไปรับการรักษาทุกครั้ง ดังนั้นการให้การดูแลผู้สูงอายุด้วยการดูแลสุขภาพที่บ้าน ( Home Health Care ) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงเป็นวิธีที่เหมาะสม
2. ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะการอยู่อาศัยแบบอยู่คนเดียวหรืออยู่กับญาติที่ไม่ใช่สายโลหิตจะมีคุณภาพชีวิตต่ำทั้งในเชิงจิตวิญญาณและเชิงจิตวิสัย ซึ่งควรได้รับการส่งเสริมในด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาล การใช้บริการสวัสดิการในชุมชน การให้คำปรึกษา สนับสนุนให้ลูกหลานมาเยี่ยม การไปเยี่ยมลูกหลานหรือการมีกิจกรรมพักผ่อนร่วมกับผู้อื่นเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น
3. จัดอบรมการเตรียมตัวล่วงหน้าก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ แก่ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 55 – 59 ปี

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการวิจัยครั้งนี้ศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 – 74 ปี ดังนั้นจึงทราบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพียงกลุ่มเดียว ควรได้มีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี และ 74 ปีขึ้นไป
2. เครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุครั้งนี้ น่าจะนำไปศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราว่ามีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร
3. จากการทบทวนวรรณกรรม และการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตต่างกัน ดังนั้นจึงควรศึกษาพฤติกรรมและการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อนำผลการวิจัยไปวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไป



### บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2538). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2538. ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข  
สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข.
- เกษม ดันติพลาชีวะ, และกุลยา ดันติพลาชีวะ.(2528) การรักษาสุขภาพในวัยผู้สูงอายุ.  
กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์.
- เกริกศักดิ์ บุญญาบุหงศ์. (2536). บริการผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารประชาสงเคราะห์.  
36(6), 42-44.
- ขวัญใจ ดินดีวัฒนเสถียร. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรม  
ส่งเสริมสุขภาพตามรายงานของผู้สูงอายุในชุมชนบึงภาคตะวันออกเชิงเหนือ.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล,  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณะทำงานพิจารณานโยบายและมาตรการหลักเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ.(2535).  
สาระสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ.2535-2554).  
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาจุฬาราชวิทยาลัย.
- จรรย์วัตร คมพยัคฆ์. (มกราคม,2537). การวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้รับ  
บริการและผู้ให้บริการ. เอกสารการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช  
ครั้งที่ 8 ณ ห้องประชุมอิตยาทรกิติคุณ ตึกสยามินทร์ ชั้น 7 โรงพยาบาลศิริราช.
- จิระพร อภิชาติบุตร(2540) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การอุปถัมภ์จากครอบครัว และ  
การบริการสุขภาพในชุมชน กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร
- จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร กิจกรรมในการ  
ดำเนินชีวิตประจำวัน กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุวรรณ เหมะธร, สมใจ ทุนกุล, และจรรยา เสียงเสนาะ. (2532). การสำรวจปัญหาสุขภาพ  
ของผู้สูงอายุและค้นหาผู้นำ กลุ่มผู้สูงอายุในตำบลปากเกร็ด อำเภอปากเกร็ด จังหวัด  
นนทบุรี. รายงานการวิจัย. ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรัสวรรณ เทียนประภาส, และพัชรี ตันศิริ. (บรรณารักษ์).(2536). การพยาบาลผู้สูงอายุ  
(พิมพ์ครั้งที่ 3 ).กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองธรรม



