



ปัจจัยทำนายนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป
อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร



ประพิมพ์พร เส็งชื่น

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ปีการศึกษา 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป
อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป
อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร"
ของ ประพิมพ์พร เส็งชื่น
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.พรณี บัญชรหัตถกิจ)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จรียา)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร
ผู้วิจัย	ประพิมพ์พร เส็งชื่น
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จรียา
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2566
คำสำคัญ	คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 304 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคระหว่าง 0.701-0.883 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป โดยรวมอยู่ในระดับกลางๆ (Mean= 2.22, S.D.= 0.43) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย (Mean = 2.128, S.D.= 0.406) อยู่ในระดับกลางๆ คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (Mean= 2.361, S.D.= 0.508) อยู่ในระดับกลางๆ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Mean= 2.095, S.D.= 0.509) อยู่ในระดับกลางๆ และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (Mean= 2.335, S.D.= 0.486) อยู่ในระดับกลางๆ นอกจากนี้ ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) (B=0.251) พฤติกรรมการนอนหลับ (B=0.144) การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน (B=0.184) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (B=0.144) และ ภาวะซึมเศร้า (B=-0.113) โดยปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไปได้ ร้อยละ 19.9

ดังนั้น ผลการวิจัยนี้ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอายุ 70 ปีขึ้นไปซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนานโยบายและแผนการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

Title	FACTORS PREDICTING THE QUALITY OF LIFE AMONG ELDERLY PEOPLE AGED 70 YEARS AND OLDER IN BANGMULNAK DISTRICT, PHICHIT PROVINCE
Author	Prapimporn Sengchuen
Advisor	Assistant Professor Wutthichai Jariya
Academic Paper	M.P.H. Thesis in Public Health Program, Naresuan University, 2023
Keywords	Quality of life, elderly, Barthel Activities of Daily Living (ADL)

ABSTRACT

This cross-sectional research aimed to study the factors predicting the quality of life among elderly people aged 70 years and older in Bang Mun Nak District, Phichit Province. The sample consisted of 304 elderly people aged 70 and older. A questionnaire with a Cronbach alpha coefficient ranging from 0.701 to 0.883 was used to obtain the data. Multiple regression analysis and descriptive statistics were used to analyze the data.

The results found that the quality of life among elderly people aged 70 years and older was in the middle level (Mean= 2.22, S.D.= 0.43). The quality of life in physical health aspect was in the middle level (Mean = 2.128, S.D.= 0.406). The quality of life in mental health aspect was in the middle level (Mean = 2.361, S.D.= 0.508). The quality of life in social relationship aspect was in the middle level (Mean= 2.095, S.D.= 0.509). The quality of life in the environment aspect was in the middle level (Mean= 2.335, S.D.= 0.486). Factors predicting quality of life among elderly people aged 70 years and older consisted of daily living ability (ADL) (B=0.251), sleep behavior (B=0.144), participation in community activities (B=0.184), food consumption behavior (B=0.144) and depression (B=-0.113). Such factors could predict the quality of life among elderly people aged 70 years and older with 19.9

percent.

Therefore, the results of this research revealed the factors predicting the quality of life among elderly people aged 70 years and older and it can be used as information to develop the policies and operational plans to promote a better quality of life for among elderly people.



ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จริยา ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความกรุณา สละเวลาอันมีค่ามาเป็นที่ปรึกษาพร้อมทั้งให้คำแนะนำตลอดในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ตลอดจนการแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความใส่ใจจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สุพัฒนา คำสอน ประธานกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตยา วัฒนสินธุ์ กรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์เพื่อการวิจัยนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวรที่กรุณาพิจารณารับรองและเห็นชอบ ให้ดำเนินการวิจัย

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตยา วัฒนสินธุ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรวรรณ กิรติสิโรจน์ และ นพ.ณัฐพล พรรณเชษฐ์ นายแพทย์ชำนาญการ ว.ว.สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา รวมทั้งให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการสร้างเครื่องมือวิจัยอันดียิ่ง

กราบขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางมูลนาก สาธารณสุขอำเภอบางมูลนาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอบางมูลนาก ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยทุกด้านเป็นอย่างดี รวมทั้งเจ้าหน้าที่และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยอย่างดียิ่ง

กราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเนื้อหาที่เป็นประโยชน์และส่งผลให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ทางวิชาการยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ให้การอบรมสั่งสอนด้วยความเอาใจใส่ตลอดระยะเวลาการศึกษา

ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณครอบครัว ครู อาจารย์ และเพื่อนนิสิตทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกด้านอย่างดีเสมอมา อันคุณค่าและคุณประโยชน์ที่ได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบอุทิศให้แต่ผู้มีพระคุณทุกท่าน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจเพื่อนำไปสร้างประโยชน์ยิ่งขึ้นไป

ประพิมพ์พร เส็งชื่น

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
ประกาศคุณูปการ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญรูปภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
สมมติฐานของการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	6
ขอบเขตด้านประชากร กลุ่มตัวอย่างตัวแปร	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	11
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	20
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	29

แนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE PROCEDE Model	33
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	40
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	48
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	49
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
วิธีสร้างและตรวจสอบเครื่องมือ.....	56
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	57
วิธีวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	60
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	60
ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยด้านพฤติกรรม.....	62
ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม.....	67
ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านสุขภาพ.....	68
ส่วนที่ 5 คุณภาพชีวิต ประเมินจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI).....	69
ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้าน สิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป	77
บทที่ 5 บทสรุป.....	80
สรุปผลการวิจัย	80
อภิปรายผลการวิจัย	82
ข้อเสนอแนะ	88
บรรณานุกรม	89

ภาคผนวก.....94

ประวัติผู้วิจัย..... 137



สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1	แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....	51
ตาราง 2	แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=304)	60
ตาราง 3	แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป (n=304)	62
ตาราง 4	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป (n=304).....	67
ตาราง 5	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในการได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป (n=304).....	68
ตาราง 6	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการมีโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป (n=304)	68
ตาราง 7	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป (n=304).....	69
ตาราง 8	แสดงการจำแนกความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของกลุ่มตัวอย่าง.....	71
ตาราง 9	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป (n=304).....	72
ตาราง 10	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI) ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป (n=304).....	72
ตาราง 11	แสดงการแปลผลคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI)	76
ตาราง 12	แสดงผลการวิเคราะห์ตัวแปรทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (n=304)	77

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพ 1 แสดงแบบจำลอง PRECEDE-PROCEDE Model	39
ภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย	48



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์เกิดขึ้นทั่วโลกในรอบครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา ประชากรมีอายุสูงขึ้นมาอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2564 โลกของเรามีประชากรทั้งหมด 7,875 ล้านคน และในจำนวนทั้งหมดนี้ มีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,082 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด นั่นหมายความว่า โลกของเราได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุมานานแล้ว องค์การสหประชาชาติได้คาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15 ในปี 2568 โดยประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีแนวโน้มการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเร็วกว่าประเทศที่กำลังพัฒนา โดยประเทศทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้วแล้ว หมายถึง การมีอัตราผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงกว่าร้อยละ 20 รวมทั้ง ทวีปอื่นก็เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุทั้งหมด ยกเว้นทวีปแอฟริกาที่ยังมีอัตราผู้สูงอายุไม่ถึงร้อยละ 10 ประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงที่สุด ได้แก่ ประเทศญี่ปุ่น ร้อยละ 35 ประเทศอิตาลี ร้อยละ 30 และประเทศโปตุเกส ร้อยละ 30 ขณะที่ภูมิภาคอาเซียนซึ่งมีสมาชิก 10 ประเทศ มีจำนวน 671 ล้านคน ในจำนวนทั้งหมดนี้ มีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 11 ของประชากรทั้งหมด นั่นหมายความว่า อาเซียนได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2564 นี้เอง ประเทศสมาชิกอาเซียนที่เป็นสังคมผู้สูงอายุไปแล้ว มี 7 ประเทศ คือ ประเทศสิงคโปร์ ร้อยละ 22 ประเทศไทย ร้อยละ 19 ประเทศเวียดนาม ร้อยละ 13 ประเทศมาเลเซีย ร้อยละ 11 ประเทศอินโดนีเซีย ร้อยละ 10 ประเทศเมียนมา ร้อยละ 10 และประเทศบรูไน ร้อยละ 10 มีการคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยจะเป็น “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” และคาดประมาณว่าประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ในปี 2581 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561)

เมื่อปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 66.7 ล้านคน ชาย 32.2 ล้านคน หญิง 34.5 ล้านคน มีสัดส่วนวัยเด็กร้อยละ 16.6 วัยแรงงาน ร้อยละ 64.6 และวัยสูงอายุ ร้อยละ 18.8 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) ปี พ.ศ. 2561 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 17.6 โดยที่อันดับ 1 อยู่ที่ภาคเหนือ ร้อยละ 21.2 รองลงมาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 18.9 รองลงมาคือภาคตะวันตก ร้อยละ 18.6 ภาคกลาง ร้อยละ 17.79 ภาคใต้ ร้อยละ 14.5 ภาคตะวันออก ร้อยละ 13.3 ตามลำดับ ในขณะที่เดียวกันจังหวัดกรุงเทพมหานคร มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 13.1 และยังมีผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 114,000 คน ในเวลา 20 ปีที่ผ่านมา

ประชากรไทยมีอายุสูงขึ้น อย่างมาก ในปี 2543 ประเทศไทย มีผู้สูงอายุเพียง ร้อยละ 8 ของประชากรทั้งหมด สัดส่วนผู้สูงอายุ ได้เพิ่มเป็นร้อยละ 18 ในปี 2561 และคาดประมาณว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ในปี 2581 2581 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561)

จังหวัดพิจิตร พบว่า มีร้อยละผู้สูงอายุต่อประชากรเป็นอันดับ 10 ใน 77 จังหวัดของประเทศไทย ประชากรสูงอายุของจังหวัดพิจิตรในปี 2563 คิดเป็น ร้อยละ 25.81 จากข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จังหวัดพิจิตร ปี พ.ศ. 2558-2562 คิดเป็นร้อยละ 19.6, 20.85, 22.08, 23.31 และ 24.15 ตามลำดับ เห็นได้ว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ประกอบด้วย 10 ตำบล ได้แก่ เทศบาลเมืองบางมูลนาก ภูมิ บางไผ่ วังกรด หอไกร ห้วยเขน เนินมะกอก วังตะกู่ วังสำโรง ลำประดา มีจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด 78 หมู่บ้าน ในปี พ.ศ. 2563 อำเภอบางมูลนาก มีจำนวนผู้สูงอายุ 9,157 คน จากประชากรทั้งหมด 28,350 คน คิดเป็นร้อยละ 32.30 เป็นอันดับ 1 ของจังหวัดพิจิตร และผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ของอำเภอบางมูลนาก ปี พ.ศ. 2558-2562 คิดเป็นร้อยละ 45.05, 45.39, 45.74, 45.65 และ 45.48 ตามลำดับและในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป มากถึง 4,213 คน จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 9,157 คน คิดเป็นร้อยละ 46.01 ซึ่งถือได้ว่าอำเภอบางมูลนากเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, 2553)

สาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วมาจาก การเพิ่มอัตราการเกิด ส่งผลให้โครงสร้างประชากรไทยเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ การเพิ่มสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว เนื่องมาจากปัจจัยสำคัญ 2 ประการ คือ 1) การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์หรือการเกิดน้อยลง จากข้อมูลอัตราเจริญพันธุ์รวมที่สตรีคนหนึ่งมีตลอดวัยเจริญพันธุ์ได้ลดลงเป็นลำดับ จาก 4.9 คน ต่อสตรี 1 คนในปี 2517 เหลือเพียงประมาณ 1.6 คน ต่อสตรี 1 คน ในปี 2556 และจะเหลือประมาณ 1.3 คน ในปี 2576 อัตราการเจริญพันธุ์รวมของประชากรไทยใน ปี 2560 อยู่ที่ 1.59 ซึ่งต่ำกว่าระดับทดแทน โดยคาดว่าจะมีแนวโน้มลดลงเหลือเพียง 1.35 และในปี 2579 2) การลดอัตราการตายทำให้อายุคนไทยยืนยาวขึ้น ดูได้จากอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทย เมื่อ 50 ปี ก่อน อายุคาดเฉลี่ยของเพศชายอยู่ที่ประมาณ 55 ปี เพศหญิงอยู่ที่ประมาณ 62 ปี แต่ปัจจุบัน อายุคาดเฉลี่ยได้เพิ่มสูงขึ้น โดยเพศชายมีอายุคาดเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 72 ปี เพศอายุคาดเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 79 ปี และในอนาคตสัดส่วนประชากรวัยเด็ก วัยแรงงานจะลดลง คนสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้อัตราส่วนการพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราการพึ่งพิง ของประชากรสูงอายุต่อคนวัยทำงาน พบว่า พ.ศ. 2553 วัยทำงาน 100 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุ 19.7 คน พ.ศ. 2563 วัยทำงาน 100 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุ 30.3 คน และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้เห็นว่า ค่าอายุเฉลี่ยของประชากรสูงขึ้น และอัตราพึ่งพิงของประชากรสูงอายุก็เพิ่มด้วยเช่นกัน หากไม่มีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจนอาจก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาได้ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.)

จากสถานการณ์ที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้นำไปสู่ประเด็นความท้าทายต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Quality of life) ในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านทุนมนุษย์ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาค่อนข้างน้อย การที่ผู้สูงอายุมีการศึกษาน้อย อาจทำให้เกิดข้อจำกัดในเรื่องของการเข้าถึงในส่วนของบริการด้านสุขภาพและสังคม รวมถึงด้านการทำงาน ด้านเศรษฐกิจ ในส่วนของการมีบุตรนั้นผู้สูงอายุรุ่นปัจจุบันมีจำนวนบุตรน้อยกว่าในอดีตและมีแนวโน้มในการมีบุตรน้อยลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่จะอาศัยอยู่กับบุตรน้อยลง แต่การอยู่กับคู่สมรสและการอยู่เพียงลำพังเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการที่ผู้สูงวัยมีบุตรหลานที่อยู่ในวัยทำงาน ทำให้ต้องไปทำงานที่อื่น รวมถึงภาวะการเจริญพันธ์ที่ลดลงทำให้ผู้สูงอายุในรุ่นต่อไปจะยังมีบุตรน้อยลง การหวังพึ่งพาบุตรในการดูแลเอาใจใส่ในยามที่อายุมากขึ้น จึงมีโอกาสเป็นไปได้ยากขึ้น ด้านสุขภาพผู้สูงอายุมีแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีภาวะทุพพลภาพมากขึ้นตามวัยที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย (สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) อีกทั้งยังพบว่า ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันโดยวัดจากการไม่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานได้ เช่น การรับประทานอาหาร การล้างหน้า การแปรงฟัน การสวมใส่เสื้อผ้าและการขับถ่าย ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบทมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองหรือชุมชนชนบท โรคเรื้อรังจากข้อมูลการสำรวจพบว่าโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอัมพฤกษ์อัมพาต รวมถึงโรคสมองเสื่อมที่ยังอายุมากขึ้นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคก็จะสูงขึ้น แม้รักษาไม่หายขาดแต่สามารถชะลอความรุนแรงของโรคได้ ซึ่งโรคดังกล่าวสามารถนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตในผู้สูงอายุได้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560)

มีหลายหน่วยงานที่แบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2010) สหประชาชาติ (United Nations) (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2563) สำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2557) สถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Institute of Aging) ประเทศสหรัฐอเมริกา ยูริค และคณะ (Yuriek et al., 1980) และสำหรับประเทศไทย กรมกิจการผู้สูงอายุ แบ่งผู้สูงอายุ ซึ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ตามสภาพร่างกาย การรับรู้ ความคิด ความจำ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน คือ อายุ ระหว่าง 60-69 ปี คนชรา (Old) คืออายุระหว่าง 70 – 79 ปี และคนชรามาก (Very old) คืออายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546, 2546)

จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก เมื่ออายุเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้นความเสี่ยงในการหกล้มจะมากขึ้นโดยเฉพาะผู้ที่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือมีโรคประจำตัว โดยข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จะมีแนวโน้มในการหกล้ม ร้อยละ 28-35 ต่อปี และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 32-42 เมื่ออายุ 70 ปีเป็นต้นไป (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) และจากรายงานของกระทรวง

สาธารณสุขประเทศไทยในปี พ.ศ. 2558 พบว่ามีผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ซึ่งเป็นโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะสมองเสื่อม ประมาณ 600,000 คน คิดเป็นร้อยละ 8 ของผู้สูงอายุทั้งหมดและมีการคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์จะมีแนวโน้มสูงขึ้นเป็น 1,117,000 คน ในปี พ.ศ. 2573 โดยความชุกจะพบมากขึ้นตามอายุซึ่งอาจพบได้สูงถึงร้อยละ 30 ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 85 ปี เนื่องจากปัจจุบันโรคอัลไซเมอร์ยังไม่มียาเฉพาะที่ใช้ในการรักษาจึงยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2561)

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี คือ บุคลากรที่มีความรู้และมีทักษะขั้นสูงหรือเฉพาะ แม้ว่าจะสูงวัยแล้วความสามารถก็ยังคงอยู่ในบุคคลนั้น ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (WHOQOL Group, 1994 อ้างอิงใน จันทนา สารแสง, 2561) การที่ผู้สูงอายุมีภาวะจะทำให้เกิดการเรียนรู้เพื่อเกิดการพัฒนาในด้านต่าง ๆ ถือว่าเป็นกำลังและศักยภาพที่สำคัญในการพัฒนาประเทศ ในยุคเศรษฐกิจที่มีการแข่งขันที่ต้องใช้ความรู้ในระดับสูง และจากผลการสำรวจของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โรคเบาหวาน โรคสมองเสื่อม โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจมากขึ้น การเตรียมพร้อมตั้งรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ก่อน ก็ย่อมเป็นประโยชน์ต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ และมีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นด้วยรวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หากไม่มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตหรือสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นสิ่งที่สำคัญคือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุต้องมีการเตรียมพร้อมเพื่อรองรับปัญหาต่าง ๆ ของผู้สูงอายุที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560)

รัฐบาลไทยจึงได้มีการนำข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมากำหนดเป็นยุทธศาสตร์ชาติฉบับแรกของประเทศไทยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งจะต้องนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้ประเทศไทยบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” เพื่อความสุขของคนไทยทุกคน โดยมีเป้าหมายการพัฒนาประเทศ คือ “ประเทศชาติมั่นคง ประชาชนมีความสุข เศรษฐกิจพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สังคมเป็นธรรม ฐานทรัพยากรธรรมชาติยั่งยืน” โดยยกระดับศักยภาพของประเทศในหลากหลายมิติพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ สร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม สร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และมีภาครัฐของประชาชนเพื่อประชาชนและประโยชน์ส่วนรวม นอกจากนี้ยังมีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุระยะยาวเพื่อเตรียมความพร้อมของประชากรและสังคม รวมทั้งคุ้มครองส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตสูงอายุนิรูปแบบแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ประเทศไทยมีการพยายามดำเนินการเพื่อเตรียมประชากรและพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรผู้สูงอายุทุกมิติ ในภาพรวมงานด้านผู้สูงอายุมีความก้าวหน้าในระดับหนึ่งแต่ยังคงค่อนข้าง

ล่าช้ากว่าอัตราความเร็วในการก้าวสู่สังคมสูงวัยและการเพิ่มอย่างรวดเร็วของจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุวัยปลายอายุ 80 ปีขึ้นไปซึ่งเป็นช่วงวัยที่หน้าพึ่งพาอย่างเต็มรูปแบบ (สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรม (กนกอร เลิศลาภ, 2561; กรวรรณ ยอดไม้ และคณะ, 2561; จิรัชยา เกล้าดี และคณะ, 2560; จิราภรณ์ เกษร, 2560; โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์ และคณะ, 2562; ณรงค์ คุณสุข, 2559; เต๋น นวลโรสง, 2560; ปรียาดา ยิ่งอยู่, 2562; พัทธราภรณ์ พัฒนะ, 2560; มยุรี พงษ์นาค, 2555; สิริมา อิทธิประเสริฐ, 2560; Doshmangir et al., 2014; Gunawan et al., 2020) พบว่า ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีความสอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE-PROCEDE model ขั้นตอนที่ 1 และ 2 ซึ่งประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก คือ 1) ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การดูแลตนเอง การนอนหลับ การบริโภคอาหาร การซื้อยามารับประทานเองเมื่อเจ็บป่วย 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ บ้านที่พักอาศัย บริเวณรอบบ้านที่อาศัย การคมนาคม สภาพชุมชน บุคคลที่ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ด้วย บุคคลที่ดูแลเมื่อเจ็บป่วย การเป็นสมาชิกชมรม การเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม / ศาสนา ตำแหน่งทางสังคม การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ การได้รับเบี้ยยังชีพ 3) ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน โรคประจำตัว ภาวะซึมเศร้า การตรวจสุขภาพประจำปี

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร เพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุในเขตพื้นที่และนำไปสู่นโยบายในการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนในอนาคตต่อไป

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร อยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยใดที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และ ปัจจัยด้านสุขภาพ สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตรได้

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ในช่วงเดือน พฤษภาคม 2563 - กันยายน 2564

ขอบเขตด้านประชากร กลุ่มตัวอย่างตัวแปร

ประชากรได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปี ขึ้นไป อาศัยอยู่ใน 10 ตำบล ของอำเภอ บางมูลนาก จำนวน 4,213 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ตัวแปรต้น ได้แก่
 - 1.1 ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การดูแลตนเอง การนอนหลับ การบริโภคอาหาร การซื้อยามารับประทานเองเมื่อเจ็บป่วย
 - 1.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ บ้านที่พักอาศัย บริเวณรอบบ้านที่อาศัย การคมนาคม สภาพชุมชน บุคคลที่ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ด้วย บุคคลที่ดูแลเมื่อเจ็บป่วย การเป็นสมาชิกชมรม การเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม / ศาสนา ตำแหน่งทางสังคม การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ การได้รับเบี้ยยังชีพ
 - 1.3 ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน โรคประจำตัว ภาวะซึมเศร้า การตรวจสุขภาพประจำปี
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่
 - 2.1 ด้านร่างกาย
 - 2.2 ด้านจิตใจ
 - 2.3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม

2.4 ด้านสิ่งแวดล้อม

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปี ขึ้นไป อาศัยอยู่ใน 10 ตำบล ของอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีความบกพร่องทางกายและใจ มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน

2. ปัจจัยด้านพฤติกรรม หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การดูแลตนเอง การนอนหลับ การบริโภคอาหาร การซื้อยามารับประทานเองเมื่อเจ็บป่วย

2.1 การดื่มสุรา หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ได้แก่ เหล้าขาว เหล้าแดง ยาแดง เบียร์

2.2 การสูบบุหรี่ หมายถึง การใช้สารเสพติดโคติน ได้แก่ ยาเส้น บุหรี่ก้นกรอง บุหรี่ไฟฟ้า เป็นต้น

2.3 การออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวโดยมีการออกแรง จนรู้สึกเหนื่อยพอประมาณ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละประมาณ 10-30 นาที

2.4 การดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ การล้างหน้า การแปรงฟัน การทำความสะอาดร่างกาย เป็นประจำทุกวัน

2.5 การนอนหลับ หมายถึง การนอนหลับ ตั้งแต่ 7-8 ชั่วโมงขึ้นไป โดยไม่มีการใช้ยานอนหลับ

2.6 การบริโภคอาหาร หมายถึง การเลือกรับประทานอาหารที่มีความเหมาะสม เช่น ทานอาหารครบ 5 หมู่ ทานอาหารปรุงสุก รวมถึงการรับประทานอาหารครบ 3 มื้อต่อวัน

2.7 การซื้อยามารับประทานเองเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง เมื่อเกิดการเจ็บป่วย เกิดความไม่สบายกาย เลือกที่จะซื้อยาเองตามร้านขายยาทั่วไปมารับประทานเองโดยไม่ได้รับการรักษาที่สถานบริการสุขภาพ

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ บ้านที่พักอาศัย บริเวณรอบบ้านที่อาศัย การคมนาคม สภาพชุมชน บุคคลที่ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ด้วย บุคคลที่ดูแลเมื่อเจ็บป่วย การเป็นสมาชิกชมรม การเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม / ศาสนา ตำแหน่งทางสังคม การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ การได้รับเบี้ยยังชีพ

3.1 บ้านที่พักอาศัย หมายถึง ลักษณะที่พักอาศัย ได้แก่ บ้านชั้นเดียว บ้านใต้ถุนสูงหรือ บ้านสองชั้น อาจใช้วัสดุในการก่อสร้างที่อยู่อาศัยแตกต่างกัน เช่น ปูน อิฐ หรือไม้ พื้นบ้านเรียบ ไม่แตกหัก ไม่มีของวางเกะกะเสี่ยงต่อการสะดุด หกล้ม เป็นต้น

3.2 บริเวณรอบบ้านที่พักอาศัย หมายถึง สิ่งแวดล้อมบริเวณรอบ ๆ บ้านของตนเองมี ความสะอาด ปลอดภัย เรียบร้อย ไม่มีเสียงดัง กลิ่น รบกวน เช่น เสียงรถมอเตอร์ไซด์ ไม่มีน้ำขังใน ภาชนะสำหรับก่อให้เกิดโรคไข้เลือดออก ไม่มีกลิ่นของสิ่งปฏิกูลต่างๆ เป็นต้น

3.3 การคมนาคม หมายถึง มีรถรับส่งโดยสาร หรือถนนไม่มีความชำรุด สามารถใช้ ในการเดินทางได้ไปสถานที่ต่าง ๆ ได้อย่างสะดวกและมีความปลอดภัย

3.4 สภาพชุมชน หมายถึง ชุมชนมีความปลอดภัย มีความสงบไม่มีขโมย ไม่เป็นแหล่ง ชองสุมอบายมุขต่าง ๆ มีเพื่อนบ้านที่ดี สามารถช่วยเหลือกันได้ มีอากาศที่บริสุทธิ์ มีสถานที่สำหรับ ส่งเสริมสุขภาพ เช่น สถานที่ออกกำลังกาย

3.5 บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย หมายถึง การมีหรือไม่มี บุคคลที่พักอาศัยในบ้านเดียวกัน อาจเป็นสามี ภรรยา บุตรหลาน หรือเป็นบุคคลที่จ้างมา

3.6 บุคคลที่ดูแลเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง บุคคลในครอบครัว เช่น บุตรหลาน สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง หรือบุคคลที่ไม่ความสัมพันธ์ เช่น บุคคลอื่นที่จ้างเพื่อดูแลผู้สูงอายุได้เมื่อเกิดการ เจ็บป่วย

3.7 การเป็นสมาชิกชมรม หมายถึง การเข้าร่วมเป็นสมาชิกของชมรมต่าง ๆ ในพื้นที่ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมออกกำลังกาย เป็นต้น

3.8 การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน หมายถึง การเข้าร่วมงานประเพณี การพบปะสังสรรค์ กับผู้คนในชุมชนการเข้าร่วมงานต่าง ๆ เช่น งานแต่งงาน งานบวช งานขึ้นบ้านใหม่ เป็นต้น

3.9 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม / ศาสนา การเข้าร่วมปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่ ตนเองนับถือ เช่น การสวดมนต์ไหว้พระ การทำบุญตักบาตร ทำบุญวันเข้าพรรษา ออกพรรษา การ ละหมาด การไปโบสถ์ เป็นต้น

3.10 ตำแหน่งทางสังคม หมายถึง ตำแหน่งที่ผู้สูงอายุได้รับ เช่น ประธานชมรม ผู้สูงอายุ กรรมการผู้สูงอายุ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น

3.11 การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ สุขภาพโดยการเดินทางไปได้ด้วยตนเองหรือต้องมีบุคคลอื่นพาไปยังสถานบริการสุขภาพ

3.12 การได้รับเบี้ยยังชีพ หมายถึง การที่บุคคลได้รับเงินที่รัฐบาลจ่ายเป็นรายเดือน ให้แก่ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและมีสัญชาติไทย ที่มีได้รับเงินรายได้ประจำจากหน่วยงาน ของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้สูงอายุ โดย รัฐบาลจ่ายตามช่วงอายุ (ตามมติ ครม. 1 ต.ค. 2554) ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี จะได้รับเบี้ยยังชีพ อัตรา 600 บาทต่อคนต่อเดือน
2. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70-79 ปี จะได้รับเบี้ยยังชีพ อัตรา 700 บาทต่อคนต่อเดือน
3. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80-89 ปี จะได้รับเบี้ยยังชีพ อัตรา 800 บาทต่อคนต่อเดือน
4. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป จะได้รับเบี้ยยังชีพ อัตรา 1,000 บาทต่อคนต่อเดือน

4. ปัจจัยด้านสุขภาพ หมายถึง ข้อมูลสุขภาพของของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน โรคประจำตัว ภาวะซึมเศร้า การตรวจสุขภาพประจำปี

4.1 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน หมายถึง การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานด้านการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามศักยภาพ จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข)

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

4.2 โรคประจำตัว หมายถึง โรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยอยู่แล้วและไม่สามารถรักษาหายขาดได้ ต้องได้รับการรักษาเป็นประจำ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง เป็นต้น

4.3 ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจากการได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q จากแบบสอบถามโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

4.4 การตรวจสุขภาพประจำปี หมายถึง การได้รับการตรวจร่างกายโดยแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) รวมถึงการได้รับบริการที่สถานบริการทางการแพทย์ เช่น โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุข ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน ชุมชน (ศสมช.) และการให้บริการในพื้นที่เพื่อเฝ้าระวังการโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น การตรวจหาโรคเบาหวาน การวัดความดันโลหิต การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

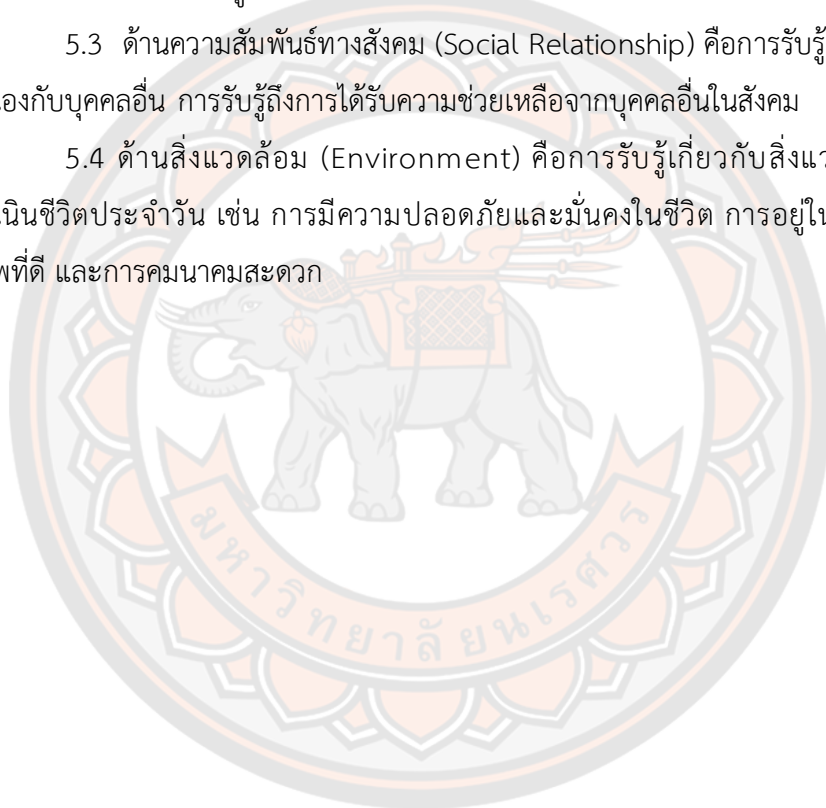
5. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง การมีชีวิตที่ดีที่มีความสุขมีความพึงพอใจในด้านต่าง ๆ ดังนี้ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ, 2540)

5.1 ด้านร่างกาย (Physical Health) คือการรับรู้ทางด้านร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ การดูแลตนเอง

5.2 ด้านจิตใจ (Psychological) คือการรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่มีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง ความรู้สึกมีความภาคภูมิใจ ความมั่นใจในตนเอง รวมถึงการรับรู้ถึงความคิด ความจำและสมาธิ เป็นต้น

5.3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationship) คือการรับรู้ด้านความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม

5.4 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การมีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี และการคมนาคมสะดวก



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอ บางมูลนาก จังหวัดพิจิตร โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 การแบ่งช่วงผู้สูงอายุ
 - 1.3 สถานการณ์ผู้สูงอายุ
 - 1.4 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ
 - 1.5 การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ
 - 1.6 การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
 - 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
 - 2.2 ความหมายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
 - 2.3 แนวทางหรือนโยบายของภาครัฐในการดำเนินงานและการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ
 - 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
4. แนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE PROCEDE Model
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1. ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (World health Organization, 1990) ได้อธิบายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย หรือหมายถึง ผู้เกษียณจากการทำงาน เมื่อนับตามสภาพ เศรษฐกิจหรือหมายถึงผู้ที่สังคมยอมรับเป็นผู้สูงอายุ

พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน (สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, 2554) ได้ให้ความหมายของคำว่าชรา ไว้ว่า แก่ด้วยอายุ, ชำรุดทรุดโทรม

กรมอนามัย (2555) อธิบายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจิตใจและคนที่เคยแข็งแรงสมบูรณ์จะกลับเสื่อมลงตามอายุขัย เช่น ข้อเสื่อม หูตึง ตามัว ต้อกระจก เป็นต้น

พจนานุกรม ภาวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม (2558) ได้ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสติปัญญา ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่เสื่อมโทรมและอ่อนแอลง โรคเรื้อรังสะสมเพิ่มขึ้น ต้องการการพึ่งพิงจากลูกหลานและบุคคลในครอบครัว

กนกอร เลิศลาภ (2561) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ ไปในทางที่เสื่อมลง มีบทบาททางสังคมและกิจกรรมในการประกอบอาชีพลดลง

สุรพงษ์ มาลี (2561) กล่าวว่า สำหรับประเทศไทย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 ได้บัญญัติว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง “บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบ ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย” ซึ่งผมคิดว่า เราควร ยึดความหมายตามที่กฎหมายบัญญัติไว้เป็นหลัก นอกจากนี้ตามภาษาปาก อาจมีผู้ใช้คำว่า “ผู้สูงวัย” อยู่บ้าง ซึ่งนักภาษาศาสตร์สันนิษฐานว่า ก็ให้ความเห็นว่าคุณควรใช้คำว่า “ผู้สูงอายุ” แทน “ผู้สูงวัย” เพราะ “วัย” ตามภาษาพระ ท่านสอนนัยยะว่าเป็น “ความเสื่อม หรือ ความโทรม”

ในบรรดาประเทศที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ก็ยังมี การ “แบ่งชั้น” กันอีกว่า เป็นสังคมผู้สูงอายุในระดับไหน โดยดูจากร้อยละของจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป นั่นเอง ศัพท์แสงของการแบ่งชั้นที่เราควรทำความเข้าใจ มีดังต่อไปนี้

สังคมกำลังเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging Society) หมายถึง สังคมนั้นมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวน ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งถือเป็นผู้สูงอายุ อย่างต่อเนื่อง

สังคมสูงอายุ (Aged Society) หมายถึง สังคมที่มี ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 10 ของ ประชากรทั้งประเทศ หรือเป็นสังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด

สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Completely Aged Society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ หรือเป็น สังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด

สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เกินกว่า ร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศ หรือเป็นสังคมที่มี ประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด

กล่าวสรุป คือ ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ มีความต้องการการพึ่งพิงจากบุคคลในครอบครัว

2. การแบ่งช่วงผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2010) มีการแบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้น ในลักษณะของการแบ่งช่วงอายุที่เหมือนกัน คือ

1. ผู้สูงอายุ (elderly) มีอายุระหว่าง 60-74 ปี
2. คนชรา (old) มีอายุระหว่าง 75-90 ปี
3. คนชรามาก (very old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

สหประชาชาติ (United Nations) (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2563) ยังไม่นิยามที่แน่นอนว่าอายุเท่าไรจึงจะเรียกว่าเป็น “ผู้สูงอายุ” (Older/Elderly person) แต่สหประชาชาติใช้อายุ 60 ปีขึ้นไปในการนำเสนอสถิติ ข้อมูลและตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2557) นิยามผู้สูงอายุว่าหมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง และจำแนกทางสถิติจากการลงบันทึกข้อมูลประชากร แบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือ

1. วัยต้น หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60-69 ปี
2. วัยกลาง หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 70-79 ปี
3. วัยปลาย หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป

ยูริค และคณะ (Yuriek et al., 1980) เสนอการแบ่งอายุของผู้สูงอายุตามสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Institute of Aging) ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดผู้สูงอายุไว้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ผู้สูงอายุวัยต้น (young-old) ซึ่งเป็นวัยที่ไม่ชรามากและยังทำงานได้ถ้ามีสุขภาพกายและจิตดี มีอายุ 60-74 ปี

2. กลุ่มผู้สูงอายุที่แท้จริง (old-old) มีอายุ 75 ปีขึ้นไป

กรมกิจการผู้สูงอายุ ประเทศไทย แบ่งผู้สูงอายุ (Elderly) ดังนี้ คือ อายุ ระหว่าง 60-69 ปี คนชรา (Old) คืออายุระหว่าง 70 – 79 ปี และคนชรามาก (Very old) คืออายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546, 2546)

สำหรับงานวิจัยนี้เลือกใช้การแบ่งช่วงอายุของ กรมกิจการผู้สูงอายุ ประเทศไทย (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546, 2546) โดยแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ตามสภาพร่างกายการรับรู้ ความคิด ความจำ ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน คือ ระหว่าง 60-69 ปี คนชรา (Old) คืออายุระหว่าง 70 – 79 ปี และคนชรามาก (Very old) คืออายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปขึ้นไป

3. สถานการณ์ผู้สูงอายุ

ปัจจุบันการสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์เกิดขึ้นทั่วโลกในรอบครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา ประชากรมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2561 โลกของเรามีประชากรทั้งหมด 7,633 ล้านคน และในจำนวนทั้งหมดนี้ มีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 990 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13 โดยทวีปยุโรป มีผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 25 ซึ่งเป็นอันดับ 1 ของโลก รองลงมาคือ ทวีปอเมริกาเหนือ มีผู้สูงอายุอยู่ที่ ร้อยละ 22.2 และยังคงเหลือ ทวีปแอฟริกาทวีปเดียวที่ยังไม่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ในปี 2561 โลกของเรามีจำนวนผู้สูงอายุวัยปลายหรือผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปี ขึ้นไป มากถึง 142 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 1.9 ของประชากรทั้งหมด มีการคาดการณ์ไว้ว่าในอีก 10 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุวัยปลายจะเพิ่มขึ้นเป็น 188 ล้านคน การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุวัยปลายเฉลี่ย อยู่ที่ร้อยละ 3.2 ต่อปี การคาดการณ์ของสหประชาชาติคาดการณ์ว่าในอีก 26 ปีข้างหน้า โลกของเราจะมีประชากรสูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) สูงขึ้นเป็นร้อยละ 20 จะทำให้โลกกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ จากการสำรวจพบประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุ 10 อันดับแรกของโลก คือ ญี่ปุ่น (ร้อยละ 33.6), อิตาลี (29.8), เยอรมัน (28.4), โปรตุเกส (28.3), ฟินแลนด์ (28.1), บัลแกเรีย (27.9), ไครเอเชีย (27.2), กรีซ (26.9), สโลวีเนีย (26.8), ลัตเวีย (26.6) ตามลำดับ และ ประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุต่ำสุด 10 ประเทศ คือ สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ (ร้อยละ 2.6), กาตาร์ (3.1), ยูกันดา (3.3), แคมเบีย (3.7), แกมเบีย (3.8), บูร์กินาฟาโซ (3.9), มาลี (3.9), ชาด (4.0), แองโกลส (4.1), และ โอมาน (4.1) ตามลำดับ (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2562)

การสูงวัยของประชากรอาเซียนในปี 2561 อาเซียนได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว ใน 10 ประเทศของสมาชิกอาเซียน มีจำนวนประชากร 60 ปีขึ้นไป 67 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 10.2 จากประชากรทั้งหมด ในขณะที่ประชากรวัย 15-59 ปี มีจำนวนอยู่ที่ 418 ล้านคน หรือคิดเป็น 63.9 ประชากร 0-14 ปี มีจำนวนอยู่ที่ 169 ล้านคน หรือคิดเป็น 25.9 และใน 10 ประเทศอาเซียน มี 4 ประเทศที่ได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุไปแล้ว ได้แก่ สิงคโปร์ (ร้อยละ 20.4), ไทย (ร้อยละ 17.6), เวียดนาม (ร้อยละ 11.6), และมาเลเซีย (ร้อยละ 10.0) ตามลำดับ (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2562)

ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 17.6 โดยที่ อันดับ 1 อยู่ที่ภาคเหนือ ร้อยละ 21.2 รองลงมา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 18.9 รองลงมาคือภาคตะวันตก ร้อยละ 18.6 ภาคกลาง ร้อยละ 17.79 ภาคใต้ ร้อยละ 14.5 ภาคตะวันออก ร้อยละ 13.3 ตามลำดับ ในขณะที่เดียวกันจังหวัด กรุงเทพมหานคร มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 13.1 และยังมีผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 114,000 คน ในเวลา 20 ปีที่ผ่านมา ประชากรไทยมีอายุสูงขึ้น อย่างมาก ในปี 2543 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ เพียง ร้อยละ 8 ของประชากรทั้งหมด สัดส่วนผู้สูงอายุ ได้เพิ่มเป็นร้อยละ 18 ในปี 2561 และคาด ประมาณว่าจะ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ในปี 2581 (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2562)

สาเหตุที่ทำให้จำนวนหรืออัตราผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากสาเหตุหลัก 2 ประการ คือ 1) อัตราการเกิดลดลง จำนวนเด็กเกิดในประเทศไทยลดลงอย่างรวดเร็ว วิถีชีวิตและ สภาพเศรษฐกิจสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากในปัจจุบัน ทำให้ผู้หญิงไทยรุ่นใหม่ แต่งงาน และมีลูก น้อยลง คู่แต่งงานมีความต้องการมีลูกน้อยลง และที่สำคัญคือ ผู้หญิงไทยในวัยมีบุตรลดจำนวนลง อันเป็นผลมาจากการเกิดที่ลดลงอย่างมากในระยะเวลา 30-40 ปี ที่ผ่านมานี้ ส่งผลให้อัตราการเกิด ของประเทศไทยลดลงเป็นอย่างมาก จากปี พ.ศ. 2526 มีทารกเกิดใหม่จำนวน 1,055,802 คน คิด เป็น 31.3 คน ต่อ 1,000 ประชากร แต่ปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2561 ลดลงเหลือ 704,508 คน คิดเป็น 10.7 คน ต่อ 1,000 ประชากร จำนวนเด็กที่เกิดน้อยลงอย่างมากใน วันนี้และวันข้างหน้า จะยิ่งทำให้ จำนวนสตรีในวัยมีบุตร ลดลงอย่างมากในอนาคต 2) อายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้นขึ้น อาจเกิดได้จากพัฒนาการด้านเทคโนโลยีและความรู้ทางการแพทย์ที่มีความก้าวหน้ามากขึ้น รวมถึง การที่ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้มากขึ้น ทำให้อายุขัยเฉลี่ยของคนไทยมี แนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากปี พ.ศ. 2507-2508 เพศชายมีอายุคาดเฉลี่ยอยู่ที่ 55 ปี ส่วนเพศหญิงมีอายุ คาดเฉลี่ยอยู่ที่ 62 ปี แต่ปัจจุบัน ปีพ.ศ. 2561 อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยทั้งเพศชายและเพศหญิง เพิ่มขึ้นเป็น 76 ปี และ 83 ปีตามลำดับ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561ก)

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุ ของประชากรไทยไม่ว่าจะเป็นภาระลงของ สัดส่วนวัยเด็กและวัยแรงงาน ปัญหาการขาดแคลนแรงงาน ภาระในการดูแลผู้สูงวัยซึ่งมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้น รวมถึงรูปแบบในการขับเคลื่อนภาวะเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยนับจากวันนี้เป็นต้น ไป ผลกระทบเหล่านี้ก็จะ ยิ่งทวีความรุนแรงและเห็นได้ชัดเจนขึ้น สิ่งเหล่านี้ทำให้เห็นและเป็นเครื่อง ยืนยันได้ว่า “สังคมสูงวัย” ไม่ใช่แค่เรื่องของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นเพียงอย่างเดียว แต่กลับมีความ เชื่อมโยงไปถึงในเรื่องอื่น ๆ อีกด้วย ซึ่งถือเป็นประเด็นท้าทายอีกประเด็นหนึ่ง

4. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2561ข) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงในร่างกายของคนเราเกิดขึ้นตลอดเวลา จากทารกตัวน้อยจนกลายเป็นผู้ใหญ่ และเมื่อเวลาผ่านไปเรื่อย ๆ ถึงวัยผู้สูงอายุ ร่างกายเริ่มเสื่อมถอยตามกาลเวลา ดังนั้นวัยสูงอายุจึงเป็นวัยที่ต้องใส่ใจสุขภาพของร่างกายและจิตใจสูงกว่าวัยอื่น ๆ เพราะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างเห็นได้ชัด

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ระบบต่าง ๆ ทำงานได้ลดลง ส่งผลให้ร่างกายเสื่อม ถอยลง ดังนี้ ร่างกายภายนอก ผิวหนังเหี่ยวย่น มีกระ ผมหงอกบางเปลี่ยนเป็นสีเทาหรือสีขาว หลังโกง เคลื่อนไหวร่างกายได้ช้าลง มีกำลังน้อยลง อวัยวะรับความรู้สึกจะเป็นอวัยวะอันดับแรก ๆ ที่เสื่อม เช่น ผื่นงูสวัดแดงในหูชั้นในตัว ทำให้ได้ยินเสียงไม่ชัดเจน หรือการเปล่งเสียงของผู้สูงอายุจะไม่มีพลัง เนื่องจากกระดูกอ่อนบริเวณกล่องเสียงแข็งตัวและขาดความยืดหยุ่น ขณะที่การบด เคี้ยวลำบากขึ้นเพราะเหงือกกร่อน รากฟันโผล่ฟันขอบเหงือก ทำให้ฟันผุและเสียวฟันได้ง่าย รวมไปถึงกระดูกที่ผุกร่อน และกล้ามเนื้อที่ลีบเล็กลง