- ฉันทนา กาญจนพนัง. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างการร่วมกิจกรรม กับอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2537). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์.(2538). สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : ศุภวณิชการพิมพ์.
- ดวงพร รัตนอมรชัย. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ ระย้า.(2537). การประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตำบลริมเหนือ อำเภอแมริ่น จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต,มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์. (2539). การพัฒนาเครื่องมือวัดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41(1),28-30.
- นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น โนเดล, และศิริวรรณ ศิริบุญ.(2534). ประชากรผู้สูงอายุไทย : ลักษณะทางประชากรและสังคมจากแหล่งข้อมูลทางการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- นภาพร ชโยวรรณ, และมาลินี วงษ์สิทธิ์.(2530). ปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทย : ผลการวิจัยเบื้องต้น. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ. โรงแรมอิมพีเรียล.
- นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์,และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. (2532). สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทวัน ใจกล้า. (2537). สภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราจันทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทสาขาสังคมวิทยา มหาวิทยาลัยราชภัฏจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นรินทร์ วิทยโชคกิติคุณ. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์,มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นิศา ชูโต.(2525). คนชราไทย. รายงานการวิจัย. สถาบันวิจัยสังคมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บรรลु ศิริพานิช.(2537). มาตรการดำเนินการเพื่อผู้สูงอายุในสังคมไทยปัจจุบัน เอกสาร  
ประกอบการสัมมนาเรื่องมาตรการดำเนินการเพื่อผู้สูงอายุ. อาคารรัฐสภา 2  
กรุงเทพฯ.
- บริบูรณ์ พรบริบูรณ์.(2526). โลกยามชราและแนวการเตรียมตัวเพื่อเป็นสุข (พิมพ์ครั้งที่ 3).  
เชียงใหม่ : พรสิงห์การพิมพ์.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์.(2531). เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย.  
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศรีอนันต์.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์.(2533). การวิจัย การวัด และประเมินผล. กรุงเทพฯ : โครงการ  
การศึกษาต่อเนื่องมหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุษบา ตันติศักดิ์.(2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ พฤติกรรมการดูแลตนเอง  
กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเอสแอลอี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาพยาบาลศาสตร์,มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประคอง กรรณสูตร.(2525). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : เจริญผล.
- ประคอง อินทรสมบัติ.(2539). การประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ. รามาธิบดีเวชสาร,2(3),  
44-57.
- ประพิณ วัฒนกิจ.(2531). มโนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. วารสารกองการพยาบาล, 15(1),8-12.
- ประภา รัตนเมธานนท์. (2532). การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต  
ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจวาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาพยาบาลศาสตร์,มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาพร จินันทุยา.(2536). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง.  
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์,มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ.(2537). การวัดสถานะทางสุขภาพ : การสร้างมาตราส่วนประมาณค่า  
และแบบสอบถาม. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ภาพพิมพ์.
- ปรียา ครามะคำ. (2536). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการ  
แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. รายงานการวิจัย  
โรงพยาบาลพระปกเกล้า.

- พจนา พลรังสิต. (2535). โครงการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ  
ในจังหวัดอ่างทอง. รายงานการวิจัย ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 1 กรมอนามัย  
กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข.
- พยอม อยู่สวัสดิ์. (มกราคม, 2537). วิจัยทางการแพทย์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต : ระเบียบวิธีเชิง  
คุณภาพ. เอกสารการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าศิริราชพยาบาล ครั้งที่ 8 ณ  
ห้องประชุมอภิตตยาทภักดีคุณ ตึกสยามินทร์ ชั้น 7 โรงพยาบาลศิริราช.
- พวงผกา ชื่นแสงเนตร. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการ  
ดูแลตนเอง และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ  
เขตพื้นที่พัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก จังหวัดชลบุรี.  
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พนินฐา พานิชานีวะกุล. (2537). การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสมมติสำหรับผู้สูงอายุ  
ในชนบท. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์, สินี กมลวาทิน, และประสิทธิ์ รักไทยดี. (2523). ความทันสมัย  
ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา. รายงานการวิจัย. สำนักวิจัย  
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- มารศรี นุชแสงพลี. (2532). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ : ศึกษากรณี  
ผู้สูงอายุในชุมชนบ่อนไก่, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มาลี เลิศมาลีวงศ์, และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2538). ความสามารถในการดูแลตนเอง  
แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. งามาธิบัติเวชสาร, 1(1), 24-32.
- ยุพาพรรณ ไชยศิริ. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความพึงพอใจในชีวิตของ  
ผู้สูงอายุในเขตอำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร  
มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ยุวดี ภาชา, มาลี เลิศมาลีวงศ์, เขียวลักษณ์ เลหาจินดา, วิไล ลีสุวรรณ, พรรณวดี พุทธิวัฒนะ,  
และรุจิเรศ ธนุรักษ์. (2537). วิจัยทางการแพทย์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ :  
บริษัทวิคตอรีเพาเวอร์พอยท์ จำกัด.
- เขียวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย  
จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขต  
อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- รสสุคนธ์ แสงมณี, นกุล ตะบุญพงศ์, และอรัญญา เชาวลิต.(2537). การเข้าชมรมผู้สูงอายุและแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสงขลา, วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 14(1),10-19.
- วรพรรณ เทพัสติน ฌ อยุธา.(2537). Comprehensive Geriatric Assessment. ในอายุรศาสตร์ทันยุค 1. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- วรรณภา กุมารจันทร์(2543) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วชิราภรณ์ สุมหนอง. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยกรรมศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิจิตร บุญยะโหดระ.(2537). คู่มือเกษียณอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : อธรรมสาร.
- วิเชียร เกตุสิงห์.(2530). หลังการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- วันดี ธารามาศ, สมจิตต์, และรัชสุรีย์ จันทเพชร. (2538). การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในโครงการส่งเสริมสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. สถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- ศักดิ์ชัย ทวีศักดิ์. (2529). การรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต : ศึกษาเฉพาะในเขตอำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรียรรณา ต้นศิริ.(2535). ผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาระสนะเวศม์ จังพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล.(มกราคม,2537). การวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต : ระเบียบวิธีเชิงปริมาณ. เอกสารการประชุมวิชาการสมคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช.
- สมจิตต์ สุพรรณทาสัน, และนิภา มนูญปัจจุ.(2525). ประชากรกับคุณภาพชีวิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศรีอนันต์.
- สมพร ชัยอุทัย(2542)คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเทศบาลนครขอนแก่นจังหวัดขอนแก่น

สุภัทรา วิเศษคามิน(2545) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตัดสรรคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอประทิว  
จังหวัดชุมพร

อารีวรรณ คุณเจตต์.(2541).คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน. มหาวิทยาลัยบูรพา.





**คำชี้แจงผู้สัมภาษณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลอ่างทอง  
อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์**

แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย (Quality of life – objective assessment scale )

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย (Quality of life – subjective assessment scale)

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านคำชี้แจงในแต่ละขั้นตอนให้เข้าใจก่อนถามกลุ่มตัวอย่าง แล้วแนะนำตัว บอกชื่อ และนามสกุล สถานที่ปฏิบัติงาน และบอกจุดมุ่งหมายในการสัมภาษณ์ครั้งนี้เพื่อต้องการทราบรายละเอียดเกี่ยวกับความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ในเรื่องการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน สุขภาพกาย สภาพสังคม สภาพเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม สภาพจิต ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความพึงพอใจในชีวิต เพื่อนำมาวางแผนให้การดูแลผู้สูงอายุ คำตอบที่ได้คณะผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และจะรายงานผลเป็นกลุ่มจึงขอให้ผู้สูงอายุได้ตอบตามความเป็นจริง และให้ผู้สัมภาษณ์ทำการสัมภาษณ์ให้ครบทุกขั้นตอนและทุกข้อ

## แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย “/” ลงในช่อง ( ) ที่ตรงกับคำตอบที่ผู้สูงอายุให้สัมภาษณ์และเติมคำ  
ลงในช่องว่าง

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลอ่างทอง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์