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ เช่น การรับรู้ ซึ่งผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเอง จำเหตุการณ์ปัจจุบันไม่ค่อยได้ มีอาการหลงๆ ลืมๆ และชอบย้ำคำถามเดิมบ่อย ๆ เรียนรู้สิ่งใหม่ได้ยากเพราะไม่มีความมั่นใจในการปรับตัว การแสดงออกทางอารมณ์ อาจจะมีอาการซึมเศร้า หงุดหงิด ขี้ระแวง วิตกกังวล โกรธง่าย เอาแต่ใจตนเอง มักจะคิดซ้ำซาก ลังเล หวาดระแวง หมกมุ่นเรื่องของตนเอง ทั้งเรื่องในอดีตและอนาคต กลัวลูกหลานทอดทิ้ง รวมถึงสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ผู้สูงอายุมักสนใจเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเองมากกว่าเรื่องของผู้อื่น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561ข)

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม ได้แก่ ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุห่างจากสังคม คนส่วนใหญ่มักมองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพและความสามารถลดน้อยลง จึงไม่ให้ความสำคัญหรือไม่ใส่ใจมากนัก นอกจากนี้ยังเปลี่ยนแปลงบทบาทจากการเป็นผู้นำครอบครัว กลายเป็นเพียงผู้อาศัยหรือเป็นสมาชิกของครอบครัวเท่านั้น และเมื่อสมรรถภาพร่างกายลดลง ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองหรือกิจวัตรประจำวันเป็นไปได้ยากลำบาก ส่งผลกระทบต่อจิตใจ เกิดความไม่มั่นใจในตนเอง หดหู่กับสภาพตัวเอง อีกทั้งยังทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้ามีสังคมหรือมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น สิ่งเหล่านี้จะเป็นผลเชื่อมโยงกันอยู่ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561ข)

แม้ผู้สูงอายุจะไม่สามารถห้ามร่างกายไม่ให้เสื่อมถอยได้ ผู้สูงอายุสามารถที่จะดูแลตัวเอง เพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรงตามช่วงวัยได้ ด้วยการเฝ้าระวังและการป้องกัน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 การป้องกันโรคล่วงหน้า คือ การป้องกันโรคก่อนระยะที่จะเกิดโรค ซึ่งเป็นวิธีที่ยอมรับกันทั่วไปว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด ประหยัดที่สุด และได้ผลมากกว่าการป้องกันและควบคุมโรคระดับอื่น ๆ กล่าวคือ การเตรียมร่างกาย จิตใจ ให้พร้อมก่อนที่จะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

ระดับที่ 2 การป้องกันในระยะโรคเกิด คือ การระงับกระบวนการดำเนินของโรค การป้องกันการแพร่เชื้อและระบาดของโรคไปยังบุคคลอื่นในชุมชน และการลดการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในชุมชนให้น้อยลงและหายไปให้เร็วที่สุด กล่าวคือ ดูแลตนเองให้เหมาะสมกับวัย ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ

ระดับที่ 3 การป้องกันการเกิดความพิการและการไร้สมรรถภาพ คือ การรักษา ผู้ป่วยที่มีอาการให้หายโดยเร็ว เพื่อลดผลเสียและโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังการเกิดโรค รวมทั้งติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ กล่าวคือ ผู้สูงอายุดูแลตนเองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น เกิดการหกล้มอันเป็นผลให้กลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561ข)

5. การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2561) โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ส่วนหนึ่งมาจากการเจ็บป่วยสะสมตั้งแต่วัยหนุ่มสาวหรือ วัยทำงาน แต่ไม่ได้รับการรักษาหรือการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดอาการรุนแรงในวัยสูงอายุ หลายโรคเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทั้งการบริโภคอาหาร ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย และขาดการควบคุมอารมณ์ที่ดี โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาด เลือดหรือโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อาการสับสนและสูญเสียความทรงจำ ภาวะสมองเสื่อม อาการนอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า ปัญหาการกลั่นแกล้งการขังขังไม่อยู่และปัญหา การได้ยิน

โรคความดันโลหิตสูง ในคนปกติไม่ควรมีความดันโลหิตเกิน 129/89 มิลลิเมตรปรอท ข้อสังเกตอาการ มักไม่แสดงอาการออกมาชัดเจน บางครั้งอาจมีอาการปวดศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น และตาพร่ามัว หากไม่รักษาตั้งแต่ต้น ปล่อยปละละเลยจนเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น อัมพฤกษ์ ตาบอด ไตวาย หัวใจวาย ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงควรหมั่นตรวจวัดความดันโลหิตอยู่เสมอ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561)

โรคเบาหวาน เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่เกี่ยวกับกระบวนการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ จนส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดพุ่งขึ้นสูง อาการที่สังเกตได้ เช่น กระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย จนต้องดื่มน้ำทีละมาก ๆ อ่อนเพลีย และน้ำหนักตัวลดลงโดยไม่มีสาเหตุ นอกจากนี้

ยังอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย เช่น ตาพร่ามัวหรือตาบอด ไตเสื่อม ชาปลายมือปลายเท้า และยังเสี่ยงต่อการติดเชื้อง่ายอีกด้วย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561)

โรคหัวใจขาดเลือด หรือ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เกิดขึ้นจากภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบ ถือว่าอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ พบมากในผู้ป่วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อ้วนลงพุง ไม่ค่อยออกกำลังกาย สูบบุหรี่ และผู้ที่มีสมาชิกในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจก็จะยิ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคดังกล่าวสูงขึ้นได้ด้วย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561)

ข้อสังเกตอาการ คือ ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกในระหว่างช่วงร่าวมม ลึนปี โดยรู้สึกเหมือนมีอะไรมากดทับไว้จนหายใจไม่สะดวก และอาจร้าวไปยังคอ กราม แขนข้างซ้ายด้านใน อีกทั้งยังมีอาการอื่น ๆ เกิดขึ้นร่วมด้วยได้ เช่น เหนื่อยหอบ มีเหงื่อออก ตัวเย็น ศีรษะเย็น หน้ามืด ใจสั่น นอนราบไม่ได้ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงควรหมั่นเฝ้าสังเกตอาการเหล่านี้ให้ดี หากพบว่ามีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ควรรีบบอกคนใกล้ ชิดให้พาไปพบแพทย์โดยเร็ว (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561)

อาการสับสนและสูญเสียความทรงจำ อาการหลงลืมหรือคิดช้าลงเป็นอาการที่พบได้เมื่ออายุมากขึ้น หากมีปัญหาสุขภาพที่เฉียบพลัน เช่น การอักเสบติดเชื้อ หัวใจหรือสมองขาดเลือด ก็อาจเกิดอาการเพื่อ งุนงง สับสนได้ง่ายขึ้น แต่เมื่อแก้ไขที่สาเหตุของการเจ็บป่วย อาการเหล่านี้ก็จะดีขึ้นได้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561)

ภาวะสมองเสื่อม เป็นภาวะที่สมองเริ่มถดถอยการทำงานด้านใดด้านหนึ่งลงไป เช่น ด้านความจำ ด้านภาษา ด้านการประมวล และด้านสมาธิ โดยจะเริ่มสูญเสียเซลล์สมองจากส่วนหนึ่ง แล้วค่อยลุกลามไปยังสมองอีกส่วนหนึ่งอย่างช้า ๆ เมื่อเวลาผ่านไปนานเป็นสิบปี ความผิดปกติเหล่านี้จะปรากฏชัดเจนในตัวผู้มีอาการ จนคนรอบข้างเริ่มสังเกตเห็น ความเปลี่ยนแปลงได้ที่ละน้อย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561)

อาการนอนไม่หลับ ผู้สูงอายุมักมีปัญหาคุณภาพการนอนที่ลดน้อยลง อาจหลับยากขึ้น ตื่นบ่อย หลับไม่ลึก และตื่นมาไม่สดชื่น โดยมีสาเหตุจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงตามวัย รวมถึงอาจมีสาเหตุอื่น ๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล อาการปวดต่าง ๆ กรดไหลย้อน ปัญหาการหายใจ หรือโรคนอนกรน ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ผลข้างเคียงจากยา อาการนอนไม่หลับมักส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการลื่นหกล้ม อารมณ์หงุดหงิด หรือภูมิคุ้มกันลดลงจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ และทำให้เกิดปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ตามมา ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมในผู้สูงอายุ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561)

ภาวะซึมเศร้า การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ชนิดหนึ่ง โดยผู้สูงอายุจะรู้สึกเบื่อหน่ายหรือเศร้า หรือทั้งสองอย่าง โดยอาจมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรกินการนอน เร็วแรง สมาธิ รวมถึงความรู้สึกต่อตนเองร่วมด้วย การเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ถ้าเป็นไม่มากนักอาจเข้าข่าย “ภาวะซึมเศร้า”

แต่หากมีอาการมากและกินระยะเวลาเนานก็อาจพัฒนากลายเป็น “โรคซึมเศร้า” ซึ่งทำให้ไม่มีความสุขในชีวิต ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ไม่ดีเหมือนเดิม และผู้สูงอายุบางคนก็รู้สึกท้อแท้หรือหมดหวังอาจส่งผลรุนแรง ถึงขั้นไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561)

ปัญหาการกลั่นแกล้งการขบถถ่ายไม่อยู่ ผู้สูงอายุอาจมีปัญหาการกลั่นแกล้งปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ ซึ่งเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนหรืออ่อนล้า กระเพาะปัสสาวะอ่อนไหวเกินไป ความบกพร่องในการควบคุมการกลั่นแกล้งถ่ายที่เกิดจากสมองหรือเส้นประสาท การรับประทานยาบางชนิด กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ท้องผูก ต่อมลูกหมากโต โรคเบาหวาน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561)

ปัญหาการได้ยิน ผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการรับเสียงที่แย่งมกก็มีอาการหูอื้อหรือหูตึง โดยมี อาการเริ่มแรกคือ ไม่ค่อยได้ยินเสียงแหลม ๆ หรือเสียงที่มีความถี่สูง เช่น เสียงผู้หญิง เสียงดนตรีคีย์สูง ๆ หรือเมื่ออยู่ในสถานที่ซึ่งมีเสียงรบกวนก็อาจฟังไม่เข้าใจ ทำให้ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านการสื่อสารกับผู้อื่นน้อยลงโดยไม่รู้ตัว (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561)

การป้องกันอุบัติเหตุและการหกล้มในผู้สูงอายุ การหกล้มของผู้สูงอายุถือว่าเป็นเรื่องใหญ่ เพราะอาจกระทบต่อคุณภาพชีวิต พิกการ หรือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตได้ แม้ว่าการหกล้มนั้นจะเกิดขึ้นในลักษณะไม่หนักก็ตาม เช่น ลุกจากเตียงแล้วหกล้มก้นกระแทก อาจทำให้กระดูกสะโพกหรือกระดูกสันหลังหัก การหกล้มศีรษะกระแทกพื้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561)

การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2563) ได้มีการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชบาร์เธอเอดีแอล (Barther ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ได้แบ่ง ประเภทของผู้สูงอายุแบ่งตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุดีดั่งคม (well elder) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสามารถช่วยตนเองได้ดี มีการดำเนินชีวิตในสังคมได้โดยอิสระ และมักมีการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้ต่อเนื่องในด้านสุขภาพ เป็นผู้มีสุขภาพดีทั่วไป หรือเป็นผู้สูงอายุที่มีสภาวะที่ไม่มีโรคเรื้อรัง หรือเป็นผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง แต่ก็ยังสามารถควบคุมดูแลได้ ในด้านสังคมกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม

ในสังคมสามารถช่วยเหลือครอบครัวและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคมมีผลรวมคะแนน ADL ตั้ง 12 คะแนนขึ้นไป)

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุติดบ้าน (bed-bound elder) เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ หรือต้องการความช่วยเหลือเพียงบางอย่าง เป็นกลุ่มที่มีความจำกัดในบางด้านของการดำเนินชีวิตในสังคมและมีภาวะทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน โรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้ และมีกลุ่มอาการที่สำคัญที่ผลต่อการเคลื่อนไหวได้โดยอิสระในด้านสุขภาพ (กลุ่มติดบ้านมีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน)

กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (bed-bound elder) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายและ หรือ การทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค และมีภาวะแทรกซ้อน ภาวะหง่อม/เปาะบาง ในด้านสุขภาพ (กลุ่มติดเตียงมีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน)

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

1. ความหมายของคุณภาพชีวิต

มยุรี พงษ์นาค (2555) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะของการดำรงชีวิตการมีสุขภาพกายดี สุขภาพจิตดี มีความพึงพอใจ มีสภาพแวดล้อมที่ดี สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

ปรางทิพย์ ภักดีศิริไพโรวัลย์ (2559) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจ ในการดำรงชีวิต ความเป็นอยู่ที่ดีในด้านต่าง ๆ ที่สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อการดำรงชีวิตและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในทิศทางที่ดี ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นจะต้อง ไม่ก่อให้เกิดปัญหาแก่ตนเองและสังคม

กนกอร เลิศลาภ (2561) กล่าวว่า การที่มนุษย์จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น ต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เป็นองค์ประกอบและแต่ละองค์ประกอบก็มีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไปตามทัศนะของผู้มอง จะเห็นได้ว่า “คุณภาพชีวิต” ไม่มีคำจำกัดความที่แน่นอน แต่จากความคิดเห็นของนักวิชาการหลายคน อาจสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี เหมาะสมของแต่ละบุคคลทั้งในด้านรูปธรรมและนามธรรม ซึ่งในปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตแบ่งออกได้เป็น 2 ด้าน คือ ด้านวัตถุวิสัย (Objective) และด้านจิตวิสัย (Subjective) การศึกษาทางด้านวัตถุวิสัยเป็นการศึกษาบนพื้นฐานของข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้นับได้ หรือวัดได้ ส่วนการศึกษาทางด้านจิตวิสัยนั้น ในการศึกษาตั้งอยู่บนพื้นฐานทางด้านจิตวิทยาโดยสอบถามความรู้สึกและเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคล เกี่ยวกับชีวิตความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและ

ทรัพย์สิน เป็นต้น ตามสภาพความเป็นจริงของสังคมในขณะนั้น ๆ โดยเชื่อว่ากระแสความรู้สึกนึกคิดของประชาชนมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้วย

จุฬารัตน์ คนเพียร (2558) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง สภาพความเป็นอยู่ที่ดี ได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นความพอใจในการดำรงชีวิตและมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างพอเพียงและเหมาะสมและมีความสุข

จินทนา สารแสง (2561) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับการมีชีวิตที่ดีมีความสุขและความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกายจิตใจ สังคม อารมณ์และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม เป็นการประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อมภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน

กล่าวสรุป คือ คุณภาพชีวิต หมายถึง การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งด้านร่างกายด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

2. ความหมายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ปรียาดา ยังอยู่ (2562) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตการมีความสุข การรับรู้สถานะของบุคคลในการดำเนินชีวิตในสังคมโดยสัมพันธ์กับเป้าหมาย และความคาดหวังของตนและความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อมของบุคคล ภายใต้วัฒนธรรมและบริบทของสังคมของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม ภายใต้วิถีชีวิตของแต่ละบุคคล

ณรงค์ คุณสุข (2559) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันสุขภาพกาย สุขภาพจิต สภาพสังคม สภาพเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมและความพึงพอใจในชีวิต

ดวงใจ คำคง (2554) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไว้ว่า เป็นการรับรู้และความพึงพอใจในการดำรงชีวิตของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในสิ่งที่ตนเป็นอยู่อย่างมีความสุข ตามสภาพความเป็นอยู่และสภาวะรอบ ๆ ตัวเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม หรือสามารถจัดการสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ โดยใช้ประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล ในขณะที่ปกติมักจะนึกถึงผู้สูงอายุในด้านการพึ่งพิงผู้อื่น เนื่องจากธรรมชาติของผู้สูงอายุนั้นมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก แต่ในความเป็นจริงการก้าวเข้าสู่ผู้สูงอายุไม่ได้หมายถึงการเป็นโรคหรือการเจ็บป่วย แต่เป็นการพัฒนาของชีวิตที่เปลี่ยนไปตามวัฏจักร

องค์ประกอบต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิตมีความสำคัญต่อบุคคลนั้นมากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลโดยขึ้นอยู่กับภูมิหลังสิ่งแวดล้อม ประเพณีวัฒนธรรมและสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ บุคคลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นประกอบด้วยองค์ประกอบในชีวิตหลาย ๆ ด้านและขึ้นอยู่กับรับรู้

และความพึงพอใจของบุคคลนั้นต่อสิ่งที่เกิดขึ้น ได้มีผู้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตนี้มีความคล้ายคลึงและแตกต่างกัน

คณะทำงานด้านคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1994 อ้างอิงใน จันทนา สารแสง, 2561) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 6 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ ระดับความเป็นอิสระของบุคคล ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อมและความเชื่อส่วนบุคคล ต่อมา ในปี ค.ศ.1995 ทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกจัดองค์ประกอบใหม่ โดยรวม องค์ประกอบบางด้านเข้าด้วยกัน คือ ด้านร่างกายกับด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล และด้าน จิตใจกับด้านความเชื่อส่วนบุคคล จึงเหลือเพียง 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical Health) คือการรับรู้ทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อ ชีวิตประจำวันได้แก่ การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงในร่างกาย การรับรู้ความสบาย ไม่มีความ เจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกาย การรักษาทางการแพทย์ การรับรู้ถึงผละกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การพักผ่อนนอนหลับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงานการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. ด้านจิตใจ (Psychological) คือการรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง ได้แก่ การรับรู้ ความรู้สึกทางบวกที่มีผลต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ ความสามารถในการจัดการกับ ความเศร้าความกังวล การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตใจ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และ ความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการชนะอุปสรรค

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationship) คือการรับรู้ด้านความสัมพันธ์ ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การได้รับรู้ว่าตนได้ เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมี เพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อ การดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการ สุขภาพ การบริการทางสังคม การรับรู้ว่าตนมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร มีกิจกรรมสันทนาการ มีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

3. แนวทางหรือนโยบายของภาครัฐในการดำเนินงานและการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ

จากการที่จำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ โครงสร้างประชากรของประเทศไทยกำลังเคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า ภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Population Ageing) เช่นเดียวกับที่เกิดขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้ว การเข้าสู่สภาวะประชากรสูงอายุ

จะมีผลต่อสภาพทางสังคม สภาวะเศรษฐกิจและการจ้างงาน ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพและ สังคมของประเทศอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ในการปรับกระบวนการทัศน์และโครงสร้างพื้นฐานต่าง ๆ ของสังคม ที่มีการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จำเป็นจะต้องใช้ความ สุขุม ละเอียดอ่อน และวางอยู่บนข้อเท็จจริง

ประเทศไทยได้มีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศ ในพ.ศ. 2525-2544 โดยหลังการประชุมสมัชชาาระดับโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (The World Assembly on Ageing) ครั้งที่ 1 ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรเลีย เมื่อปี 1982 แล้ว ประเทศไทยได้กำหนดให้มี “แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525 – 2544)” ซึ่งเป็นแผนระยะยาว 20 ปี ที่ชี้แนะทิศทางการดำเนินงานด้าน ผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม ในประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การศึกษา ความมั่นคงทางสังคม และ รายได้ การมีส่วนร่วมทางสังคมและวัฒนธรรม และบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ จึงอาจกล่าวได้ว่า ประเทศไทยได้เริ่มปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุตามมติของสหประชาชาติ นับตั้งแต่ปี 2525 เป็นต้นมา ปี 2542 ประเทศไทยประกาศ “ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย” แสดงเจตนารมณ์ของรัฐบาลที่ตระหนัก และให้ความสำคัญในเรื่องการส่งเสริม พัฒนา และให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน โดยการประสาน ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้ระบุไว้ อย่างชัดเจนในมาตรา 54 และมาตรา 80 ถึงภารกิจที่จะต้องมีการส่งเสริมพัฒนา และคุ้มครองผู้สูงอายุ นอกจากนั้นในปี พ.ศ. 2542 ได้มีการจัดทำปฏิญญาผู้สูงอายุไทยขึ้น อันเป็นภารกิจที่สังคมและรัฐพึงมีต่อผู้สูงอายุ โดยมีสาระสำคัญ 9 ประการ ดังนั้นการดำเนินการต่าง ๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต จำต้องสอดคล้องตาม เจตนารมณ์ดังกล่าว

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540

มาตรา 54 บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับ ความช่วยเหลือจากรัฐ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

มาตรา 80 รัฐต้องคุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย ส่งเสริมและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของครอบครัว และความเข้มแข็งของชุมชน รัฐต้องส่งเสริมคนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และพึงตนเองได้ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542

ในปี พ.ศ. 2551 สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มอบหมายให้วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ดำเนินโครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุตามรายดัชนี ในแผนผู้สูงอายุฯ สำหรับช่วง 5 ปีแรก (พ.ศ. 2545 – 2549) และประเมินกระบวนการทำงานด้านผู้สูงอายุ ตามยุทธศาสตร์ที่ 4 (การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้าน

ผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากร ด้านผู้สูงอายุ) ตลอดจนจัดทำระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเพื่อใช้เป็นแนวทาง ในการประเมินแผนระยะต่อไป ผลจากการประเมินชี้ให้เห็นถึงความก้าวหน้าในการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ตลอดจนกระบวนการและทิศทางการดำเนินงานผู้สูงอายุ พร้อมทั้งเสนอแนะให้ปรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฯ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้น

4. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลย่อมมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ ปัจจัย จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. เพศ เป็นตัวกำหนดความแตกต่างในบทบาทหน้าที่รวมไปถึงบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล (กนกอร เลิศลาภ, 2561; จิรัชยา เคล้าดี และคณะ, 2560; จิราภรณ์ เกษร, 2560; ณรงค์ คุณสุข, 2559; เต๋น นวลไธสง, 2560; ปรียาดา ยังอยู่, 2562; พัชรภรณ์ พัฒนะ, 2560; มยุรี พงษ์นาค, 2555; สิริมา อธิธิประเสริฐ, 2560; Gunawan et al., 2020)

2. อายุ ผู้สูงอายุสามารถวัดตามระดับได้ 3 กลุ่ม คือผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 60-69 ปี ผู้สูงอายุวัยกลาง อายุ 70-79 ปี และผู้สูงอายุในวัยปลาย อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป โดยลักษณะการพึ่งพาผู้อื่นของแต่ละช่วงอายุก็จะแตกต่างกันออกไป (กนกอร เลิศลาภ, 2561; จิรัชยา เคล้าดี และคณะ, 2560; จิราภรณ์ เกษร, 2560; ณรงค์ คุณสุข, 2559; เต๋น นวลไธสง, 2560; ปรียาดา ยังอยู่, 2562; พัชรภรณ์ พัฒนะ, 2560; มยุรี พงษ์นาค, 2555; สิริมา อธิธิประเสริฐ, 2560; Gunawan et al., 2020)

3. อาชีพ การประกอบอาชีพมีผลต่อการดำเนินชีวิตในสังคม ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความพึงพอใจ ที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ตนเอง (กนกอร เลิศลาภ, 2561; พัชรภรณ์ พัฒนะ, 2560; มยุรี พงษ์นาค, 2555; สิริมา อธิธิประเสริฐ, 2560)