1. อายุ.....ปี
2. เพศ ( ) ชาย  
( ) หญิง
3. ระดับการศึกษา ( ) ไม่ได้เรียน  
( ) ประถมศึกษา  
( ) มัธยมศึกษา  
( ) อื่นๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส ( ) โสด  
( ) คู่  
( ) หม้าย หย่า แยก
5. ศาสนา ( ) พุทธ  
( ) คริสต์  
( ) อิสลาม  
( ) อื่นๆ ระบุ.....
6. อาชีพ ( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) ข้าราชการบำนาญ  
( ) เกษตรกรรม ( ) ค้าขาย  
( ) รับจ้าง ( ) อื่นๆ ระบุ.....  
( ) ค้าขาย
7. ท่านได้สมัครเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุหรือไม่  
( ) ไม่เป็น ( ) เป็น
8. ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาท่านเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม.....ครั้ง



9. ขณะนี้ทำอาชีพอยู่กับใคร

- ( ) อยู่คนเดียว
- ( ) อยู่กับญาติที่ไม่ใช่สายโลหิตทางตรงหรืออาศัยร่วมกับบุคคลอื่น
- ( ) อยู่กับคู่สมรส / หรือบุตรหลานร่วมสายโลหิตทางตรง

10. ใครเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือท่านในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ( ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ )

- ( ) ไม่มีผู้ดูแล
- ( ) คู่สมรส
- ( ) บุตรหลานร่วมสายโลหิตทางตรง
- ( ) ญาติที่ไม่ใช่สายโลหิตทางตรง
- ( ) ลูกจ้าง
- ( ) อื่นๆ ระบุ.....



ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย (Quality of life – objective assessment scale )

ประกอบด้วย 5 ด้าน

ด้านที่ 1 การปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย “ / ” ลงในช่องที่ตรงกับความสามารถของผู้สูงอายุมากที่สุด

โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

คะแนน 3 หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้เอง

คะแนน 2 หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้แต่ต้องมีผู้อื่นช่วยเหลือ

คะแนน 1 หมายถึง ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติได้ต้องให้ผู้อื่นทำให้

คำสัมภาษณ์ ท่านสามารถทำกิจกรรมต่อไปนี้ได้เอง หรือต้องให้คนอื่นช่วยทำ หรือคนอื่นทำให้

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม	ทำเอง (3)	ผู้อื่นช่วย (2)	ผู้อื่นทำให้ (1)
1. อาบน้ำ			
2. เปลี่ยนเสื้อผ้า			
3. ทำความสะอาดร่างกายหลังขับถ่าย			
4. รับประทานอาหาร			
5. ลุกจากที่นอน-ที่นั่งด้วยตนเอง			
6. เดินขึ้นลงบันไดบ้าน/พื้นที่ต่างระดับ			
7. เดินไปบ้านเพื่อนบ้าน			
8. ทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น ประกอบ อาหาร เก็บกวาดบ้าน รดน้ำต้นไม้ ล้างถ้วยชาม			
9. ซักเสื้อผ้า			

ด้านที่ 2 สุขภาพกาย

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย “/” ลงในช่องที่ตรงกับกรให้สัมภาษณ์ของผู้สูงอายุมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

คะแนน 3 หมายถึง ไม่มีอาการตลอด 1 เดือน

คะแนน 2 หมายถึง มีอาการแต่สามารถควบคุมอาการได้ ไม่ต้องไปรับการรักษา อาการนั้นจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

คะแนน 1 หมายถึง มีอาการและไม่สามารถควบคุมอาการได้ ต้องไปรับการรักษาอาการนั้นจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

คำสัมภาษณ์ ในรอบ 1 เดือน ที่ผ่านมา ท่านมีอาการผิดปกติต่าง ๆ เหล่านี้หรือไม่

อาการ	ไม่มีอาการ (3)	มีอาการคุมได้ (2)	มีอาการคุมไม่ได้ (1)
1. ปวดข้อ ปวดหลัง ปวดเอว			
2. ปวดศีรษะ			
3. วิงเวียนศีรษะ			
4. หน้าที่มืดเวลาเปลี่ยนเสื้อผ้า			
5. ท้องอืด ท้องเฟ้อ			
6. ท้องผูก			
7. กลั้นปัสสาวะไม่อยู่			
8. ปัสสาวะขัด			
9. คั่นตามผิวหนัง			
10. ตามัว ปวดตา			
11. เจ็บหน้าอก			
12. เกี่ยวกับการได้ยิน เช่น หูตึง			
13. เกี่ยวกับการเหงื่อและฟัน			