4. สถานภาพ สถานะอาจบ่งบอกได้ถึง การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ เนื่องจากการสมรสเป็นตัวบ่งชี้ถึงการอยู่ด้วยกันแบบเป็นคู่ ซึ่งคู่สมรสก็จะคอยช่วยเหลือ ปลอดภัย ให้กำลังใจ ทำให้เกิดความสุข ความอบอุ่นใจ และรู้สึกมั่นคงในชีวิต (กนกอร เลิศลาภ, 2561; จิรัชยา เคล้าดี และคณะ, 2560; จิราภรณ์ เกษร, 2560; ณรงค์ คุณสุข, 2559; เต๋น นวลไธสง, 2560; ปรียาดา ยังอยู่, 2562; พัชรภรณ์ พัฒนะ, 2560; มยุรี พงษ์นาค, 2555; สิริมา อธิธิประเสริฐ, 2560; Gunawan และคณะ, 2020)

5. ระดับการศึกษา ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง ส่งผลต่อการมีอาชีพที่มั่นคงและรายได้ที่แน่นอน ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจและมีคุณค่าในตนเอง (จิรัชยา เคล้าดี และคณะ,

2560; ณรงค์ คุณสุข, 2559; เต๋น นวลไธสง, 2560; พัชราภรณ์ พัฒนะ, 2560; มยุรี พงษ์นาค, 2555; สิริมา อธิธิประเสริฐ, 2560)

6. เชื้อชาติ แสดงสัญลักษณ์ทางชีวภาพของคน ซึ่งเห็นได้อย่างชัดเจนจากลักษณะรูปร่าง สีผิว เส้นผม และตา (Gunawan et al., 2020)

7. ความสามารถในการอ่านหนังสือ การแปลความหมายของตัวอักษรที่อ่านออกมาเป็น ความรู้ความคิด และเกิดความเข้าใจเรื่องราวที่อ่านตรงกับเรื่องราวที่ผู้เขียนเขียน ผู้อ่านสามารถนำ ความรู้ ความคิด หรือสาระจากเรื่องราวที่อ่านไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ (จิรัชยา เคล้าดี, สุกชัย นาคสุวรรณ, จักรวาล สุขไมตรี, 2560)

8. ความสามารถในการเขียนหนังสือ การเลือกวิธีการสื่อความหมายที่เป็นผลผลิตทาง ความคิด จากความรู้ของผู้ส่งสาร แสดงออกมาทางลายลักษณ์อักษรภาษาไทย (จิรัชยา เคล้าดี, สุกชัย นาคสุวรรณ, จักรวาล สุขไมตรี, 2560)

9. การรับรู้คุณภาพชีวิต การที่บุคคลสามารถประเมินตนเองได้ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสามารถในการทำหน้าที่ หรือสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อบุคคล และสามารถแก้ไขปัญหาหรือ จัดการสิ่งต่าง ๆ ได้เสมอ (ปรียาดา ยังอยู่, 2562)

10. รายได้ ถือเป็นปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของ ผู้สูงอายุ (จิรัชยา เคล้าดี และคณะ, 2560; ณรงค์ คุณสุข, 2559; เต๋น นวลไธสง, 2560; พัชราภรณ์ พัฒนะ, 2560; มยุรี พงษ์นาค, 2555; สิริมา อธิธิประเสริฐ, 2560)

11. แหล่งที่มาของรายได้ ผู้สูงอายุบางคนยังสามารถทำงานได้ซึ่งจะมีรายได้จาก การประกอบอาชีพ บางคนได้รับรายได้จากบุตรหลาน บางคนได้รับเงินสนับสนุนจากสวัสดิการของ รัฐบาล (จิรัชยา เคล้าดี และคณะ, 2560)

12. ความเพียงพอของรายได้ ถือเป็นสิ่งสำคัญเพราะสามารถทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองในด้านต่างๆ เช่น การเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายในการไปรับการรักษาที่สถานพยาบาล (จิรัชยา เคล้าดี และคณะ, 2560; พัชราภรณ์ พัฒนะ, 2560)

13. ภาระหนี้สิน บ่งบอกถึงสถานะทางการเงิน ซึ่งส่งผลต่อปัญหาทางด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุได้ เช่น การเกิดความเครียด (จิรัชยา เคล้าดี และคณะ, 2560)

14. เงินออม การที่ผู้สูงอายุมีเงินเหลือเก็บหรือเพียงพอต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน โดยไม่เกิดความเดือดร้อนทั้งต่อตนเองและบุตรหลาน (จิรัชยา เคล้าดี และคณะ, 2560)

15. การได้รับเบี้ยยังชีพ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 เป็นกฎหมายที่ให้ การคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนผู้สูงอายุได้รับสิทธิในด้านต่าง ๆ รวมทั้งก่อให้เกิดสิทธิประโยชน์ ต่อองค์กรด้านผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไป เช่น เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (จิรัชยา เคล้าดี และคณะ, 2560)

16. ตำแหน่งทางสังคม ผู้สูงอายุบางคนหลังการเกษียณ อาจมีความรู้ ความสามารถสูง อาจเป็นที่ต้องการเพื่อทำประโยชน์ให้กับชุมชนต่อไป (เด่น นवलโรสง, 2560)
17. บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย อาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา บุตรหลาน หรืออาจเป็นบุคคลที่ถูกว่าจ้างเพื่อให้มาอยู่ดูแลผู้สูงอายุ (จิรัชยา เคล้าดี และคณะ, 2560; พัชราภรณ์ พัฒนะ, 2560)
18. บุคคลที่ดูแลเมื่อเจ็บป่วย คนในครอบครัว เช่น บุตรหลาน สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยโดยไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุไว้ลำพัง (สิริมา อิทธิประเสริฐ, 2560)
19. มีบุตรหลานดูแล การมีบุตรหลานคอยดูแล คอยรับฟังปัญหาต่าง ๆ มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความสบายใจและมีความสุขมากขึ้น (เด่น นवलโรสง, 2560)
20. การเป็นสมาชิกชมรม การเข้าร่วมเป็นสมาชิกของชมรมต่าง ๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมออกกำลังกาย (มยุรี พงษ์นาค, 2555; เด่น นवलโรสง, 2560)
21. การเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ชุมชนได้จัดขึ้น เช่น กิจกรรมวันขึ้นปีใหม่ กิจกรรมวันสงกรานต์ เป็นต้น (มยุรี พงษ์นาค, 2555)
22. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม กิจกรรมทางศาสนา การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกมีคุณค่าในเอง (มยุรี พงษ์นาค, 2555)
23. โรคประจำตัว โรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยอยู่แล้วและไม่สามารถรักษาหายขาดได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น (เด่น นवलโรสง, 2560)
24. การดื่มสุรา ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และการดื่มสุรามีผลต่อความสามารถทางสมองและการทำงานต่าง ๆ ที่มีผลต่อคุณร่างกาย (เด่น นवलโรสง, 2560)
25. การสูบบุหรี่ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และการดื่มสุรามีผลต่อความสามารถทางสมองและการทำงานต่าง ๆ ที่มีผลต่อคุณร่างกาย (เด่น นवलโรสง, 2560)
26. การออกกำลังกาย การที่ร่างกายมีการเคลื่อนไหวมากกว่าปกติในชีวิตประจำวัน โดยมีการใช้กล้ามเนื้อเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี ไม่ควรออกกำลังกายอย่างหนักในผู้สูงอายุ (เด่น นवलโรสง, 2560)
27. การตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อตรวจร่างกายว่าผิดปกติใดหรือไม่ หากมีการตรวจพบโรคในระยะต้น จะได้ทำการรักษาได้ทันที่ (เด่น นवलโรสง, 2560)
28. การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ ระยะเวลาในการเดินทาง วิธีการเดินทางด้วยตนเอง หรือพึ่งพาผู้อื่น ค่าใช้จ่ายในการไปยังสถานบริการสุขภาพ (เด่น นवलโรสง, 2560; พัชราภรณ์ พัฒนะ, 2560)

29. พฤติกรรมการนอนหลับ เป็นปัจจัยด้านพฤติกรรมอนามัย การกระทำที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับอย่างพอเพียงทั้งระยะเวลา และคุณภาพของการนอนหลับจะเป็นปัจจัยในการส่งเสริมสุขภาพที่ดีเหมือนกับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและพฤติกรรมกรออกกำลังกาย (มยุรี พงษ์นาค, 2555)

30. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมกับร่างกาย ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น การเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ (มยุรี พงษ์นาค, 2555)

31. พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกโดยการปฏิบัติเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง เช่น กิจกรรมการเดิน การบริหาร เป็นต้น (มยุรี พงษ์นาค, 2555)

32. พฤติกรรมการดูแลตนเอง การกระทำที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ การแปรงฟัน การทำความสะอาดร่างกาย การนอนหลับ การออกกำลังกายและการบริโภคอาหารได้อย่างเหมาะสม (มยุรี พงษ์นาค, 2555)

33. การซื้อยามารับประทานเองเมื่อเจ็บป่วย เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ไม่สบายกาย ไม่ไปรับการรักษาที่สถานบริการสุขภาพแต่เลือกซื้อยาจากร้านค้า ร้านขายยามารับประทาน (เด่น นวลไฮสง, 2560)

34. ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะความผิดปกติทางอารมณ์ที่ผู้ป่วยอาจรู้สึกเศร้า สิ้นหวัง หดหู่ ท้อแท้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือรู้สึกว่าตนด้อยค่า แม้ความรู้สึกและอารมณ์เหล่านี้จะเกิดขึ้นได้กับทุกคนเป็นครั้งคราว แต่อาการของภาวะซึมเศร้านั้นมีความรุนแรงและยาวนานกว่ามากจนถึงขั้นส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในชีวิตประจำวัน (Gunawan et al., 2020)

35. ความผาสุกด้านจิตใจ สิ่งที่สูงอายุพึงปรารถนา ความพึงพอใจในชีวิตว่าเป็นความรู้สึกที่เป็นสุข มีความสุขเมื่อประสบความสำเร็จกับสิ่งที่ตั้งไว้และสามารถยอมรับได้กับสิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลง (ปริยาดา ยังอยู่, 2562)

36. ความสามารถในการแสดงออกพฤติกรรม การทำหน้าที่ของบุคคล การทำให้ร่างกายแข็งแรง รวมไปถึงการทำให้เกิดสุขภาพดีต่อร่างกาย อีกทั้งยังทำกิจกรรมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การเดิน การปั่นจักรยาน (ปริยาดา ยังอยู่, 2562)

37. ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้มีความเหมาะสมกับการดำเนินงาน ในส่วนของการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ อนามัย กระทรงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือ ทูพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 -4 คะแนน (เด่น นวลโรสง, 2560; สิริมา อิทธิประเสริฐ, 2560)

35. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน การทำงานบ้าน การทำอาหาร การออกไปนอกบ้าน ที่ผู้สูงอายุสามารถทำตัวเอง (สิริมา อิทธิประเสริฐ, 2560)

39. ที่พักอาศัย ลักษณะที่พักอาศัยที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ได้แก่ บ้านไม้หนึ่งชั้นไม่มีใต้ถุน บ้านใต้ถุนสูงและบ้านสองชั้น (มยุรี พงษ์นาค, 2555)

40. บริเวณรอบบ้านที่อาศัย มีความสะอาด ปลอดภัย เรียบร้อย (มยุรี พงษ์นาค, 2555)

41. สภาพชุมชน มีความปลอดภัย มีความสงบไม่มีขโมย ไม่เป็นแหล่งช้อปปิ้งขายของต่าง ๆ มีเพื่อนบ้านที่ดี สามารถช่วยเหลือกันได้ มีอากาศที่บริสุทธิ์ มีสถานที่สำหรับส่งเสริมสุขภาพ เช่น สถานที่ออกกำลังกาย (มยุรี พงษ์นาค, 2555)

42. การคมนาคม มีการคมนาคมที่สะดวกปลอดภัย (มยุรี พงษ์นาค, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีปัจจัยหลาย ๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีการเลือกใช้ตัวแปรดังนี้ การได้รับเบี้ยยังชีพ (จิรัชยา เคล้าดี และคณะ, 2560), ตำแหน่งทางสังคม (เด่น นวลโรสง, 2560), บุคคลที่อาศัยอยู่ (จิรัชยา เคล้าดี และคณะ, 2560; พัชราภรณ์ พัฒนะ, 2560), บุคคลที่ดูแลเมื่อเจ็บป่วย (สิริมา อิทธิประเสริฐ, 2560), การเป็นสมาชิกชมรม (เด่น นวลโรสง, 2560; มยุรี พงษ์นาค, 2555), การเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน (มยุรี พงษ์นาค, 2555)

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม กิจกรรมทางศาสนา (มยุรี พงษ์นาค, 2555), โรคประจำตัว (เด่น นวลโรสง, 2560), การดื่มสุรา (เด่น นวลโรสง, 2560), การสูบบุหรี่ (เด่น นวลโรสง, 2560), การออกกำลังกาย (เด่น นวลโรสง, 2560), การตรวจสุขภาพประจำปี (เด่น นวลโรสง, 2560), การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ (เด่น นวลโรสง, 2560; พัชราภรณ์ พัฒนะ, 2560), พฤติกรรมการนอนหลับ (มยุรี พงษ์นาค, 2555), พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (มยุรี พงษ์นาค, 2555), พฤติกรรมการออกกำลังกาย (มยุรี พงษ์นาค, 2555), พฤติกรรมการดูแลตนเอง (มยุรี พงษ์นาค, 2555), การซื้อยามารับประทานเองเมื่อเจ็บป่วย (เด่น นวลโรสง, 2560), ภาวะซึมเศร้า (Gunawan et al., 2020), ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index) (เด่น นวลโรสง, 2560; สิริมา อิทธิประเสริฐ, 2560), ที่พักอาศัย (มยุรี พงษ์นาค, 2555), บริเวณรอบบ้านที่อาศัย (มยุรี พงษ์นาค, 2555), สภาพชุมชน (มยุรี พงษ์นาค, 2555), การคมนาคม (มยุรี พงษ์นาค, 2555)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

เครื่องมือประเมินแบบหลายมิติ (Multidimensional Health Status Measure) คือ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในทุก ๆ มิติ ซึ่งแต่ละเครื่องมือก็จะประเมินแต่ละมิติ แตกต่างกันไป เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตแบบหลายมิติ มีดังนี้

1. แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ Short – Form 36 (SF – 36) สร้างขึ้นและพัฒนาโดย The Medical Outcome Trust ของประเทศสหรัฐอเมริกาประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสุขภาพโดยแบ่งเป็น 8 มิติรวม 35 ข้อ ได้แก่ 1) มิติด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical functioning) 2) มิติด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท (role functioning) 3) มิติด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย (body pain) 4) มิติด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป (General health perception) 5) มิติด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning) 6) มิติด้านพลัง กำลัง (vitality) 7) มิติด้านภาวะทางอารมณ์ (emotional) 8) มิติด้านสุขภาพจิตทั่วไป (General mental health) และข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพ ชีวิตโดยรวมอีก 1 ข้อ รวม 36 ข้อ SF-36 ถูกแปลและนำไปใช้มากกว่า 14 ภาษา รวมทั้งภาษาไทย เป็นเครื่องมือที่กระชับและครอบคลุมเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผลลัพธ์แสดงเป็นค่าคะแนนซึ่งคะแนนสูงแสดงว่ามีสุขภาพดี การใช้แบบสอบถาม SF-36 โดยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self - Administered) สัมภาษณ์ต่อหน้า (Face- to – Face Interview) หรือทางโทรศัพท์ (Telephone Interview) ในต่างประเทศ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จะใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที สำหรับประเทศไทยผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา ควรใช้การสัมภาษณ์ต่อหน้า ไม่ควรใช้การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ เพราะแบบสอบถามยาวเกินไป และอาจเกิดปัญหาขึ้นได้ (Ware & Gandek, 1998)

ข้อดีของ SF-36(44)

1. มีองค์ประกอบครอบคลุมความหมายของคุณภาพชีวิต
2. ใช้ได้กับกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะการเจ็บป่วยหรือพิการ
3. ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตภายหลังการได้รับการรักษาจากระบบบริการสุขภาพในสถานะต่าง ๆ

ข้อจำกัดของ SF-36(44)

1. เป็นการประเมินการรับรู้ของแต่ละบุคคล
2. ไม่เหมาะสมกับการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มประชากรที่อยู่ในการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันมากและนอกจากนี้ Ware & Gandek (1998) ได้ออกแบบสอบถาม SF-36 ฉบับย่อ คือ SF-12 ซึ่งมีคำถาม 12 ข้อ พบว่ามีความตรงและความเที่ยงไม่ด้อยเท่ากับ SF- 36 แต่ SF- 12 สั้นกว่า (Ware & Gandek, 1998)

2. Sickness Impact Profile (SIP) เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อให้มีความไวเพียงพอที่จะประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ มีคำถามทั้งหมด 136 ข้อ แบ่งเป็น 2 มิติใหญ่ๆ คือ มิติทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ประกอบด้วย 12 มิติย่อย มิติทางด้านร่างกาย มี 3 มิติย่อย และมิติทางด้านจิตใจ มี 9 มิติย่อย SIP เป็นเครื่องมือที่ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่มีความเที่ยงและความตรงที่ดี สามารถตอบได้ด้วยตนเอง และได้สัมภาษณ์ต่อหน้า ข้อเสีย คือ แบบสอบถามมีจำนวนมากเกินไป ทำให้เป็นการระงับของผู้ตอบค่อนข้างมาก พบว่า ในต่างประเทศ ใช้เวลาในการตอบประมาณ 20-30 นาที เนื่องจาก SIP มียาวมาก จึงได้มีการสร้างแบบสอบถาม SIP ฉบับย่อ (SIP68) ซึ่งคำถามเหลือ 68 ข้อ และมีเพียง 6 มิติ (Coons et al., 2000)

3. Nottingham Health Profile (NHP) เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นในประเทศอังกฤษ มีคำถาม 45 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกมี คำถาม 38 ข้อ เกี่ยวกับ Physical Functioning, Vitality (Sleep and Energy), Pain, Emotional Functioning, Social Functioning ส่วนที่สองมีคำถาม 7 ข้อ เกี่ยวกับปัญหาในปัจจุบันของผู้ป่วยในเรื่องของ อาชีพ , Home Management, Social Life, Home Life, Sex Life, Interests/Hobbies, Hollidays เครื่องมือ NHP เป็นเครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพที่มีความเที่ยงและความตรงเหมือน SF-36 และSIP (Coons et al., 2000)

4. WHOQOL-OLD-THAI เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 6 ด้าน ดังนี้ (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2557 อ้างอิงใน เต็น นวลโรตอง, 2560)

1. ความสามารถทางการรับรู้ (Sensory Abilities) คือการรับรู้สภาพการสูญเสีย การรับรู้ทางการได้ยิน การมองเห็น การลิ้มรส การดมกลิ่นและการสัมผัสว่ามีผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมากน้อยเพียงใด

2. ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) คือการรับรู้เกี่ยวกับการตัดสินใจด้วยตนเอง การกำหนดอนาคตของตนเอง การรับรู้ว่าคุณคนรอบข้างเคารพในเสรีภาพของตนเองหรือไม่และความสามารถในการทำสิ่งที่อยากทำ

3. ความสำเร็จและความคาดหวังในอดีตปัจจุบันและอนาคต (Past, Present, and Future activities) คือการรับรู้เกี่ยวกับความพึงพอใจในการประสบความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา การได้รับการยกย่องและให้เกียรติในสังคมและได้รับในสิ่งที่สมควรจะได้รับ

4. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Participation) คือระดับของความรู้สึกในการทำงานในแต่ละวันความพึงพอใจในการจัดสรรเวลา ความพึงพอใจในระดับของการทำกิจกรรมและความพึงพอใจในโอกาสของการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน

5. การเผชิญหน้ากับความตาย (Death and Dying) คือความวิตกกังวลเกี่ยวกับสาเหตุที่จะทำให้ตาย ความกลัวในการที่จะไม่สามารถควบคุมการตายได้ ความกลัวต่อความตายที่จะเข้ามาถึงและความกลัวต่อความเจ็บปวดก่อนตาย

6. การมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก (Intimacy) คือ ความรู้สึกในการมีเพื่อนคู่คิดการมีประสบการณ์ เกี่ยวกับความรักการได้ให้ความรักแก่คนอื่นและการได้รับความรักจากคนอื่น

5. WHOQOL-BREF-THAI เป็นเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (สุวัฒน์ มหัตถ์นรินทร์กุล และคณะ, 2540) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงการประเมินค่าที่เป็นจิตนินัย (Subjective) ซึ่งฝังแน่นอยู่กับปรัชญาทางวัฒนธรรม สังคม และ สภาพแวดล้อมเพราะว่านิยามของ QOL จะเน้นไปที่การรับรู้เรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบ ไม่ได้คาดหวังที่จะเป็นวิธีการที่จะวัดในรายละเอียดของอาการโรค หรือสภาพต่าง ๆ แต่ถือเป็นการประเมินผลของโรคและวิธีการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิต เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม แบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ แบ่งเป็นองค์ประกอบด้านสุขภาพกาย 7 ข้อ องค์ประกอบด้านจิตใจ 6 ข้อ องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม 3 ข้อ องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

ข้อจำกัด

1. การนำแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทยไปใช้กับประชาชนบางกลุ่ม เช่น หากนำไปใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุอาจจะมีปัญหาในการใช้ เนื่องจากในการพัฒนาแบบวัดไม่ได้ศึกษาบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แนวทางการแก้ไขปัญหามาจากการตอบคำถามอาจจะเปลี่ยนไปใช้วิธีการสัมภาษณ์ตามข้อคำถามที่มีอยู่ แล้วให้ผู้ตอบเป็นผู้ประเมินคำตอบด้วยตนเอง หากมีข้อสงสัยไม่เข้าใจผู้สัมภาษณ์สามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ ตามกรอบหรือขอบเขตที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเอาไว้

2. ข้อคำถามบางข้อยังมีจุดอ่อนของการเข้าใจในคำถามอยู่บ้าง โดยเฉพาะข้อคำถามที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ เป็นคำถามที่ค่อนข้างมีปัญหาอยู่บ้าง ทั้งนี้เนื่องจากคำถามที่ต้องการบางข้อเป็นการยากที่จะใช้เพียงคำถามเดียวแล้วให้ผู้ตอบเข้าใจได้อย่างถูกต้องตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ แนวทางการแก้ไขในกรณีที่น่าไปใช้แล้วเกิดปัญหาไม่เข้าใจคำถามสิ่งที่ทำได้ คือ การให้คำอธิบายเพิ่มเติมตามขอบเขตที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ในแต่ละข้อคำถาม การศึกษาในครั้งนี้ เลือกใช้เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ของ

นายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย มาเป็นเครื่องมือในการวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิตซึ่งหมายถึงการประมาณค่าที่เป็นอัตวิสัย (Subjective) ซึ่งฝังแน่นอยู่กับบริษัททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อม เพราะคำว่านิยามของ QOL จะเน้นไปที่การรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบไม่ได้คาดหวังที่จะเป็นวิธีการที่จะวัดในรายละเอียดของอาการโรคหรือสภาพต่าง ๆ แต่ถือเป็นการประเมินผลของโรคและวิธีการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิต

WHOQOL-BREF-THAI เป็นเครื่องชี้วัดที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม หลังจากนั้นคณะทำงานพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย ได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL-BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำ ทำเช่นนี้ 3 รอบ การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมี ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL-100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ ซึ่ง WHOQOL-BREF เป็นแบบวัดที่ผู้ตอบสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ในผู้ที่มีอายุ 15-60 ปี ไม่จำกัดเพศ ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านออก เขียนได้ อาจใช้วิธีให้บุคคลอื่นอ่านให้ฟังและผู้ตอบแบบประเมินเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report-subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540)

ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความสะดวกที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ที่ตนเองไม่ต้องพึ่งพาอาศัยต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้ถึงสภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียดหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายชีวิตและความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต ที่มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วยรวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าตนได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

สำหรับงานวิจัยนี้เลือกใช้เครื่องมือ WHOQOL-BREF-THAI เป็นเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย เครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนาจากข้อคำถาม 100 ข้อคำถาม เหลือ 26 ข้อคำถาม เป็นข้อคำถามที่ไม่มากเกินไปสามารถใช้ในการสอบถามผู้สูงอายุได้ อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขก็ยังใช้เครื่องมือชนิดนี้ในการวัดคุณภาพชีวิตอีกด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE PROCEDE Model

PRECEDE Framework เป็นคำย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation. เป็นแบบจำลองที่นิยมและประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1987 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นโดย Green & Kreuter (2005) เป็นแบบจำลองที่มีการประยุกต์ใช้สำหรับการวางแผน การดำเนินงานสุขศึกษามีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple Factors) มีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผน และกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไปกระบวนการวิเคราะห์ ใน PRECEDE Framework เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับโดยเริ่มต้นจาก Outcome ที่ต้องการ หรืออีกนัยหนึ่ง คือคุณภาพชีวิตของ

บุคคลที่พึงประสงค์แล้วพิจารณาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล การวิเคราะห์ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม (Social Diagnosis)

เป็นการพิจารณา ประเมินปัญหาด้านสังคมที่ส่งผลต่อ “คุณภาพชีวิต” (Quality of Life: QOL) ของประชากร เพื่อให้เข้าใจปัญหาด้านสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตชีวิตของกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่น นักเรียน วัยทำงาน กลุ่มผู้ใช้แรงงาน ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยหรือผู้บริโภครวมถึงชุมชนโดยการที่ประชาชนได้มองเห็นปัญหาเหล่านั้น ปัญหาด้านสังคมจะเชื่อมโยงไปถึงปัญหาด้านสุขภาพซึ่งสามารถนำไปสู่กระบวนการกำหนดกิจกรรมทางสุขศึกษาได้ สิ่งที่เหมาะสมได้จะเป็นเครื่องชี้วัดและเป็นตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมายนั้น ๆ วิธีการวิเคราะห์ทางสังคมอาจดำเนินการได้ดังนี้ จัดเวทีชุมชน (Community Forums) การสำรวจ (Surveys) การสัมภาษณ์ (Interviews) การแสดงข้อตกลงร่วมในกลุ่ม (Nominal Groups) และการอภิปรายเฉพาะกลุ่ม (Focus groups) เป็นต้น (จิตตภา ฉิมจันดา, 2555; พัชรภรณ์ พัฒนะ, 2560) ในขั้นนี้เน้นการพิจารณาและวิเคราะห์คุณภาพชีวิต โดยประเมินปัญหาต่าง ๆ หรือสิ่งที่ประเมินได้ทั้งนี้เนื่องจากคุณภาพกับสังคมและคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กันอย่างมากในลักษณะ 2 ทิศทาง คือ ปัญหาสุขภาพมีผลกระทบต่อปัญหาสังคมและคุณภาพชีวิต ในขณะที่เดียวกันคุณภาพชีวิตและสังคมก็มีผลต่อสุขภาพ ดังนั้นปัญหาต่าง ๆ ที่ประเมินได้ย่อมมีผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาสุขภาพ จะใช้เป็นเครื่องชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน การประเมินสังคมมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ 6 ประการ คือ

1. เพื่อวิเคราะห์หาสิ่งที่เกี่ยวข้องหรือตัวกำหนดคุณภาพชีวิต
2. เพื่อวิเคราะห์และทำความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต
3. เพื่อกำหนดภาวะของปัญหาสังคมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
4. เพื่อหาเหตุผลโดยละเอียดสำหรับชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหา
5. เพื่อหาเหตุผลที่เพียงพอสำหรับการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวนั้น ๆ
6. เพื่อหาเหตุผลที่ชัดเจนสำหรับใช้เป็นพื้นฐานสำหรับการประเมิน

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา (Epidemiological Diagnosis)

เป็นการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพหรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคม หรือมีผลกระทบจากปัญหาสังคม ปัญหาสุขภาพหรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอะไรบางอย่างที่เป็นปัญหาสำคัญของสังคมหรือกลุ่มประชากรที่ศึกษาโดยอาศัยข้อมูลที่มีอยู่แล้วทางด้านระบาดวิทยา หรือข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมเพิ่มขึ้นใหม่โดยวิธีการต่าง ๆ และวิเคราะห์ตามหลักการทางด้านวิทยาการระบาด ข้อมูลทางด้านวิทยาการระบาดจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรค ความชุกของโรค การกระจายของการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคล ความสมบูรณ์ของ

ร่างกาย ภาวะการเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและการกระจายในลักษณะที่เป็นอยู่ วิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคลสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดโรคและสภาพแวดล้อม การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจะช่วยให้จัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อประโยชน์ในการวางแผนดำเนินงานและการกำหนดวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานได้อย่างเหมาะสมในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพนั้น

สรุปได้ว่าการวินิจฉัยทางวิทยาการระบาดหรือการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ เป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคม ของผู้สูงอายุ โดยบุคลากรทางด้านสาธารณสุขส่วนมากมักไม่ได้เกี่ยวข้องหรือดำเนินการแก้ไขปัญหาสังคมโดยตรงแต่จะเป็นผู้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพแต่ละปัญหาเกี่ยวกับปัญหาด้านสังคมและคุณภาพชีวิต การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพอย่างละเอียดจะเป็นพื้นฐานสำหรับการวิเคราะห์พฤติกรรมของกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE ในลำดับต่อไป (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2556; จิตนภา ฉิมจินดา, 2555)

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ทางพฤติกรรมและการประเมินสิ่งแวดล้อม (Behavioral Diagnosis and Environment Assessment)

เป็นการวิเคราะห์หาพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 แบ่งออกได้เป็น ปัจจัยด้านพฤติกรรมและปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

ปัจจัยด้านพฤติกรรม หมายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเช่น พฤติกรรมการกินอาหาร พฤติกรรมการซื้อยามารับประทานเองทานเอง พฤติกรรมการขับถ่าย การพักผ่อนและการนอนหลับ การออกกำลังกาย การทานอาหารเสริม

ปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม หรือเรียกว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งสามารถทำให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ แต่ไม่สามารถควบคุมได้โดยพฤติกรรม ปัจจัยเหล่านั้น แต่เป็นสิ่งที่จะช่วยปรับเปลี่ยนสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตได้ อาจแบ่งได้ ดังนี้ 1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวมีทั้งธรรมชาติและสิ่งที่มีมนุษย์สร้างขึ้น เช่น สภาพดิน น้ำ อากาศ สถานที่อยู่อาศัย สภาพที่อยู่อาศัย บ้านเรือนต่าง ๆ 2) สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ ได้แก่ สัตว์ พืช คน 3) สิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ ฐานะทางเศรษฐกิจ การได้รับค่าตอบแทนต่าง ๆ 4) สิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมต่าง ๆ การเข้าร่วมชมรมกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเชื่อต่อสุขภาพ นอกจากนี้ยังรวมถึง กรรมพันธุ์ อายุ เพศ การคมนาคม ความเพียงพอของการบริการสุขภาพ รวมถึงโรคประจำตัวหรือการเจ็บป่วยที่มีอยู่แล้ว เป็นต้น (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2556; นรลักษณ์ เอื้อกิจ และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี, 2562)

อีกหนึ่งสิ่งที่สำคัญในระยาะนี้คือการจัดลำดับความสำคัญของสาเหตุพฤติกรรมในประเด็นที่มี ความสำคัญและความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ๆ การวินิจฉัยพฤติกรรมจะต้องให้ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิตในแต่ละประเด็นในขั้นตอนที่ 2 ซึ่งจะช่วยให้สามารถ เลือกรูปพฤติกรรมเป้าหมายมาวางแผนเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา โดยสรุปการวินิจฉัยพฤติกรรมและ ประเมินสิ่งแวดล้อมเพื่อดูว่าพฤติกรรมใดที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคมที่ได้รับไว้ใน ขั้นตอนที่ 1-2 การวินิจฉัยสิ่งแวดล้อมเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม ควบคู่กันไป

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษา (Educational Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมทั้งที่เป็นปัจจัยภายใน ตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคลเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนสุขภาพศึกษาโดยขั้นตอนนี้ จะแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม

ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจใน การแสดงพฤติกรรมของบุคคลหรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคล ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education Experience) ความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทาง สนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้อาจรวมไปถึงอายุ เพศ ระดับ การศึกษา ขนาดของครอบครัว และสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ (Socio-Economic) ซึ่งปัจจัย เหล่านี้มีผลต่อการวางแผนในการจัดทำแผนงาน โครงการทางสุขภาพศึกษาด้วยความรู้ เป็นปัจจัยนำที่ สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ก็อาจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ เสมอไป ถึงแม้ความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรมแต่ความรู้แต่ความรู้อย่างเดียว ไม่พอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ต้องมีปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย การรับรู้ หมายถึงการที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านมาจากประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วส่งผลให้เกิด การตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมา เป็นการผสมกันระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่าง ๆ และ ความคิดร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิต สังคมที่เชื่อว่ามีผลมีผลกระตุ้นต่อ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ความเชื่อ คือความมั่นใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุ นั้น ๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องให้ความไว้วางใจ เช่น แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งเน้นว่าพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้าน คือ ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็น โรคหรือได้รับเชื้อโรค ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่เป็อันตรายต่อสุขภาพและความเชื่อ เกี่ยวกับ ผลตอบแทนที่จะได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง ค่านิยม หมายถึง การให้ความสำคัญให้ ความพอใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง เช่น ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ แต่ขณะเดียวกันเขาก็พอใจในการสูบบุหรี่ด้วยซึ่งความขัดแย้งของค่านิยมเหล่านี้เป็นสิ่งที่สามารถ

วางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย ทักษะคติ หมายถึง ความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น ความคิด บุคคล การกระทำ วัตถุ ความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดีและเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับราคา ระยะเวลา ฯลฯ นอกจากนี้สิ่งที่สำคัญก็คือ การหาได้ง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ปัจจัยเอื้อจึงเป็นสิ่งช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพ ได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ลักษณะและแหล่งของปัจจัยเสริมจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัญหาในแต่ละเรื่อง เช่นการดำเนินงานสุขศึกษาในโรงเรียนหรือสถานศึกษาต่าง ๆ ในกลุ่มนักเรียนที่เป็นเป้าหมาย ปัจจัยเสริมที่สำคัญ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน ครู อาจารย์ เป็นต้น ปัจจัยเสริม อาจเป็นการกระตุ้นเตือนการให้รางวัลที่เป็นสิ่งของ การยอมรับ การเป็นแบบอย่าง คำชมเชย การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติตามก็ได้ สิ่งเหล่านี้จะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเองและอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ แตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้ การดำเนินงานในขั้นตอนการวิเคราะห์ทางการศึกษาจะเป็นการพิจารณาว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมนั้นมีปัจจัยเฉพาะอะไรบ้างที่จะทำให้พฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่ต้องการ ถ้าได้มีการปรับปรุงแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงใหม่ให้เหมาะสมจัดลำดับความสำคัญของปัจจัย จัดกลุ่มปัจจัยและความยากง่ายของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ก็จะทำให้การวางแผนในขั้นตอนต่อไปมีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้นจากปัจจัยทั้งสามดังกล่าวกรีนและคณะ (Green, et al. 1980, pp. 14-15 อ้างอิงใน พัชราภรณ์ พัฒนะ, 2560) ได้นำมาแสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยทั้งสามกับพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาเฉพาะเพื่อใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุทางพฤติกรรมกับปัจจัยดังกล่าว

ขั้นตอนที่ 5 การเลือกกลยุทธ์ทางการศึกษา (Selection of Educational Strategies)

เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมได้แล้วขั้นตอนต่อไปจะเป็นการเลือกกลยุทธ์และเทคนิคในการดำเนินงานสุขศึกษามาใช้ ทั้งนี้โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมและสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านข้างต้น เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในที่สุด นอกจากนี้การกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานจะต้องคำนึงถึงการผสมผสานเทคนิคกลยุทธ์ด้านสุขศึกษาที่หลากหลายเข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

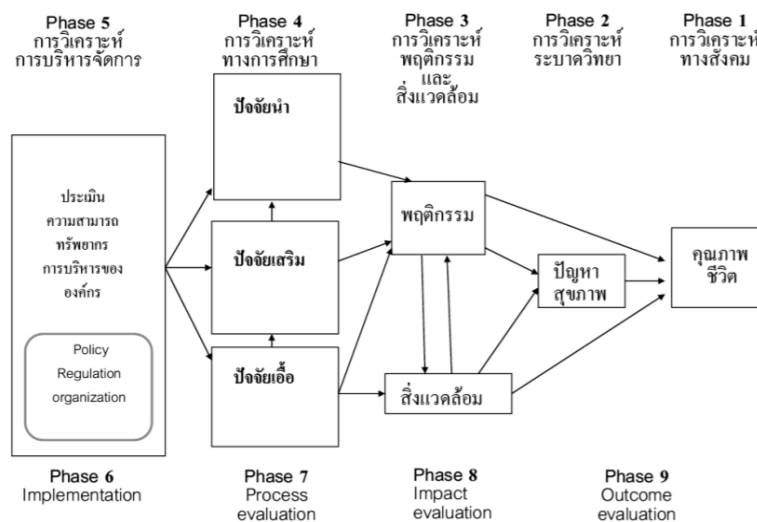
ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์ทางการบริหาร (Administrative Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินถึงปัจจัยด้านการบริหารจัดการที่จะมีผลต่อการดำเนินโครงการที่ได้วางแผนไว้โดยปัจจัยดังกล่าวอาจมีผลทั้งในด้านบวก คือ ทำให้โครงการสำเร็จ บรรลุเป้าหมายหรือมีผลตรงข้าม คือ กลายเป็นข้อจำกัดของโครงการ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ งบประมาณ ระยะเวลา ความสามารถของผู้ดำเนินการตลอดจนทรัพยากรอื่น ๆ ในองค์กรดังนั้นในการวางแผนเพื่อดำเนินงานสุศึกษาใด ๆ จะต้องให้ความสำคัญกับขั้นตอนนี้ไม่น้อยไปกว่าในขั้นตอนอื่น ๆ

ในองค์กร ดังนั้นในการวางแผนเพื่อดำเนินงานสุศึกษาใด ๆ จะต้องให้ความสำคัญกับขั้นตอนนี้ไม่น้อยไปกว่าในขั้นตอนอื่น ๆ และจะต้องมีการวิเคราะห์และพิจารณาให้ครอบคลุมทุกด้านเหมือนกับการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีต่อพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผล (Evaluation)

ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมินและดัชนีชี้วัดไว้อย่างชัดเจนแล้วการประเมินผลใน PRECEDE Framework จะประกอบด้วย การประเมินใน 3 ระดับ คือ การประเมินโครงการหรือโปรแกรมสุศึกษา การประเมินผลกระทบของโครงการหรือโปรแกรมที่มีต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้าน และท้ายสุด คือ การประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพของบุคคลซึ่งการประเมินในขั้นตอนนี้จะเป็นการดำเนินงานระยะยาวในการจัดการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้น เป้าหมายสำคัญคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือการปลูกฝังพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งในที่นี้จะเรียกว่าผู้รับบริการโดยการที่เกิดคุณภาพของการเรียนรู้ได้นั้นนอกจากจะเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบในตัวผู้รับบริการเอง เช่น ความพร้อมทางร่างกาย ความสามารถทางปัญญา เจตคติ ทักษะทางสุขภาพและสภาพแวดล้อมอื่น ๆ แล้วกระบวนการจัดการเรียนรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่นักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดให้ก็นับว่าเป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อการบรรลุเป้าประสงค์ของการจัดการจัดการเรียนรู้เช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่นักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนำนวัตกรรมทางสุขภาพต่าง ๆ มาใช้ในการจัดการเรียนรู้เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเรียนรู้ เข้าใจในสิ่งที่ต้องการได้ง่ายขึ้น สามารถที่จะเชื่อมโยงสิ่งต่าง ๆ เข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตได้ก็นับว่าเป็นอีกก้าวหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพของผู้รับบริการ ดังนั้นเพื่อให้เกิดประโยชน์โดยตรงต่อการส่งเสริมให้นักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้เห็นแนวทางในการจัดการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ความรู้เรื่องเทคนิคการจัดการเรียนรู้เพื่อที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ จึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการ



ภาพ 1 แสดงแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model

ที่มา: Green & Kreuter, 2005 แปลโดย อภาพพร เฝ้าวัฒนา, 2554

สำหรับงานวิจัยนี้ได้นำแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model ในขั้นตอนที่ 1-3 คือ

ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม (Social Diagnosis) โดยการ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ “คุณภาพชีวิต” (Quality of Life : Q O L) ของประชากร เพื่อให้เข้าใจปัจจัยที่มีต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายซึ่งสามารถนำไปสู่กระบวนการพัฒนากิจกรรมหรือโครงการเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต สิ่งที่เหมาะสมได้จะเป็นเครื่องชี้วัดและเป็นตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมายนั้น ๆ

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา (Epidemiological Diagnosis) โดยพิจารณาถึงเป้าหมายทางสุขภาพ ที่จะมีผลต่อเป้าหมายหรือปัจจัยที่มีผลทางทางสังคม ข้อมูลที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ข้อมูลทางด้านวิทยาการระบาดจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรค ความชุกของโรค การกระจายของการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคล ความสมบูรณ์ของร่างกาย ภาวการณ์เจริญพันธุ์ตลอดจนปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและการกระจายในลักษณะที่เป็นอยู่ และขั้นที่ 3 การวิเคราะห์ทางพฤติกรรมและการประเมินสิ่งแวดล้อม (Behavioral Diagnosis and Environment Assessment เป็นการวิเคราะห์หาพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 แบ่งออกได้เป็น ปัจจัยด้านพฤติกรรมและปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

มยุรี พงษ์นาค (2555) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางร่างกาย ด้านสุขภาพทางจิตใจ และด้านสุขภาพทางอารมณ์โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดีมากทุกด้าน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยด้าน สถานภาพส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม มีความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ณรงค์ คุณสุข (2559) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแสนตุ้ง อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแสนตุ้ง อำเภอเขาสมิงจังหวัดตราด และเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแสนตุ้ง อำเภอเขาสมิง จากการวิจัย พบว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแสนตุ้ง อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด มีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแสนตุ้ง อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด มีคุณภาพชีวิตด้านการรวมกลุ่มทางสังคมอยู่ในระดับมาก โดยมีความคิดเห็นเป็นอันดับแรก รองลงมาคือด้านความเป็นอยู่ทางกายภาพ มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก และด้านลักษณะทางอารมณ์มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก แต่มีความคิดเห็นเป็นอันดับสุดท้าย ผลการทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพของชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแสนตุ้ง อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแสนตุ้ง ที่มีเพศ อายุ สถานภาพรายได้ อาชีพเดิมของผู้สูงอายุ ที่พักอาศัย ต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่ต่างกันจึงปฏิเสธสมมติฐาน

จิรัชยา เกล้าดี และคณะ (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช มีวัตถุประสงค์ในการวิจัยเพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการวิจัยพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 ทุกปัจจัยส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก โดยปัจจัยที่ด้านสิ่งแวดล้อมเป็นอันดับ 1 รองลงมา คือ ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านปัญญา และปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุน้อยที่สุด คือ ปัจจัยด้านจิตใจ

ตามลำดับ และการเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อระดับการมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ทุกด้าน ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ความมีโรค/อาการป่วย ความสามารถในการอ่านหนังสือ ความสามารถในการเขียนหนังสือ ระดับการศึกษา การเป็นสมาชิกกลุ่มของชุมชน แหล่งที่มาของรายได้ รายได้ ภาระหนี้สิน เงินออม การได้รับเบี้ยยังชีพ และ บุคคลที่ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ด้วย ไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ.05

จิราภรณ์ เกษร (2560) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดหนองคาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มี เพศ อายุ และอำเภอที่อาศัย แตกต่างกัน และข้อเสนอแนะคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดหนองคาย ผลการวิจัยพบว่า 1) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดหนองคาย โดยรวมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก 2 ด้าน คือ ด้านการสนับสนุนทางสังคม และด้านสุขภาพจิต มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 7 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ความสามารถของตน ด้านสุขภาพจิต ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านภาวะหนี้สิน ด้านเงินออม ด้านเจตคติที่มีต่อการเป็นผู้สูงอายุ ด้านการมีโรค 2) ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดหนองคายที่มี เพศ ต่างกันโดยรวมมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน 3) ผลการเปรียบเทียบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน จังหวัดหนองคายที่มี อายุ และอำเภอที่อาศัยต่างกัน โดยรวมมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน 4) ผู้สูงอายุในจังหวัดหนองคายมีข้อเสนอ ควรมีการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกเดือน ควรเปิดโอกาสในการเรียนรู้กิจกรรมใหม่ ๆ เป็นประจำ ควรให้ผู้สูงอายุได้รับแสงสว่างความรู้ ข่าวสาร ตลอดเวลา เช่น ทำห้องสมุด สมาชิกในครอบครัวควรดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด ครอบครัวควรให้เงินกับผู้สูงอายุใช้จ่ายอย่างเพียงพอ เพื่อการสร้างสุขทางใจ ชุมชนควรให้ความสำคัญผู้สูงอายุทุกครั้งที่มีการเข้าร่วมกิจกรรม ควรจัดให้ผู้สูงอายุได้นั่งสมาธิทุกวันพระ และควรสนับสนุนให้เป็นที่ปรึกษากับชุมชน

เด่น นวลโรสง (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอน อำเภอสุวรรณโคตร จังหวัดสุโขทัย มีวัตถุประสงค์วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอน อำเภอสุวรรณโคตร จังหวัดสุโขทัย และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดสังคม และมีคุณภาพชีวิตทั่วไประดับปานกลาง ร้อยละ 100 ส่วนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 100 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทั่วไป (WHOQOL-BREF) คือการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม/กิจกรรมทางศาสนา (P=.017) การเป็นสมาชิกชมรม (P=.003) และโรคประจำตัว (P=.001) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD) คือ เพศ (P=.001) โรคประจำตัว (P=.015) ตำแหน่งทางสังคม (P=0.26)

สิริมา อธิ์ประเสริฐ (2560) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแก่งกะเขต อำเภอเมือง จังหวัดระยอง การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินสมรรถนะของผู้สูงอายุศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผลการวิจัย พบว่า ผลการประเมินสมรรถนะของผู้สูงอายุตามแบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีบาร์เทลเอ็ดดีแอล พบว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำรงชีพอยู่ในระดับไม่เป็นภาระพึ่งพา และการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นสูง พบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำรงชีพอยู่ในระดับไม่เป็นภาระเรื่องพาเช่นกัน ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแก่งกะเขต อำเภอเมือง จังหวัดระยอง โดยภาพรวมมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ส่วนผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแก่งกะเขต อำเภอเมือง จังหวัดระยอง ที่มีวุฒิการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สมรรถนะด้านความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันและสมรรถนะด้านความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส และอาชีพต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