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย " / " ลงในช่องโรคเรื้อรังหรือความเจ็บป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์  
แผนปัจจุบัน ตรงกับการให้สัมภาษณ์ของผู้สูงอายุมากที่สุด  
โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

คะแนน 3 หมายถึง ไม่มีโรค

คะแนน 2 หมายถึง มีความเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยสามารถควบคุมโรคได้และ/  
หรือไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามนัด

คะแนน 1 หมายถึง มีความเจ็บป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้ ต้องได้รับการดูแล  
คำสัมภาษณ์ ในรอบ 3 เดือน ที่ผ่านมา ท่านเป็นโรคต่างๆ ที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผน  
ปัจจุบันเหล่านี้หรือไม่

โรค	ไม่เป็น (3)	เป็น..คุมได้ (2)	เป็น...คุมไม่ได้ (1)
1.โรคทางสมองและระบบประสาทเช่น อัลไซเมอร์ อัมพฤกษ์			
2.โรคระบบทางเดินหายใจ หอบ หืด ไอ			
3.โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ข้อต่อต่างๆ			
4. โรคเกี่ยวกับตา เช่นต้อหิน ต้อกระจก			
5. โรคความดันโลหิต			
6. โรคหัวใจและหลอดเลือด			
7. โรคแผลในกระเพาะอาหาร			
8.โรคเบาหวาน			

### ด้านที่ 3 สภาพสังคม

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย “/” ตรงกับข้อความที่ผู้สูงอายุให้สัมภาษณ์มากที่สุด

1. ปกติท่านมีเพื่อนร่วมรับประทานอาหารบ่อยเพียงใด  
 ( 1 )  $\leq 1$  ครั้ง / สัปดาห์ ( 2 ) 2-3 ครั้ง / สัปดาห์ ( 3 )  $\geq 4$  ครั้ง / สัปดาห์
2. ท่านพูดคุยกับสมาชิกในบ้านบ่อยเพียงใด  
 ( 1 )  $\leq 1$  ครั้ง / สัปดาห์ ( 2 ) 2-6 ครั้ง / สัปดาห์ ( 3 )  $\geq$  ทุกวัน
3. ท่านมีกิจกรรมพักผ่อนร่วมกับผู้อื่น เช่น ไปเที่ยว รับประทานอาหารนอกบ้านบ่อยเพียงใด  
 ( 1 )  $\leq 1$  ครั้ง / ปี ( 2 ) 2-3 ครั้ง / ปี ( 3 )  $\geq 4$  ครั้ง / ปี
4. ลูกหลานมาเยี่ยมเยียนท่านบ่อยเพียงใด  
 ( 1 )  $\leq 1$  ครั้ง / เดือน ( 2 ) 2-3 ครั้ง / เดือน ( 3 )  $\geq 4$  ครั้ง / เดือน
5. เพื่อนบ้านมาเยี่ยมท่านบ่อยเพียงใด  
 ( 1 ) ไม่เคยมา ( 2 ) 1 ครั้ง / เดือน ( 3 )  $\geq 2$  ครั้ง / เดือน
6. ท่านไปเยี่ยมลูกหลานบ่อยเพียงใด  
 ( 1 ) ไม่เคยไป ( 2 ) 1 ครั้ง / เดือน ( 3 )  $\geq 2$  ครั้ง / เดือน
7. ท่านไปเยี่ยมเพื่อนบ้านบ่อยเพียงใด  
 ( 1 ) ไม่เคยไป ( 2 ) 1 ครั้ง / เดือน ( 3 )  $\geq 2$  ครั้ง / เดือน
8. ท่านได้ให้คำปรึกษาแก่ผู้อื่นบ่อยเพียงใด  
 ( 1 ) ไม่เคยให้คำปรึกษา ( 2 ) 1 ครั้ง / เดือน ( 3 )  $\geq 2$  ครั้ง / เดือน
9. ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น สวดมนต์ นั่งสมาธิ ตักบาตร ทำบุญที่วัด บ่อยเพียงใด  
 ( 1 )  $\leq 3$  ครั้ง / เดือน ( 2 ) 4-7 ครั้ง / เดือน ( 3 )  $\geq 8$  ครั้ง / เดือน
10. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาท่านเป็นตัวแทน กรรมการ หรือสมาชิกองค์กรต่าง ๆ ในหมู่บ้านบางหรือไม่ เช่น กรรมการหมู่บ้าน อบต. วัด ศึกษาศูนย์ กลุ่มเกษตร แม่บ้าน สมาคมพัฒนากิจ อสม. อื่นๆ  
 ( ) ไม่เป็น ( ) เป็น 1 อย่าง ( ) เป็น 2 อย่าง ขึ้นไป