กนกอร เลิศลาภ (2561) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครสกลนคร การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน เขตเทศบาลนครสกลนคร เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล นครสกลนคร จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล และศึกษาแนวทางในการพัฒนา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครสกลนคร ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครสกลนคร โดยภาพรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.10 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.05 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านสังคมและวัฒนธรรม มีคุณภาพชีวิตในระดับมาก รองลงมาคือ ด้านสุขภาพอนามัย มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านความมั่นคงของรายได้และการทำงาน มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ผลการเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครสกลนคร จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครสกลนคร ทั้งในภาพรวมและรายด้านทุกด้าน ไม่มีความแตกต่างกัน ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครสกลนคร ที่ควรนำไปศึกษาหาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครสกลนคร มีจำนวน 3 ด้าน คือ 1) ด้านการศึกษา 2) ด้านความมั่นคงของรายได้และการทำงาน และ 3) ด้านสวัสดิการสังคม

ปรียาดา ยังอยู่ (2562) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลดอนยาง อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลดอนยาง อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลดอนยาง อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร และเพื่อศึกษาข้อเสนอแนะปัจจัยที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบล

ตอนยาว อำเภอปะทิวจังหวัดชุมพร ผลการวิจัย พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลตอนยาว อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร โดยรวมมีค่าความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ปัจจัยความสามารถในการแสดงพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยการมีความสุขทาง ด้านจิตใจ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมของบุคคล และปัจจัยการรับรู้คุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับต่ำทุกด้าน ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลตอนยาว อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร โดยภาพรวมสามารถอธิบายได้ร้อยละ 51.30 มีค่า $R^2 = 0.513$ และมีค่า $F = 67.844$ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากที่สุดคือ ปัจจัยความสามารถในการแสดงพฤติกรรม มีค่าเท่ากับ 0.494 รองลงมาคือ ปัจจัยด้านการมีความสุขทางด้านจิตใจ มีค่าเท่ากับ 0.311 ปัจจัยสิ่งแวดล้อมของบุคคล มีค่าเท่ากับ 0.117 และปัจจัยการรับรู้คุณภาพชีวิต มีค่าเท่ากับ 0.079 ตามลำดับ

บุศยมาศ พลเศษ (2563) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านร่างกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.1 ด้านจิตใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 54.5 ด้านสังคมผู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 52.8 และด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 60.8 ระดับคุณภาพชีวิตภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 69.7 และพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ ($p = 0.006$) เพศ ($p = 0.018$) สถานภาพสมรส ($p = 0.001$) โรคประจำตัว ($p = 0.037$) ระดับการศึกษา ($p < 0.001$) การอ่าน ($p < 0.001$) การเขียน ($p < 0.001$) อาชีพ ($p < 0.001$) ความเพียงพอของรายได้ ($p = 0.001$) การดื่มสุรา ($p < 0.001$) การออกกำลังกาย ($p = 0.001$) สถานบริการสุขภาพ ($p = 0.017$) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($p = 0.001$) สมรรถภาพสมอง ($p < 0.001$) การเป็นสมาชิกกลุ่มชุมชน ($p < 0.001$) และการได้รับเบี้ยยังชีพ ($p < 0.001$)

Gunawan et al. (2020) ได้ทำการสำรวจคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุในประเทศไทยอินโดนีเซีย การศึกษานี้ได้ให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานพยาบาลอินโดนีเซีย ผลการศึกษาพบว่าอายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุเท่ากับ 71.2 ในช่วงเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่ 65 ถึง 76 ปี ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตคืออายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส เชื้อชาติ โรคเรื้อรัง และภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าในฐานะผู้ทำนายตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตตามความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ สถานะภาวะซึมเศร้าและระดับการศึกษาสถานะของภาวะซึมเศร้าและการรับรู้เป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตที่สำคัญของผู้สูงอายุในพยาบาลอินโดนีเซีย

ผลลัพธ์ของการศึกษาจะใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในอนาคตและการส่งเสริมที่เกี่ยวข้องสำหรับสาขาเดียวกันของการศึกษา อายุและภาวะซึมเศร้าได้รับการยอมรับว่าเป็นตัวทำนายที่สำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราของชาวอินโดนีเซีย ผลลัพธ์ของการศึกษาจะใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในอนาคตและการส่งเสริมที่เกี่ยวข้องสำหรับสาขาเดียวกันของการศึกษา อายุและภาวะซึมเศร้าเป็นตัวทำนายที่สำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราของชาวอินโดนีเซีย ผลลัพธ์ของการศึกษาจะใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในอนาคตและการส่งเสริมที่เกี่ยวข้องสำหรับสาขาเดียวกันของการศึกษา

ภริตา แซ่ตั้ง และนิพนธ์ ศศิธรเสาวภา (2564) ได้ศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม และเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท อาศัยอยู่กับครอบครัวของบุตร และมีโรคประจำตัวสูงถึง ร้อยละ 78.5 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านสิ่งแวดล้อม รองลงมาคือด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านร่างกาย ตามลำดับ แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม พบว่า ผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำ มีการประชาสัมพันธ์ข่าวสารเรื่องสุขภาพ การจัดกิจกรรมนันทนาการ การให้ความรู้เรื่องการบริโภค มีการจัดกิจกรรมทางศาสนา การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ การจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ มีการสร้างเครือข่ายทางสังคมให้กับผู้สูงอายุสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับคนทุกวัยในชุมชน สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ เขารับตำแหน่งต่าง ๆ ของชุมชน จัดโครงการเสริมสร้างรายได้ให้ผู้สูงอายุ ปรับปรุงสภาพแวดล้อมของชุมชนให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น

งานวิจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและมีการประยุกต์ใช้ PRECEED-PROCEDE MODEL

จิตนภา ฉิมจันดา (2555) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม โดยใช้แบบจำลองการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model) ของกรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) ในการสร้างกรอบแนวคิด

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสุขในชีวิตระดับมาก รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม พัฒนกิจครอบครัวระยะวัยชรา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสุขชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ยังพบว่า พัฒนกิจครอบครัวระยะวัยชรา ความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความสุขในชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนครปฐม ได้ร้อยละ 57.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=0.576$, $p>0.01$)

พัชราภรณ์ พัฒนะ (2560) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตและหาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.6 มีอายุ 60-69 ปีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษามัธยมศึกษา มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ผู้สูงอายुर้อยละ 57.6 รับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดีมีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.3 เกือบทุกคนเข้าถึงบริการสาธารณสุข ร้อยละ 86.1 เป็นสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุ 1-2 ปี โดยให้เหตุผลในการเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อพบปะแลกเปลี่ยนพูดคุยกับเพื่อนเป็นหลัก ผู้สูงอายุเกือบครึ่งมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโรงเรียน ผู้สูงอายุเดือนละ 2 -3 ครั้ง การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ได้รับแรงสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและดี ร้อยละ 68.5 และร้อยละ 28.5 ตามลำดับ โดยมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่สุจริตลงมาคือ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคมตามลำดับ สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวม คือ ระดับการศึกษา อาชีพหลักความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการพักอาศัย การรับรู้ภาวะสุขภาพ ของตนเอง จำนวนโรคเรื้อรัง ระดับการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรม ของโรงเรียนผู้สูงอายุและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือด้านการเงิน เมื่อเจ็บป่วย การเดินทาง ความรู้ข่าวสารเมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ กลุ้มใจ ผู้ที่มีส่วนในการตัดสินใจและการปลอบโยน เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ สูญเสีย ท้อแท้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

กรวรรณ ยอดไม้ และคณะ (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดจันทบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดจันทบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคุณภาพชีวิตในภาพรวมในระดับดีร้อยละ 63.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลและทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เรียงตามลำดับ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การได้รับการสนับสนุนทางสังคม รายได้ ทศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่

ใช้ในการดูแล และสถานภาพสมรส โดยสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ร้อยละ 58.1

โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์ และคณะ (2562) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพทำสวนผลไม้ในจังหวัดจันทบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีอิทธิพลและทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพทำสวนผลไม้ ในจังหวัดจันทบุรี ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพทำสวนผลไม้ ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 55.1 และคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 44.9 ปัจจัยที่มีอิทธิพลและทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพทำสวนผลไม้ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพกาย ความรู้สึกรับรู้คุณค่าในตนเอง และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($p<0.05$) โดยสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพทำสวนผลไม้ได้ ร้อยละ 39.2 ส่วนวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพทำสวนผลไม้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพกายที่ดี สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมในการทำสวนได้ มีความพึงพอใจในอาชีพทำสวน และประเมินตนเองว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี

Doshmangir et al. (2014) ได้ทำการศึกษาผลของการแทรกแซงทางการศึกษาตามแบบจำลอง PRECEDE ต่อการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในผู้สูงอายุ หลังจากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยสำหรับปัจจัยจูงใจ (ความรู้ 11.37 ถึง 15.07 ทศนคติ 24.1 ถึง 25 ความสามารถในตนเอง 9.62 ถึง 13.97) ปัจจัยเสริมแรง (6.22 ถึง 8.32) และปัจจัยเอื้อ (8.37 ถึง 16.67) ในกลุ่มทดลองในระดับสัญญาณบ่งชี้ และพบว่า การศึกษามีประสิทธิภาพในการจูงใจการเปิดใช้งานและปัจจัยเสริมที่มีผลต่อการออกกำลังกายเป็นประจำในผู้สูงอายุ โดยใช้ขั้นตอนการวินิจฉัยทางการศึกษาของแบบจำลอง PRECEDE เราสามารถวางแผนโปรแกรมการศึกษาต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมทางกายเป็นประจำ

จากการทบทวนวรรณกรรม (กนกอร เลิศลาภ, 2561; กรวรรณ ยอดไม้ และคณะ, 2561; จิรัชยา เกล้าดี และคณะ, 2560; จิราภรณ์ เกษร, 2560; โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์ และคณะ, 2562; ณรงค์ คุณสุข, 2559; เต็น นวลไรสง, 2560; ปรียาดา ยังอยู่, 2562; พัชราภรณ์ พัฒนะ, 2560; มยุรี พงษ์นาค, 2555; สิริมา อิทธิประเสริฐ, 2560; Doshmangir et al., 2014; Gunawan et al., 2020) พบว่า ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีความสอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE-PROCEED model ขั้นตอนที่ 1 และ 2 ซึ่งประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก คือ 1) ปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การซื้อยามารับประทานเองเมื่อเจ็บป่วย พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการนอนหลับ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น บ้านที่พักอาศัย บริเวณรอบบ้านที่อาศัย การคมนาคม สภาพชุมชน บุคคลที่ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ด้วย บุคคลที่ดูแลเมื่อเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว การเป็นสมาชิกชมรม การเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม / ศาสนา ตำแหน่งทางสังคม การได้รับเบี้ย

ยังชีพ และ 3) ปัจจัยด้านสุขภาพ เช่น ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) โรคประจำตัว ภาวะซึมเศร้า การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ การตรวจสุขภาพประจำปี การได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตรโดยศึกษาตัวแปรปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านสุขภาพ เพื่อทำนายคุณภาพชีวิต เพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุในเขตพื้นที่และนำไปสู่นโยบายในการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนในอนาคตต่อไป โดยการประยุกต์ใช้แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED สำหรับงานวิจัยนี้ได้นำแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model ในขั้นตอนที่ 1-3 คือ ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม (Social Diagnosis) โดยการ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ “คุณภาพชีวิต” (Quality of Life: Q O L) ของประชากร เพื่อให้เข้าใจปัจจัยที่มีต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายซึ่งสามารถนำไปสู่กระบวนการพัฒนากิจกรรมหรือโครงการเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต สิ่งที่เหมาะสมได้จะเป็นเครื่องชี้วัดและเป็นตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมายนั้น ๆ ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา (Epidemiological Diagnosis) โดยพิจารณาถึงเป้าหมายทางสุขภาพที่จะมีผลต่อเป้าหมายหรือปัจจัยที่มีผลทางทางสังคม ข้อมูลที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ข้อมูลทางด้านวิทยาการระบาดจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรค ความชุกของโรค การกระจายของการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคล ความสมบูรณ์ของร่างกาย ภาวะการณ้เจริญพันธ์ตลอดจนปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและการกระจายในลักษณะที่เป็นอยู่ และขั้นที่ 3 การวิเคราะห์ทางพฤติกรรมและการประเมินสิ่งแวดล้อม (Behavioral Diagnosis and Environment Assessment เป็นการวิเคราะห์หาพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 แบ่งออกได้เป็น ปัจจัยด้านพฤติกรรมและปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



ภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษางานวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอ บางมูลนาก จังหวัดพิจิตร เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. วิธีสร้างและตรวจสอบเครื่องมือ
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ใน 10 ตำบล ของอำเภอบางมูลนาก ได้แก่ ตำบลบางมูลนาก ตำบลบางไผ่ ตำบลหอยไกร ตำบลเนินมะกอก ตำบลวังสำโรง ตำบลลุมมิ ตำบลวังกรด ตำบลห้วยเขน ตำบลวังตะกุก และตำบลลำประดา จำนวน 4,213 คน (ระบบรับส่งข้อมูล 43 แฟ้ม HDC สสจ.พิจิตร, 2563)

กลุ่มตัวอย่าง 10 ตำบล ของอำเภอบางมูลนาก ได้แก่ ตำบลบางมูลนาก ตำบลบางไผ่ ตำบลหอยไกร ตำบลเนินมะกอก ตำบลวังสำโรง ตำบลลุมมิ ตำบลวังกรด ตำบลห้วยเขน ตำบลวังตะกุก และตำบลลำประดา คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร กรณีทราบจำนวนประชากร จากสูตร (Wayne, 1995)ดังนี้

$$n = \frac{N\sigma^2 z_{1-\alpha/2}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 z_{1-\alpha/2}^2}$$

เมื่อ

n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้

N คือ ขนาดประชากรกลุ่มตัวอย่าง (4,213 คน)

$Z_{1-\alpha/2}$ คือ ค่ามาตรฐานใต้โค้ง ที่ระดับความเชื่อมั่น 99% = 2.576

σ คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.50 (กนกอร เลิศลาภ, 2561)

d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ ร้อยละ 15 ดังนั้นค่า ความคลาดเคลื่อนที่ใช้ได้ในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 0.075

α คือ Alpha เท่ากับ 0.05

แสดงการคำนวณ

$$\text{จากสูตร } n = \frac{N\sigma^2 z_{1-\alpha/2}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 z_{1-\alpha/2}^2}$$

$$\text{แทนค่า } n = \frac{4,213(0.5)^2(2.576)^2}{0.075^2(4,213-1) + 0.50^2(2.576)^2}$$

$$n = \frac{6989.131072}{25.351444}$$

$$n = 275.6897$$

$$n = 276$$

$$n = 276$$

เมื่อแทนค่าจากสูตรจะได้กลุ่มตัวอย่างประชากร จำนวน 276 คน เพื่อลดปัญหาของการตอบกลับแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนด หรือมีข้อมูลสูญหาย (missing data) ส่งผลต่อการเกิดอคติ (Information bias) ของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขึ้นอีก 10% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 304 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงสาธารณสุขอำเภอ บางมูลนาก จังหวัดพิจิตร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 10 ตำบล
2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากสาธารณสุขอำเภอ บางมูลนาก ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 10 ตำบล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 10 ตำบล
3. ผู้วิจัยขอข้อมูลผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป จากฐานข้อมูลประชากรกลางปี จากเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง

4. เมื่อได้ข้อมูลรายชื่อผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำข้อมูลที่ได้มาหา
กลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling)

ขั้นตอนที่ 1 ใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยแบ่งตาม
สัดส่วนผู้สูงอายุในอำเภอบางมูลนาก ได้ขนาดตัวอย่างของแต่ละชุมชน ใช้สูตรกำหนดสัดส่วน ดังนี้

$$n_i = \frac{nN_i}{N}$$

เมื่อ n_i = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิ

n = ขนาดตัวอย่าง

N_i = สมาชิกของประชากรในแต่ละชั้นภูมิ

N = จำนวนสมาชิกของประชากรทั้งหมด

ตาราง 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ที่	ตำบล	จำนวนสูงอายุ 70 ปีขึ้นไป (คน)	สัดส่วน	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง (n)
1	ตำบลบางมูลนาก	719	0.17	52
2	ตำบลบางไผ่	574	0.14	41
3	ตำบลหอไกร	522	0.12	38
4	ตำบลเนินมะกอก	637	0.15	46
5	ตำบลวังสำโรง	388	0.09	28
6	ตำบลภูมิ	259	0.06	19
7	ตำบลวังกรด	240	0.06	17
8	ตำบลห้วยเขน	173	0.04	12
9	ตำบลวังตะกู่	440	0.11	32
10	ตำบลลำประดา	261	0.06	19
	รวม	4,213	1.00	304

ขั้นตอนที่ 2 ใช้การสุ่มแบบมีระบบ (Systematic random sampling) นำรายชื่อของจำนวนสูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ของแต่ละตำบล มาเรียงลำดับจากน้อยไปหามาก เรียงลำดับจาก ก-ฮ พร้อมทั้งใส่เลขกำกับ ได้ขนาดตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 304 ตัวอย่าง และอัตราส่วนระหว่างประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

$$\text{จากสูตร } k = N/n$$

$$\text{เมื่อ } k = 4213/304$$

$$= 13.85$$

$$= 14 \text{ คน}$$

ดังนั้นหมายความว่า ทุก ๆ 14 คน จะได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่าง 1 คน หากจับฉลากได้ชื่อผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ ให้ทำการจับฉลากใหม่อีกครั้งเพื่อหากกลุ่มตัวอย่างทดแทน

5. เมื่อทำการสุ่มและทราบกลุ่มตัวอย่าง จะติดต่อกลับไปยังเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแต่ละแห่งเพื่อขอข้อมูลเบื้องต้นและทำการนัดหมายเพื่อสัมภาษณ์ต่อไป

คุณสมบัติในการคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุ (ผู้สูงอายุที่มี อายุ 70 ปีขึ้นไป)
2. อาศัยในพื้นที่
3. มีสติสัมปชัญญะดี
4. อ่านออกเขียนได้หรือสามารถสื่อสารด้วยวาจาได้
5. ยินดีให้ความร่วมมือในงานวิจัยด้วยความสมัครใจและมีการลงนามอย่างเป็นทางการ

ลายลักษณ์อักษร

คุณสมบัติคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย
2. เจ็บป่วยกะทันหัน
3. เสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยครั้งนี้ที่ผู้วิจัยได้พัฒนา จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบข้อคำถามบางส่วนให้สอดคล้องกับประชากรในพื้นที่ที่ทำการวิจัย ประกอบด้วย เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ประกอบด้วย 6 ส่วนดังนี้ (รายละเอียดดังภาคผนวก ก)

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพ ผู้วิจัยประยุกต์จาก (เด่น นวลโรสง, 2560; พัชรภรณ์ พัฒนะ, 2560; มยุรี พงษ์นาค, 2555; สิริมา อิทธิประเสริฐ, 2560;

Gunawan et al., 2020) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การตรวจสุขภาพประจำปี ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านพฤติกรรม ผู้วิจัยประยุกต์จาก (เต๋น นวลโรสง, 2560; พัชราภรณ์ พัฒนะ, 2560; มยุรี พงษ์นาค, 2555; สิริมา อิทธิประเสริฐ, 2560; Gunawan et al., 2020) จำนวน 18 ข้อ

กำหนดให้ผู้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติเลย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือกปรับตามเกณฑ์ของ Likert Scale ซึ่งตั้งไว้ 5 ระดับ และมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้ 5 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้ 4 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้ 3 คะแนน	ให้ 3 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ให้ 2 คะแนน	ให้ 4 คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	ให้ 1 คะแนน	ให้ 5 คะแนน

ข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ข้อ 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16
ข้อคำถามทางลบ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 17, 18

การแปลผล

การแปลผลของคะแนนปัจจัยด้านพฤติกรรม โดยนำคะแนนจากการตอบแบบสอบถามมาหารด้วยจำนวนข้อเป็นคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ และใช้แบบค่าพิสัยแบ่งระดับพฤติกรรม โดยนำคะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุดและนำผลลัพธ์ที่ได้แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00-5.00 ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) มีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{ช่วงคะแนนในชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}}$$

$$= \frac{5 - 1}{3}$$

$$= 1.33$$

เกณฑ์การแปรผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68 – 5.00

พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34 – 3.67

พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับน้อย มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 – 2.33

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยประยุกต์จาก (เด่น นวลไธสง, 2560; พัชราภรณ์ พัฒนะ, 2560; มยุรี พงษ์นาค, 2555; สิริมา อิทธิประเสริฐ, 2560; Gunawan et al., 2020) ได้แก่ บ้านที่พักอาศัย บริเวณรอบบ้านที่อาศัย การคมนาคม สภาพชุมชน บุคคลที่ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ด้วย บุคคลที่ดูแลเมื่อเจ็บป่วย การเป็นสมาชิกชมรม การเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม / ศาสนา ตำแหน่งทางสังคม การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ การได้รับเบี้ยยังชีพ ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข) โดยกำหนดให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ มี และไม่มี จำนวน 2 ข้อ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก

การแปลผล

1. ถ้าตอบคือ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่าปกติไม่เป็นโรคซึมเศร้า
2. ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใด ๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึงเป็นผู้ที่มีความเสี่ยง หรือ มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อยด้วยแบบประเมินอื่นต่อไป

ส่วนที่ 5 แบบประเมิน ADL การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน Barthel Activities of Daily Living: ADL (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) จำนวน 10 ข้อ

ผลการประเมิน

คะแนนรวม ADL (เต็ม) 20 คะแนน

0 – 4 คะแนน หมายถึง กลุ่มที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

5 - 11 คะแนน หมายถึง กลุ่มที่ 2 ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง

12-20 คะแนน หมายถึง กลุ่มที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองได้และ/หรือช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้

ส่วนที่ 6 คุณภาพชีวิต จำนวน 26 ข้อ ประเมินจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540) 26 ข้อ

การให้คะแนน

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2 9 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

กลุ่มที่ 1 ข้อคำถามทางลบ 3 ข้อ แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย ให้คะแนนเท่ากับ 5 คะแนน

เล็กน้อย ให้คะแนนเท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง ให้คะแนนเท่ากับ 3 คะแนน

มาก ให้คะแนนเท่ากับ 2 คะแนน

มากที่สุด ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ข้อคำถามทางบวก 23 ข้อ แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

เล็กน้อย ให้คะแนนเท่ากับ 2 คะแนน

ปานกลาง ให้คะแนนเท่ากับ 3 คะแนน

มาก ให้คะแนนเท่ากับ 4 คะแนน

มากที่สุด ให้คะแนนเท่ากับ 5 คะแนน

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

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

องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25

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

ส่วนข้อ 1 ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้

การแปลผล

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้ คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ

คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7 – 16	17 – 26	27 – 35
2. ด้านจิตใจ	6 – 14	15 – 22	23 – 30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 – 7	8 – 11	12 – 15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8 – 18	19 – 29	30 – 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 – 60	61 – 95	96 – 130