ด้านที่ 4 สภาพเศรษฐกิจ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย “/” ในช่องที่ตรงกับข้อความที่ผู้สูงอายุให้สัมภาษณ์มากที่สุด

ท่านมีรายได้มาจากทางใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ( ) ไม่มีรายได้
- ( ) ประกอบอาชีพ
- ( ) เงินบำนาญ
- ( ) คู่สมรสบุตรหลาน
- ( ) เงินเก็บสะสม (ค่าเช่า, ดอกเบี้ย)
- ( ) อื่นๆ ระบุ.....

1. ในแต่ละเดือนท่านมีรายได้เท่าไร..... บาท
2. ในแต่ละเดือน รายได้พอใช้จ่ายหรือไม่
  - ( ) รายได้น้อยกว่ารายจ่าย, ต้องกู้ยืม (ไม่พอใช้)
  - ( ) รายได้พอกับรายจ่าย (พอใช้)
  - ( ) รายได้มากกว่ารายจ่าย (พอใช้และเหลือเก็บ)
3. เมื่อเจ็บป่วยใครจ่ายค่ารักษาให้ท่าน
  - ( ) ใช้สิทธิผู้สูงอายุในการรักษาพยาบาล
  - ( ) จ่ายเงินเอง
  - ( ) ไม่ต้องจ่ายเอง มีประกันชีวิตและสุขภาพ, เบิกค่ารักษาพยาบาลได้, มีบุตรหลานญาติพี่น้องจ่ายให้

ด้านที่ 5 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

คำชี้แจง คำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับข้อความที่ผู้สูงอายุให้สัมภาษณ์มากที่สุด  
(บางข้อใช้การสังเกตร่วมด้วย)

1. สังเกตสภาพบ้าน

	มี (1)	ไม่มี (0)
1. คงทนถาวรอย่างน้อย 5 ปี	( )	( )
2. มีบริเวณหรือห้องเป็นสัดส่วน	( )	( )
3. อากาศถ่ายเทสะดวก	( )	( )
4. ภายในบ้านเก็บของเรียบร้อยไม่รกรุงรัง	( )	( )
5. มีแสงสว่างเพียงพอ	( )	( )
6. ไม่ถูกรบกวนจากสิ่งรบกวน ได้แก่ กลิ่นเหม็น เสียงดัง น้ำเสีย	( )	( )
7. มีการกำจัดขยะมูลฝอยให้สะอาด	( )	( )
2. ในระยะ 6 เดือนย้อนหลัง ท่านเคยตกบันไดบ้านหรือไม่		
( ) ไม่เคย		
( ) เคย		
ลักษณะบันไดบ้าน	( ) ไม่มีบันไดบ้าน หรือไม่เคยใช้บันได	
	( ) มีบันไดบ้านมีราวบันไดสภาพมั่นคง	
	( ) มีบันไดบ้านมีราวบันไดสภาพไม่มั่นคงหรือไม่มี ราวบันได	
3. ในระยะ 6 เดือนย้อนหลัง ท่านเคยลื่นล้ม ในบ้านหรือในห้องน้ำหรือไม่		
( ) ไม่เคย	( ) เคย	
ลักษณะพื้นบ้านและพื้นห้องน้ำ (ใช้การสังเกตร่วมด้วย)		
( ) ไม่ลื่น	( ) ลื่น	
4. ในระยะ 6 เดือนย้อนหลัง ท่านเคยสะดุดพื้นต่างระดับหรือไม่		
( ) ไม่เคย	( ) เคย	

ภายในบ้านมีพื้นต่างระดับหรือไม่ (ใช้การสังเกตร่วมด้วย)

( ) ไม่มี ( ) มี

5. ลักษณะส้วมที่ใช้เป็นส้วมแบบใด (ใช้การสังเกตร่วมด้วย)

( ) ไม่ใช้ส้วม ใช้วิธี.....

( ) ใช้ส้วมฐานเตี้ย (นั่งยองๆ)

( ) ใช้ส้วมฐานสูง (ชักโครก)

6. ที่บ้านท่านมีสิ่งเหล่านี้ใช้หรือไม่ (ใช้การสังเกตร่วมด้วย)

มี ( ) ไม่มี ( )

1. ไฟฟ้า ( ) ( )

2. น้ำสะอาด ( ) ( )

3. โทรศัพท์ ( ) ( )

7. ท่านรับรู้ข่าวสารจากทางใด (ตอบได้ > 1 ข้อ)

( ) วิทยุ ( ) โทรทัศน์

( ) หนังสือพิมพ์ ( ) คำบอกเล่าจากสมาชิกในครอบครัว

( ) คำบอกเล่าจากเพื่อนบ้าน ( ) หอกระจายข่าวในหมู่บ้าน

( ) อื่นๆระบุ.....

8. ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาท่านได้รับข้อมูลข่าวสารบ่อยเพียงใด

( )  $\leq 1$  ครั้ง

( ) 2-4 ครั้ง

( )  $\geq 5$  ครั้ง

9. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยไปใช้บริการสวัสดิการในหมู่บ้านของท่านบ่อยเพียง

ใด เช่น สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ ศาลานั่งพัก สวนสาธารณะ ที่อ่านหนังสือพิมพ์

ประจำหมู่บ้าน ศูนย์ศสมช. เป็นต้น

( ) ไม่เคยไปใช้บริการ ( ) 1-2 ครั้ง

( )  $\geq 3$  ครั้ง



ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย ( Quality of life – subjective assessment scale )

ประกอบด้วย 4 ด้าน

ด้านที่ 1 สภาพจิต

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบที่ผู้สูงอายุให้สัมภาษณ์มากที่สุด

1. วันนี้เป็นวันอะไร/เดือนอะไร/ปีอะไร
  - ( ) ตอบถูก 1 คำถามหรือไม่ถูกเลย      ( ) ตอบถูก 2 คำถาม
  - ( ) ตอบถูกต้องทั้งหมด
2. ผู้สัมภาษณ์บอกชื่อ “ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลอ่างทองคนปัจจุบันชื่อ นายวินัย เกษสาคร แล้วถามผู้สูงอายุว่านายกองค้การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง คนปัจจุบันชื่ออะไร
  - ( ) ตอบไม่ได้เลย      ( ) ตอบชื่อได้ถูกต้อง
  - ( ) ตอบถูกต้องครบถ้วนทั้งชื่อ , นามสกุล
3. ให้ผู้สูงอายุบอกชื่อนายกองค้การบริหารส่วนตำบลอ่างทองคนปัจจุบันซ้ำอีกครั้ง
  - ( ) ตอบไม่ได้เลย      ( ) ตอบชื่อได้ถูกต้อง
  - ( ) ตอบถูกต้องครบถ้วนทั้งชื่อ , นามสกุล
4. ให้ผู้สูงอายุทำตามคำบอกต่อไปนี้ หยิบกระดาษด้วยมือขวา แล้วพับครึ่งและทิ้งลงบนพื้น
  - ( ) ทำตามได้ถูกต้อง 1 ขั้นตอน หรือไม่ถูกเลย
  - ( ) ทำตามได้ถูกต้อง 2 ขั้นตอน
  - ( ) ทำตามได้ถูกต้องทั้ง 3 ขั้นตอน