วิธีสร้างและตรวจสอบเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขแล้วปรับปรุงแก้ไข โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of item – Objective Congruence) จำนวน 3 ท่าน (รายละเอียดดังภาคผนวก ข) ประกอบด้วย โดยเกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนนแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

+1 = แน่ใจว่าสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

0 = ไม่แน่ใจว่าสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

-1 = แน่ใจว่าสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยาม

ตัวแปรในแต่ละข้อ (Item-Index of Item-Objective Congruence: IOC)

ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดเกณฑ์ค่า IOC > 0.5 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

IOC = ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามตัวแปร

$\sum R$ = ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

N = จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้วิจัยนำผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Item-Index of Item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ไม่น้อยกว่า 0.5 (Rovinelli, & Hambleton, 1977 อ้างอิงใน นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์, 2561) ซึ่งจากการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าระหว่าง 0.66 – 1.00 (รายละเอียดดังภาคผนวก ค)

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ที่เทศบาลเมืองตะพานหิน อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตรเมืองจำนวน 30 คน ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ต้องค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป (Taber & Keith, 2018) โดยการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามนี้ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ดังนี้ ปัจจัยด้านพฤติกรรม เท่ากับ 0.701 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เท่ากับ 0.789 ปัจจัยด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.883 คุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.705 จึงถือว่าแบบสอบถามดังกล่าวสามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ (รายละเอียดดังภาคผนวก ง)

3. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป จากกลุ่มตัวอย่าง เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตรในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมมีกระบวนการขอความยินยอม (Informed consent process) ผู้วิจัยมีการให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจเป็นอย่างดี และตัดสินใจอย่างอิสระ ในการให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย โดยมีการให้คำชี้แจง (Information sheet) ก่อนเข้าร่วมโครงการ และมี Consent form ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยก่อนดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ และอธิบายถึงระบบการเก็บรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ระยะเตรียมเอกสาร

1. ผู้วิจัยได้ยื่นขอหนังสือรับรองการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ โดยโครงการเป็นแบบยกเว้น กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม ในงานวิจัยจะได้รับการอธิบายอย่างละเอียดในการเข้าร่วมโครงการวิจัย การขอความยินยอม การรวบรวมข้อมูลและการเสนอข้อมูลจะกระทำอย่างเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยมีกระบวนการขอความยินยอม (Informed consent process) ดังนี้

1.1 การให้ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information Sheet for Research Participant)

1.2 หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form)

ระยะดำเนินงาน

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงสาธารณสุขอำเภอ บางมูลนาก จังหวัดพิจิตร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 10 ตำบล
2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากสาธารณสุขอำเภอ บางมูลนาก ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 10 ตำบล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลทั้ง 10 ตำบล
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยสำรวจ รายชื่อผู้สูงอายุกับทะเบียนประชากรกลางปีร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 10 ตำบล เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลใน กลุ่มตัวอย่างดังนี้
 - 3.1 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ตามรายชื่อที่ได้คัดเลือกไว้ โดยการสัมภาษณ์
 - 3.2 เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยง undue influence ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการทักทาย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการ และการตอบแบบสัมภาษณ์ ของการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอ บางมูลนาก จังหวัดพิจิตร โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาทีต่อคน อธิบายขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บเวชระเบียน รวมทั้งมีระบบ การเก็บรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างและขอคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง
 - 3.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาตและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อ หรือพิมพ์ลายนิ้วมือยินยอม ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยใช้ สถานที่ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น ๆ ในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ สามารถเดินทางมาได้ และใช้สถานที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์กรณีกลุ่มตัวอย่าง ไม่สามารถเดินทางมายังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ซึ่งผู้วิจัยอยู่บริเวณที่กลุ่มตัวอย่างสามารถ สอบถามข้อสงสัยในแบบสอบถามได้
 - 3.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และความสมบูรณ์ของข้อมูลของแบบ สัมภาษณ์ และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ ก่อนนำแบบสอบถามไปดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติต่อไป

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. วิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การดูแลตนเอง การนอนหลับ การบริโภคอาหาร การซื้อยามารับประทานเองเมื่อเจ็บป่วย 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ดังนี้ บ้านที่พักอาศัย บริเวณรอบบ้านที่อาศัย การคมนาคม สภาพชุมชน บุคคลที่ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ด้วย บุคคลที่ดูแลเมื่อเจ็บป่วย การเป็นสมาชิกชมรม การเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม / ศาสนา ตำแหน่งทางสังคม การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ การได้รับเบี้ยยังชีพ 3) ปัจจัยด้านสุขภาพ ดังนี้ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน โรคประจำตัว ภาวะซึมเศร้า การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นรายข้อโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์อำนาจการทำนายปัจจัยระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (รายละเอียดดังภาคผนวก จ) ซึ่งกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 304 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน มิถุนายน 2565 โดยใช้แบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์ การประมวลผลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติรวมทั้งทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอโดยการบรรยายประกอบตาราง ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านพฤติกรรม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 5 คุณภาพชีวิต ประเมินจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI)

ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตาราง 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=304)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	116	38.2
หญิง	188	61.8
อายุ		
70-74 ปี	127	41.8
75-79 ปี	82	27.0
80 ปีขึ้นไป	95	31.3

$\bar{X} = 77.38$, S.D. = 6.19, Min = 70, Max = 97

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพ		
โสด	41	13.5
สมรส	139	45.7
หย่า	9	3.0
หม้าย	115	37.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	37	12.2
ประถมศึกษา	224	73.7
มัธยมศึกษา/ปวช.	25	8.2
ปวส./อนุปริญญา	10	3.3
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	8	2.6
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	168	55.3
ข้าราชการบำนาญ	15	4.9
ค้าขาย	23	7.6
รับจ้าง	31	10.2
เกษตรกร	67	22.0
แหล่งที่มาของรายได้		
รายได้จากสวัสดิการของรัฐ	157	51.6
รายได้จากบุตร หลาน	60	19.7
รายได้จากการประกอบอาชีพ	70	23.0
อื่น ๆ	17	5.6
รายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย(ความเพียงพอของรายได้)		
เพียงพอ	142	46.7
ไม่เพียงพอ	162	53.3

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.8 ช่วงอายุที่มากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 70-74 ปี ร้อยละ 41.8 โดยอายุเฉลี่ยเท่ากับ 77.38 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.19 กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยที่สุดเท่ากับ 70 ปีและอายุมากที่สุดเท่ากับ 97 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 45.7 การศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 73.7 รองลงมาไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 12.2 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 55.3 รองลงมามีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 22.0 แหล่งที่มาของได้รายส่วนใหญ่มีรายได้มาจากสวัสดิการของรัฐ ร้อยละ 51.6 รายได้จากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 23.0 และส่วนใหญ่รายได้ที่ได้รับไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ร้อยละ 53.3

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยด้านพฤติกรรม

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป (n=304)

ข้อความ	พฤติกรรม (n=304)					Mean	SD.	แปรผล
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติเลย			
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)			
การดื่มสุรา								
1. ท่านไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า								
ชาว เหล้าแดง เปียร์	7	2	14	38	243			ระดับ
เป็นต้น	(2.3)	(0.7)	(4.6)	(12.5)	(79.9)	4.67	.794	น้อย
								ระดับ
		ภาพรวม				4.67	.794	น้อย

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อความ	พฤติกรรม (n=304)					Mean	SD.	แปล ผล
	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ			
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน			
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)			
การสูบบุหรี่								
2.ท่านไม่ใช้สาร								
ประเภทนิโคติน เช่น	9	3	10	16	266			ระดับ
ยาเส้น บุหรี่ก้นกรอง	(3.0)	(1.0)	(3.3)	(5.3)	(87.5)	4.73	.823	น้อย
	ภาพรวม					4.73	.823	ระดับ น้อย
การออกกำลังกาย								
3.ท่านมีกิจกรรมทาง								
กาย โดยการออก								ระดับ
กำลังกายเช่น การ	38	48	95	65	58			ปาน
เดิน ปั่นจักรยาน	(12.5)	(15.8)	(31.3)	(21.4)	(19.1)	2.81	1.266	กลาง
4.ท่านมีกิจกรรมทาง								
กาย โดยการทำงาน								ระดับ
บ้าน	116	41	62	43	42			ปาน
	(38.2)	(13.5)	(20.4)	(14.1)	(13.8)	3.48	1.460	กลาง
5.ท่านมีกิจกรรมทาง								
กายโดยการทำไร่ ทำ								ระดับ
สวน	53	43	46	44	118			ปาน
	(17.4)	(14.1)	(15.1)	(14.5)	(38.8)	2.56	1.536	กลาง
	ภาพรวม							ระดับ ปาน
						2.95	1.162	กลาง

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อความ	พฤติกรรม (n=304)					Mean	SD.	แปล ผล
	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ เลย			
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน			
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)			
การดูแลตนเอง								
6.ทำนอบน้ำอย่าง น้อยวันละ 2 ครั้ง เข้า เย็น	212 (69.7)	21 (6.9)	33 (10.9)	23 (7.6)	15 (4.9)	4.28	1.214	ระดับ มาก
7.ทำนแปรงฟันเมื่อตื่น นอนตอนเช้าหลัง รับประทานอาหาร และก่อนนอน	208 (68.4)	25 (8.2)	17 (5.6)	33 (10.9)	21 (6.9)	4.20	1.327	ระดับ มาก
8.ทำนใส่เสื้อผ้าที่ซัก แล้ว	265 (87.2)	18 (5.9)	6 (2.0)	3 (1.0)	12 (3.9)	4.71	.883	ระดับ มาก
9.ทำนขับถ่ายอย่าง น้อยวันละ 1 ครั้ง	170 (55.9)	36 (11.8)	21 (6.9)	43 (14.1)	34 (11.2)	3.87	1.480	ระดับ มาก
	ภาพรวม							ระดับ มาก
						4.27	.894	
การนอนหลับ								
10.ทำนไม่นอนกลางวัน	23 (7.6)	39 (12.8)	112 (36.8)	53 (17.4)	77 (25.3)	2.60	1.209	ระดับ ปาน กลาง
11.ทำนนอนหลับวัน ละ6-8 ชั่วโมง	163 (53.6)	48 (15.8)	46 (15.1)	37 (12.2)	10 (3.3)	4.05	1.214	ระดับ มาก

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อความ	พฤติกรรม (n=304)					Mean	SD.	แปล ผล
	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ			
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน			
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)			
12.ท่านสวมหมวกก่อน นอนเพื่อช่วยให้นอน หลับ	129 (42.4)	38 (12.5)	64 (21.1)	44 (14.5)	29 (9.5)	3.63	1.396	ระดับ ปาน กลาง
ภาพรวม					3.43	.760	ระดับ ปาน กลาง	
การบริโภคอาหาร								
13.ท่านรับประทาน อาหารวันละ 3 มื้อ	243 (79.9)	22 (7.2)	33 (10.9)	3 (1.0)	3 (1.0)	4.64	.792	ระดับ มาก
14.ท่านดื่มน้ำอย่าง น้อยวันละ 6-8 แก้ว	212 (69.7)	45 (14.8)	40 (13.2)	5 (1.6)	2 (0.7)	4.51	.832	ระดับ มาก
15.ท่านรับประทาน อาหารที่ปรุงสุกใหม่	236 (77.6)	51 (16.8)	9 (3.0)	3 (1.0)	5 (1.6)	4.67	.732	ระดับ มาก
16.ท่านเลือก รับประทานอาหารที่มี ประโยชน์ เช่น ผัก ผลไม้	225 (74.0)	38 (12.5)	32 (10.5)	5 (1.6)	4 (1.3)	4.56	.846	ระดับ มาก
ภาพรวม					4.60	.707	ระดับ มาก	

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อความ	พฤติกรรม (n=304)					Mean	SD.	แปร ผล
	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ			
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน			
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)			
การซื้อยามารับประทานเองเมื่อเจ็บป่วย								
17.ท่านไม่ซื้อยาจากร้าน								
ขายยามารับประทานเอง								
เมื่อเกิดการเจ็บป่วย	8	8	66	83	139			ระดับ
หรือไม่สบายตัว	(2.6)	(2.6)	(21.7)	(27.3)	(45.7)	4.11	1.004	น้อย
18.ท่านไม่ใช้ยานอน								
หลับเพื่อช่วยให้นอน								
หลับ	32	9	64	43	156			ระดับ
	(10.5)	(3.0)	(21.1)	(14.1)	(51.3)	3.93	1.338	น้อย
ภาพรวม								
						4.02	.928	ระดับ น้อย

*ข้อความเชิงลบ

จากตาราง 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิต ดังนี้พฤติกรรม การดื่มสุรา อยู่ในระดับน้อย (M=4.67 SD.=.794) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับน้อย (M=4.73 SD.=.823) พฤติกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง (M=2.95 SD.=1.162) พฤติกรรมการ ดูแลตนเอง อยู่ในระดับมาก (M=4.27 SD.=.894) พฤติกรรมการนอนหลับ อยู่ในระดับปานกลาง (M=3.43 SD.=.760) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับมาก (M=4.60 SD.=.707) และ พฤติกรรมการซื้อยามารับประทานเอง อยู่ในระดับน้อย (M=4.02 SD.=.928)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป (n=304)

สิ่งแวดล้อม	จำนวน (ร้อยละ)	
	ใช่	ไม่ใช่
1. บ้านที่ท่านอาศัยอยู่ไม่มีปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ เช่น การขึ้น-ลงบันได พื้นไม่เสมอกันพื้นลื่น ห้องน้ำเป็นแบบนั่งราบบ เป็นต้น	195(64.1)	109(35.9)
2. บริเวณรอบบ้านที่ท่านอาศัยอยู่ไม่มีเหตุรำคาญ เช่น เสียงรถมอเตอร์ไซด์ กลิ่นเหม็นจากน้ำหรือสิ่งปฏิกูล เป็นต้น	109(35.9)	195(64.1)
3. ตำแหน่งบ้านที่ท่านอาศัยอยู่ในชุมชน มีเส้นทางคมนาคมทางถนนที่สะดวกต่อการเดินทาง เช่น ถนนไม่มีความชำรุด สามารถใช้ในการเดินทางได้ไปสถานที่ต่าง ๆ ได้อย่างสะดวกและมีความปลอดภัย	228(75.0)	50(16.4)
4. ตำแหน่งบ้านที่ท่านอาศัยอยู่ในชุมชน มีสภาพชุมชนที่ดีและมีความปลอดภัย เช่น ไม่มีโจรหรือขโมย ไม่เป็นแหล่งซ่องสุมอบายมุขต่าง ๆ มีเพื่อนบ้านที่ดี สามารถช่วยเหลือกันได้ มีอากาศที่บริสุทธิ์ มีสถานที่สำหรับส่งเสริมสุขภาพเช่น สถานที่ออกกำลังกาย	254(83.6)	50(16.4)
5. ท่านไม่ได้อาศัยอยู่เพียงลำพัง	242(79.6)	62(20.4)
6. ท่านมีบุคคลดูแลเมื่อเจ็บป่วย	257(84.5)	47(15.5)
7. ท่านเป็นสมาชิกชมรมหรือกลุ่มต่าง ๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ,ชมรมออกกำลังกาย เป็นต้น	135(44.4)	169(55.6)
8. ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น งานบวช งานแต่ง งานทำบุญขึ้นบ้านใหม่	189(62.2)	115(37.8)
9. ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ฟังเทศน์ ฟังธรรม ทำบุญตักบาตร ทำบุญเข้าพรรษา เป็นต้น	211(69.4)	93(30.6)
10. ท่านมีตำแหน่งทางสังคม เช่น กรรมการหมู่บ้าน, กรรมการกองทุนหมู่บ้าน, อาสาสมัครสาธารณสุข	66(21.7)	238(78.3)
11. ท่านได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	283(93.1)	21(6.9)
12. ท่านสามารถเดินทางไปสถานบริการสุขภาพได้ด้วยตนเองเมื่อท่านเจ็บป่วย	118(38.8)	186(61.2)

จากตาราง 4 พบว่า บ้านที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ไม่มีปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ เช่น การขึ้น-ลง บันได้ ร้อยละ 64 บริเวณรอบบ้านที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ส่วนใหญ่ไม่มีเหตุรำคาญ เช่น เสียงรถมอเตอร์ไซด์ กลิ่นเหม็นจากน้ำหรือสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 64.1 ส่วนใหญ่ตำแหน่งบ้านของผู้สูงอายุมีเส้นทางคมนาคมที่สะดวกต่อการเดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ ได้อย่างสะดวกและปลอดภัย ร้อยละ 83.6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้อาศัยอยู่เพียงลำพัง ร้อยละ 79.6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีบุคคลดูแลเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 84.5 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมหรือกลุ่มต่าง ๆ ร้อยละ 55.6 ในรอบปีที่ผ่านมาผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ร้อยละ 62.2 ในรอบปีที่ผ่านมาผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ร้อยละ 69.4 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งทางสังคม ร้อยละ 78.3 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 93.1 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถไปสถานบริการสุขภาพได้เองเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 61.2

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านสุขภาพ

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในการได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป (n=304)

การตรวจสุขภาพประจำปี	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้ตรวจ	5	1.6
ได้ตรวจ	299	98.4

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 98.4 และไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 1.6

ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการมีโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป (n=304)

การมีโรคประจำตัว	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีโรคประจำตัว	72	23.7
มีโรคประจำตัว	232	76.3

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.3 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 23.7

ส่วนที่ 5 คุณภาพชีวิต ประเมินจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI)

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป (n=304)

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน(ADL)	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้	4	1.3
ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็น เล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า	10	3.3
ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	290	95.4
2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)		
ต้องการความช่วยเหลือ	11	3.6
ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	293	96.4
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) ไม่สามารถนั่งได้ (นั่ง แล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น ต้องการความช่วยเหลือ		
อย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คน ทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้	7	2.3
ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือ ต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย	8	2.6
19	6.3	
4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)		
ช่วยตัวเองไม่ได้	8	2.6
ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง	24	7.9

ตาราง 7 (ต่อ)

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน(ADL)	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อย หลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	272	89.5
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)		
เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	6	2.0
ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้า ออกมุมห้อง หรือประตูได้	4	1.3
เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย	20	6.6
เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	274	90.1
6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)		
ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย	5	1.6
ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย	13	4.3
ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้ เหมาะสมก็ได้)	286	94.1
7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)		
ไม่สามารถทำได้	17	5.6
ต้องการคนช่วย	36	11.8
ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	251	82.6
8. Bathing (การอาบน้ำ)		
ต้องมีคนช่วยหรือทำให้	12	3.9
อาบน้ำเองได้	292	96.1
9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)		
กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ	7	2.3
กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)	62	20.4
กลั่นได้เป็นปกติ	235	77.3

ตาราง 7 (ต่อ)

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน(ADL)	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้	9	3.0
กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)	72	23.7
กลั้นได้เป็นปกติ	223	73.4

จากตาราง 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี คือ ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ร้อยละ 96.4 รองลงมาคือ การอาบน้ำ ร้อยละ 96.1 รับประทานอาหาร ร้อยละ 95.4 การสวมใส่เสื้อผ้า ร้อยละ 94.1 การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน ร้อยละ 90.1 การใช้ห้องน้ำ ร้อยละ 89.5 การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ ร้อยละ 88.8 การขึ้นลงบันได 1 ชั้น ร้อยละ 82.6 การกลั้นการถ่ายอุจจาระ ร้อยละ 77.3 และการกลั้นปัสสาวะ ร้อยละ 73.4 ตามลำดับ

ตาราง 8 แสดงการจำแนกความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของกลุ่มตัวอย่าง

คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	กลุ่มADL
0-4	5	1.6	ติดเตียง
5-11	33	10.9	ติดบ้าน
6-20	266	87.5	ติดสังคม

จากตาราง 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน อยู่ที่กลุ่มติดสังคม (6-20 คะแนน) จำนวน 266 คน ร้อยละ 87.5 กลุ่มติดบ้าน (5-11 คะแนน) จำนวน 33 คน ร้อยละ 10.9 และ ติดเตียง (0-4 คะแนน) จำนวน 5 คน ร้อยละ 1.6

ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป (n=304)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน (ร้อยละ)	
	มี	ไม่มี
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวังหรือไม่	3 (0.99)	301 (99.01)
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่ เพลิดเพลิน หรือไม่	4 (1.32)	300 (98.68)
มีอาการทั้ง 2 ข้อ	4 (1.32)	300 (98.68)
รวม	11 (3.62)	293 (96.38)

จากตาราง 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความ รู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง ร้อยละ 0.99 รู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน ร้อยละ 1.32 และ มีอาการทั้ง 2 ข้อ ร้อยละ 3.62

ตาราง 10 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI) ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป (n=304)

ข้อความ	คุณภาพชีวิต (n=304)				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่าน ในตอนนี้เพียงใด	14 (4.6)	20 (6.6)	140 (46.1)	107 (35.2)	23 (7.6)
2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำ ให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ ต้องการอย่างน้อยเพียงใด*	15 (4.9)	92 (30.3)	154 (50.7)	37 (12.2)	6 (2.0)

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อความ	คุณภาพชีวิต (n=304)				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
3. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันใหม่ (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)	9 (3.0)	45 (14.8)	133 (43.8)	97 (31.9)	20 (6.6)
4. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด	3 (1.0)	23 (7.6)	124 (40.8)	116 (38.2)	38 (12.5)
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด	4 (1.3)	15 (4.9)	116 (38.2)	128 (42.1)	41 (13.5)
6. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด	4 (1.3)	15 (4.9)	149 (49.0)	104 (34.2)	32 (10.5)
7. ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน	1 (0.3)	18 (5.9)	120 (39.5)	120 (39.5)	45 (14.8)
8. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม	5 (1.6)	14 (4.6)	106 (34.9)	132 (43.4)	47 (15.5)
9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน*	102 (33.6)	58 (19.1)	112 (36.8)	23 (7.6)	9 (3.0)
10. ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	11 (3.6)	26 (8.6)	139 (45.7)	98 (32.2)	30 (9.9)
11. ท่านจำเป็นต้องไปรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน*	36 (11.8)	64 (21.1)	129 (42.4)	54 (17.8)	21 (6.9)

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อความ	คุณภาพชีวิต (n=304)				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
12. ท่านพอใจกับความสามารถใน การทำงานอย่างที่เคยทำมามาก น้อยเพียงใด	8 (2.6)	20 (6.6)	161 (53.0)	102 (33.6)	13 (4.3)
13. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือ เข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมาแค่ไหน	1 (0.3)	9 (3.0)	121 (39.8)	151 (49.7)	22 (7.2)
14. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่ เคยได้ รับจากเพื่อน ๆ แค ไหน	1 (0.3)	2 (0.7)	101 (33.2)	173 (56.9)	27 (8.9)
15. ท่านรู้ สึกว่าชีวิตมีความมั่นคง ปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน	0 (0.0)	10 (3.3)	77 (25.3)	188 (61.8)	29 (9.5)
16. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือน ที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด	1 (0.3)	8 (2.6)	106 (34.9)	144 (47.4)	45 (14.8)
17. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตาม ความจำเป็นมากน้อยเพียงใด	2 (0.7)	39 (12.8)	195 (64.1)	55 (18.1)	13 (4.3)
18. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้ บริการสาธารณสุขได้ตามความ จำเป็นเพียงใด	0 (0.0)	5 (1.6)	140 (46.1)	122 (40.1)	37 (12.2)
19. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่ จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด	4 (1.3)	17 (5.6)	133 (43.8)	135 (44.4)	15 (4.9)
20. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลาย เครียดมากน้อยเพียงใด	3 (1.0)	16 (5.3)	142 (46.7)	129 (42.4)	14 (4.6)
21. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ ของท่านมากน้อยเพียงใด	0 (0.0)	8 (2.6)	120 (39.5)	152 (50.0)	24 (7.9)
22. ท่านพอใจกับการเดินทางไป ไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการ คมนาคม) มากน้อยเพียงใด	17 (5.6)	26 (8.6)	136 (44.7)	102 (33.6)	23 (7.6)