ด้านที่ 2 ความวิตกกังวล

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย/ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบที่ผู้สูงอายุให้สัมภาษณ์มากที่สุด

คะแนน 3 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกเหล่านั้นเลยตลอด 7 วัน

คะแนน 2 หมายถึง มีความรู้สึกเหล่านั้นบางครั้งไม่เกิน 4 วัน

คะแนน 1 หมายถึง มีความรู้สึกเหล่านั้นบ่อยๆ 5 - 7 วัน

คำสัมภาษณ์ ท่านมีความรู้สึกเหล่านี้มากน้อยเพียงใดในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา

ความรู้สึก	ไม่รู้สึก (3)	รู้สึก 1 - 4 วัน (2)	รู้สึก 5 - 7 วัน (1)
1. ท่านรู้สึกมีเรื่องกลุ้มใจ			
2. ท่านรู้สึกกลัว			
3. ท่านรู้สึกหงุดหงิด			
4. ท่านรู้สึกกระสับกระส่าย			
5. ท่านผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน			
6. ท่านรู้สึกหัวใจเต้นแรงและเร็ว			

### ส่วนที่ 3 ความซึมเศร้า

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบที่ผู้สูงอายุให้สัมภาษณ์มากที่สุด

คะแนน 3 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกเหล่านั้นเลยตลอด 7 วัน

คะแนน 2 หมายถึง มีความรู้สึกเหล่านั้นบางครั้งไม่เกิน 4 วัน

คะแนน 1 หมายถึง มีความรู้สึกเหล่านั้นบ่อยๆ 5 – 7 วัน

คำสัมภาษณ์ ท่านมีความรู้สึกเหล่านี้มากน้อยเพียงใดในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา

ความรู้สึก	ไม่รู้สึก (3)	รู้สึก 1 – 4 วัน (2)	รู้สึก 5 – 7 วัน (1)
1. ท่านรู้สึกเหงาหงอย			
2. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร			
3. ท่านรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า			
4. ท่านรู้สึกอยากร้องไห้			
5. ท่านรู้สึกหมดกำลังใจและสิ้นหวัง			
6. ท่านรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่			

### ด้านที่ 4 ความพึงพอใจในชีวิต

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุให้สัมภาษณ์มากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คะแนน 3 หมายถึง มีความรู้สึกพอใจมาก

คะแนน 2 หมายถึง มีความรู้สึกพอใจปานกลาง

คะแนน 1 หมายถึง รู้สึกพอใจน้อย

คำสัมภาษณ์ ท่านรู้สึกพึงพอใจกับเหตุการณ์ต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด (ถามทีละข้อ)

ความรู้สึก	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)
1.ความสามารถในการทำภารกิจประจำวันที่เป็นอยู่ เช่น การอาบน้ำ รับประทานอาหาร การแต่งตัว			
2.สภาพการขับถ่ายตามที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน			
3.ความสามารถในการดูแลสุขภาพของท่าน			
4.สุขภาพที่เป็นอยู่ขณะนี้			
5.สภาพการพบปะติดต่อกับลูกหลาน/เพื่อนบ้าน ในปัจจุบัน			
6.สภาพความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องและเพื่อนบ้านที่ท่านได้รับ			
7.ฐานะทางการเงินของท่านในขณะนี้			
8.การได้รับความช่วยเหลือด้านค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย			
9.ความเป็นอยู่และความสะดวกภายในบ้าน			
10.ความปลอดภัยในสภาพที่เป็นอยู่ขณะนี้			