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อความ	คุณภาพชีวิต (n=304)				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
23. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตท่านมี ความหมายมากน้อยแค่ไหน	2 (0.7)	12 (3.9)	75 (24.7)	162 (53.3)	53 (17.4)
24. ท่านสามารถไปไหนมาไหน ด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	17 (5.6)	26 (8.6)	136 (44.7)	102 (33.6)	23 (7.6)
25. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของ ท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศ ขึ้นแล้วท่าน มีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลาย ลงได้ รวมถึงการช่วยตัวเอง หรือ การมีเพศสัมพันธ์)	86 (28.3)	54 (17.8)	71 (23.4)	80 (26.3)	13 (4.3)
26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด	0 (0.0)	13 (4.3)	148 (48.7)	116 (38.2)	27 (8.9)

*ข้อความเชิงลบ

จากตาราง 10 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจกับสุขภาพของตนเอง ร้อยละ 46.1 อยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการปวดตามร่างกาย เช่น การปวดหัว การปวดท้อง การปวดตามตัว ทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้ ร้อยละ 50.7 อยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีกำลังเพียงพอที่จะทำในแต่ละวัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ร้อยละ 43.8 อยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจกับการนอนหลับของตนเอง ร้อยละ 40.8 อยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในชีวิต เช่น ความสุข ความสงบ ความหวัง ร้อยละ 42.1 อยู่ในระดับมาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ได้ ร้อยละ 49 อยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในตนเอง ร้อยละ 39.5 อยู่ในระดับปานกลาง และ ระดับมาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเองได้ ร้อยละ 43.4 อยู่ในระดับมาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล ร้อยละ 33.6 อยู่ในระดับน้อย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน ร้อยละ

45.7 อยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไรผ่านไปได้ในแต่ละวัน ร้อยละ 45.7 อยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จำเป็นต้องไปรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ต่อไปในแต่ละวัน ร้อยละ 42.4 อยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พอใจกับความสามารถในการทำงานที่เคยทำมา ร้อยละ 53.0 อยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น ที่ผ่านมา ร้อยละ 49.7 อยู่ในระดับมาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ ร้อยละ 56.9 อยู่ในระดับมาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีในแต่ละวัน ร้อยละ 61.8 อยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ ร้อยละ 47.4 อยู่ในระดับมาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น ร้อยละ 64.4 อยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น ร้อยละ 46.1 อยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน ร้อยละ 44.4 อยู่ในระดับมาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด ร้อยละ 46.7 อยู่ในระดับปานกลาง สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.0 อยู่ในระดับมาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พอใจกับการไปไหนมาไหนของตนเอง (การคมนาคม) ร้อยละ 44.7 อยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมาย ร้อยละ 53.3 อยู่ในระดับมาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเอง ร้อยละ 44.7 อยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ พอใจในชีวิตทางเพศ (ชีวิตทางเพศหมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่าน มีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยตัวเองหรือ การมีเพศสัมพันธ์) ร้อยละ 28.3 อยู่ในระดับน้อย และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คิดว่ามีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) ร้อยละ 48.7 อยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 11 แสดงการแปลผลคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI)

องค์ประกอบ คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต						Mean	SD
	ไม่ดี		กลางๆ		ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ด้านสุขภาพกาย	8	2.6	249	81.9	47	15.5	2.128	0.406
ด้านจิตใจ	4	1.3	186	61.2	114	37.5	2.361	0.508
ด้าน สัมพันธภาพทาง								
สังคม	28	9.2	219	72.0	57	18.8	2.095	0.509
ด้านสิ่งแวดล้อม	2	0.7	198	65.1	104	34.2	2.335	0.486
คุณภาพชีวิต								
โดยรวม	2	0.7	233	76.6	69	22.7	2.220	0.430

จากตาราง 11 พบว่า คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างด้านสุขภาพกาย ร้อยละ 2.6 อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี ร้อยละ 81.9 อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตกลาง ๆ ร้อยละ 15.5 อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตดี

คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างด้านจิตใจ ร้อยละ 1.3 อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี ร้อยละ 61.2 อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตกลาง ๆ ร้อยละ 37.5 อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตดี

คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 9.2 อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี ร้อยละ 72.0 อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตกลาง ๆ ร้อยละ 18.8 อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตดี

คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 0.7 อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี ร้อยละ 65.1 อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตกลาง ๆ ร้อยละ 34.2 อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตดี

คุณภาพชีวิตโดยรวม ร้อยละ 0.7 อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี ร้อยละ 76.6 อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตกลาง ๆ และ ร้อยละ 22.7 อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตดี

ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป

ตาราง 12 แสดงผลการวิเคราะห์ตัวแปรทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (n=304)

ตัวแปรทำนาย	b	95%CI for b	β	t	p
ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL)	0.839	0.482-1.196	0.251	4.629	<0.001*
พฤติกรรมกรนอนหลับ	2.061	0.424-3.698	0.144	2.477	.014*
การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน (กลุ่มอ้างอิง = การไม่เข้าร่วมกิจกรรมชุมชน)	4.115	1.749-6.480	0.184	3.423	.001*
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	2.206	0.460-3.953	0.144	2.486	.013*
ภาวะซึมเศร้า (กลุ่มอ้างอิง = ไม่มีภาวะซึมเศร้า)	-6.542	-12.447-(-0.638)	-0.113	-2.181	.030*

Constants (a) = 52.713 R square = 0.212 Adjusted R square = 0.199
F =16.041 p<0.001

b=unstandardized coefficient; β =standardized coefficient; CI=confidence interval

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 12 การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายสูงที่สุด คือ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ($\beta=0.251$) อันดับที่ 2 คือ พฤติกรรมการนอนหลับ ($\beta=0.144$) อันดับที่ 3 คือ การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน ($\beta=0.184$) อันดับที่ 4 คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($\beta=0.144$) และอันดับที่ 5 คือ ภาวะซึมเศร้า ($\beta=-0.113$) ตัวแปรทั้ง 5 ตัวสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยอำนาจการทำนายอยู่ที่ร้อยละ 19.9 (Adjusted R square = 0.199)

สมการพยากรณ์คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป (Y) ในรูปแบบคะแนนดิบ เมื่อตัวแปรพยากรณ์จัดอยู่ในมาตรฐานบัญญัติ (ตัวแปรเชิงคุณภาพ) ซึ่งจัดกระทำให้เป็นตัวแปรหุ่น และมีตัวแปรต่อเนื่องร่วมด้วย สามารถเขียนสมการในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในรูปแบบคะแนนดิบได้ ดังนี้

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_4x_4 + b_5x_5$$

เมื่อ

Y = คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร

a = ค่าคงที่

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของพฤติกรรมการนอนหลับ

b_3 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน

b_4 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

b_5 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของภาวะซึมเศร้า

x_1 = ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

x_2 = พฤติกรรมการนอนหลับ

x_3 = การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน

x_4 = พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

x_5 = ภาวะซึมเศร้า

ดังนั้น คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร = $0.195 + 0.839$ (ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน) + 2.061 (พฤติกรรมการนอนหลับ) + 4.115 (การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน) + 2.206 (พฤติกรรมการบริโภคอาหาร) - 6.542 (ภาวะซึมเศร้า)

จากสมการ พบว่า ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยเท่ากับ 0.839 หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้น 0.839 คะแนน

พฤติกรรมการนอนหลับ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยเท่ากับ 2.061 หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการนอนหลับ เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้น 2.061 คะแนน

การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยเท่ากับ 4.115 หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมชุมชน 4.115 คะแนน

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยเท่ากับ 2.206 หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการนอนหลับ เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้น 2.206 คะแนน

ภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบ และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยเท่ากับ -6.542 หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีคุณภาพชีวิตน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า 6.542 คะแนน

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอ บางมูลนาก จังหวัด พิษณุตร และเพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัด พิษณุตร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิษณุตร ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยเริ่มจากการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยแบ่งตามสัดส่วนผู้สูงอายุในอำเภอบางมูลนาก และ ใช้การสุ่มแบบมีระบบ (Systematic random sampling) นำรายชื่อของจำนวนสูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ของแต่ละตำบล มาเรียงลำดับ เรียงลำดับจาก ก-ฮ พร้อมทั้งใส่เลขกำกับได้ขนาดตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 304 ตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิษณุตร โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลนำมาสรุปได้ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิษณุตร ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.8 ช่วงอายุที่มากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 70-74 ปี ร้อยละ 41.8 รองลงมาคือช่วงอายุ 75-79 ปี ร้อยละ 27.0 โดยอายุเฉลี่ยเท่ากับ 77.38 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.19 กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยที่สุดเท่ากับ 70 ปีและอายุมากที่สุดเท่ากับ 97 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 45.7 รองลงมามีสถานภาพหม้าย ร้อยละ 37.8 การศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 73.7 รองลงมาคือไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 12.2 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 55.3 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 22.0 แหล่งที่มาของได้รายส่วนใหญ่มีรายได้มาจากสวัสดิการของรัฐ ร้อยละ 51.6 รองลงมาได้จากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 23.0 และส่วนใหญ่รายได้ที่ได้รับไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ร้อยละ 53.3

ปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิษณุตร โดยแบ่งปัจจัยออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

ปัจจัยด้านพฤติกรรม พบว่า พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา อยู่ในระดับมาก ($M=4.67$ $SD=.794$) พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับมาก ($M=4.73$ $SD=.823$) พฤติกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.95$ $SD=1.162$) พฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับมาก ($M=4.27$ $SD=.894$) พฤติกรรมการนอนหลับ อยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.43$ $SD=.760$) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับมาก ($M=4.60$ $SD=.707$) และ พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการซื้อยามารับประทานเอง อยู่ในระดับมาก ($M=4.02$ $SD=.928$)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า บ้านที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ไม่มีปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ เช่นการขึ้น-ลง บันได้ ร้อยละ 64 บริเวณรอบบ้านที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ส่วนใหญ่ไม่มีเหตุรำคาญ เช่น เสียงรถมอเตอร์ไซด์ กลิ่นเหม็นจากน้ำหรือสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 64.1 ส่วนใหญ่ตำแหน่งบ้านของผู้อายุ มี เส้นทางคมนาคมที่สะดวกต่อการเดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ ได้อย่างสะดวกและปลอดภัย ร้อยละ 83.6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้อาศัยอยู่เพียงลำพัง ร้อยละ 79.6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีบุคคลดูแลเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 84.5 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมหรือกลุ่มต่าง ๆ ร้อยละ 55.6 ในรอบปีที่ผ่านมาผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ร้อยละ 62.2 ในรอบปีที่ผ่านมาผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ร้อยละ 69.4 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งทางสังคม ร้อยละ 78.3 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 93.1 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถไปสถานบริการสุขภาพได้เองเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 61.2

ปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ส่วนใหญ่อยู่กลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม ร้อยละ 87.5 ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว 76.3 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 3.62 และได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 98.4

สำหรับผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ได้แก่ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) พฤติกรรมการนอนหลับ การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะซึมเศร้า โดยสามารถสร้างสมการถดถอยพหุคูณได้ดังนี้

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป = $0.195+0.839$ (ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน) + 2.061 (พฤติกรรมการนอนหลับ) + 4.115 (การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน) + 2.206 (พฤติกรรมการบริโภคอาหาร) - 6.542 (ภาวะซึมเศร้า)

ทั้งนี้ตัวแปรทำนายดังกล่าวสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 19.9

อภิปรายผลการวิจัย

ผลของการวิจัยเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัด พิจิตร สามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) โดยรวมของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อยู่ในระดับกลาง ๆ ร้อยละ 76.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ที่ระดับกลาง ๆ ($\bar{X} = 2.22$, S.D.= 0.43) อาจเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีรายได้หลัก จากสวัสดิการของรัฐ อีกทั้ง รายได้ที่ได้รับยังไม่เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายในปัจจุบัน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีโรคประจำตัว อาจทำให้ผู้สูงอายุมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น เพื่อใช้เงินเป็นค่าเดินทาง หรือค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปริยาดา ยังอยู่ (2562) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลดอนยาง อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง และ สอดคล้องกับการศึกษาของเด่น นวลโรสง (2560) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเพราะ ผู้สูงอายุมีรายได้ไม่เพียงพอ และมีโรคประจำตัว อาจจะไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุไม่ดีเท่าที่ควร เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

ด้านสุขภาพกาย ($\bar{X} = 2.128$, S.D.= 0.406) จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 87.5 แต่ยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และจำเป็นต้องใช้ยาในการรักษา ร้อยละ 76.3 อาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไปมีการรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย รับรู้เมื่อเกิดความไม่สุขสบาย รับรู้เมื่อเกิดความเจ็บปวดต่อร่างกาย แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองได้ แต่อาจมีปัญหาเรื่องของโรคประจำตัวที่ต้องรักษา หรือรับประทานยาเป็นประจำสม่ำเสมอ ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับกลาง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวิทย์ งอกศรี (2560) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเตา อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย อยู่ในระดับปานกลางซึ่ง สุวิทย์ งอกศรี (2560) ได้อธิบายว่า ผู้สูงอายุมีความเชื่อทางด้านไสยศาสตร์และมีความมั่นใจในตนเองมาก ส่วนใหญ่จึงไม่ค่อยเชื่อหรือปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้สาเหตุอาจเกิดจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาน้อย

ด้านจิตใจ ($\bar{X} = 2.361$, S.D.= 0.508) จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในชีวิตของตนเองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 42.1 รู้สึกพึงพอใจในตนเอง ในระดับมาก ร้อยละ 39.5 และยังยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง ในระดับมาก ร้อยละ 43.4 และยังมีความพึงพอใจต่อการช่วยเหลือที่เคยได้รับ ในระดับมาก ร้อยละ 56.9 แต่โอกาสในการผ่อนคลายความเครียด อยู่ใน

ระดับปานกลาง ร้อยละ 46.7 อาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุอาจยังไม่มีแนวทางกับการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ทำให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง อาจต้องมีบุคคลอื่น เช่น บุคคลในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด หรือหน่วยงานต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจได้พัฒนาขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิทย์ งอกศรี (2560) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเตา อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวดี มีเวลาทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับคนในครอบครัว และคนสนิท อาจมีความวิตกกังวลบ้างในบางครั้งจากเรื่องการเงินป่วย รวมไปถึงเมื่อบุตรหลานกลายเป็นผู้นำครอบครัวก็ทำให้ผู้สูงอายู้สึกว่าตนเองนั้นไร้คุณค่า สุวิทย์ งอกศรี (2560)

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\bar{X} = 2.095$, S.D.= 0.509) จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาจจะยังสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ร้อยละ 62.2 การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา 69.8 แต่อาจจะยังไม่ครอบคลุม ทั้งนี้ บุคคลในครอบครัว หรือหน่วยงานต่าง ๆ อาจต้องสนับสนุนกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ หรือมีการจัดตั้งชมรม ให้มีความสำคัญกับกิจกรรมต่าง ๆ ในผู้สูงอายุมากขึ้นมากขึ้น เพื่อให้คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมพัฒนาจากระดับกลาง ๆ เป็นระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์จิรา ธิติพิศุทธิกุล (2560) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลห้วยหิน อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ เพราะผู้สูงอายุมักมีการร่วมกิจกรรมของชุมชนน้อย คนในครอบครัวหรือคนรอบข้าง ควรหากิจกรรมต่าง ๆ เช่น กิจกรรมวันสำคัญต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรม และรู้สึกว่าคุณค่า ซึ่งจะส่งผลคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของผู้สูงอายุดีขึ้น (จันทร์จิรา ธิติพิศุทธิกุล, 2560)

ด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 2.335$, S.D.= 0.486) จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาจจะอยู่ในชุมชน หรือสังคมที่ดี รู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่ที่บ้านของตนเอง สภาพแวดล้อมในชุมชน ไม่มีเหตุรำคาญ เช่น กลิ่นเหม็นจากน้ำหรือจากสิ่งปฏิกูลต่าง แต่สิ่งแวดล้อมอาจไม่ดีทั้งหมด อาจมีบางส่วนที่ยังไม่ดี เช่น เส้นทางคมนาคม บางเส้นทางอาจเกิดความชำรุด และทำให้ผู้สูงอายู้สึกไม่ปลอดภัยเวลาเดินทาง หรืออาจจะขาดสถานที่ที่ใช้สำหรับส่งเสริมสุขภาพ เช่น สถานที่สำหรับออกกำลังกายของผู้สูงอายุ เป็นต้น จึงทำให้คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับกลาง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์จิรา ธิติพิศุทธิกุล (2560) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลห้วยหิน อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า คุณภาพชีวิต ด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง อาจเพราะ สภาพชุมชนยังไม่มีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจสำหรับผู้สูงอายุ และ

สภาพแวดล้อมบางส่วนอาจยังไม่ดี หากมีการจัดสถานที่สำหรับให้ผู้สูงอายุได้เพื่อพบปะพูดคุยกับ ผู้สูงอายุวัยเดียวกันอาจทำให้คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมดีขึ้น (จันทร์จิรา ธิติพิศุทธิ์กุล, 2560)

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร

2.1 ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การดูแลตนเอง การนอนหลับ การบริโภคอาหาร การซื้อยามารับประทานเองเมื่อเจ็บป่วย ปัจจัยที่พบว่าความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ พฤติกรรมการนอนหลับ มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=0.144$, $p=0.014$) เป็นไปตามแนวคิดของ กรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) ตามแบบจำลอง PRECEDE-PROCEDE Model ซึ่งเป็นโมเดลที่ใช้สำหรับการวางแผนโดยประยุกต์ใช้ศาสตร์ต่างๆ เช่น พฤติกรรมศาสตร์ การบริหารสาธารณสุขเข้ามาวางแผนโดย โดยพฤติกรรมการนอนหลับ เป็นสาเหตุปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ตามแนวคิดขั้นที่ 3 การใช้การประเมินด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environment Assessment) ซึ่งสอดคล้องกับมันโซร์ ดอเลาะ (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษา: ตำบลบาละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา พบว่า การพักผ่อนที่เพียงพอของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน สามารถส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ มีผลต่อสภาพร่างกาย จิตใจ และส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น (มันโซร์ ดอเลาะ, 2559) เช่นเดียวกับ มยุรี พงษ์นาค (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองจังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายสม่ำเสมอ เช่น การเดินนานวันละ 15 นาที ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการนอนหลับที่ดีที่สามารถนอนหลับเองโดยไม่ต้องพึ่งยานอนหลับ ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี (มยุรี พงษ์นาค, 2555) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2561ก) ให้ข้อมูลไว้ว่า ผู้สูงอายุมักมีปัญหาคุณภาพการนอนที่ลดน้อยลง อาจหลับยากขึ้น ตื่นบ่อย หลับไม่ลึก และตื่นมารู้สึกไม่สดชื่น โดยมีสาเหตุจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงตามวัย รวมถึงอาจมีสาเหตุอื่น ๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล อาการปวดต่าง ๆ กรดไหลย้อน ปัญหาการหายใจ หรือโรคนอนกรน ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ผลข้างเคียงจากยา อาการนอนไม่หลับมักส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การลื่นหกล้ม ส่งผลให้อารมณ์หงุดหงิดง่ายขึ้น หรือภูมิคุ้มกันลดลงจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ และทำให้เกิดปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ตามมา ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมในผู้สูงอายุ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561ก)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=0.144$, $p=0.013$) เป็นไปตามแนวคิดของ กรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) ตามแบบจำลอง PRECEDE-PROCEDE Model ซึ่งเป็นโมเดลที่ใช้สำหรับการวางแผนโดยประยุกต์ใช้ศาสตร์ต่าง ๆ เช่น พฤติกรรมศาสตร์ การบริหารสาธารณสุขเข้ามาวางแผน โดยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เป็นสาเหตุปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ตามแนวคิดขั้นที่ 3 การใช้การประเมินด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environment Assessment) เป็นไปตามคู่มือแผนส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว (Wellness Plan) เป็นไปตามคู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัย ภายใต้แนวคิด “สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวียืนยาว” ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 (2562) ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านโภชนาการมากขึ้น เนื่องจากร่างกายของผู้สูงอายุมีความเสื่อมโทรมลงทำให้ส่งผลต่อสุขภาพประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ก็เกิดความเสื่อมถอย เช่น การเบื่ออาหาร การรับรู้ รสชาติ การรับรู้กลิ่นของอาหารลดลง ภาวะการกลืนลำบาก ปัญหาสุขภาพช่องปากและฟัน มักส่งผลต่อการทำงานของระบบย่อยอาหาร การรับประทานอาหารได้ลดลง สามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะขาดสารอาหารได้ ผู้สูงอายุควรได้รับปริมาณอาหารที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะโภชนาการขาดและโภชนาการเกิน เพื่อส่งผลให้ผู้สูงอายุมีร่างกายที่แข็งแรงและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณีภรณ์ชยธร เดชสิทธิ์บุลพร (2557) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตและความต้องการสนับสนุนสวัสดิการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนสามต้น จังหวัดนครปฐม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยรับประทานอาหารครบทุกมื้อและยึดตามหลักโภชนาการ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีความรู้ด้านโภชนาการจากสื่อต่าง ๆ รวมถึง การดูแลตนเอง และการถูกลูกหลานใส่ใจเรื่องอาหารที่บริโภค ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุค่อนข้างดี (ณีภรณ์ชยธร เดชสิทธิ์บุลพร, 2557) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชวิศา แก้วอนันต์ (2561) ได้ศึกษาโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุพบว่า ระบบต่าง ๆ ในร่างกายของผู้สูงอายุ มักจะมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจส่งผลต่อภาวะโภชนาการได้ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของภาวะขาดสารอาหาร ภาวะโภชนาการเกิน สามารถส่งผลให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ผู้สูงอายุยังคงมีความต้องการอาหารเช่นเดียวกันกับวัยอื่น ๆ แต่อาจจะมีความแตกต่างกันในเรื่องของปริมาณ การเลือกอาหาร ลักษณะของอาหาร ให้เหมาะสมกับช่วงวัยทั้งเรื่องของคุณภาพและปริมาณ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรง และยังสามารถป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังต่างได้อีกด้วย (ชวิศา แก้วอนันต์, 2561)

2.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ บ้านที่พักอาศัย บริเวณรอบบ้านที่อาศัย การคมนาคม สภาพชุมชน บุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย บุคคลที่ดูแลเมื่อเจ็บป่วย การเป็นสมาชิกชมรม การเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม/ศาสนา ตำแหน่งทางสังคม การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ การได้รับเบี้ยยังชีพ ปัจจัยที่พบว่าความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 70 ขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=0.184$, $p=0.001$) เป็นไปตามแนวคิดของกรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) ตามแบบจำลอง PRECEDE-PROCEDE Model ซึ่งเป็นโมเดลที่ใช้สำหรับการวางแผนโดยประยุกต์ใช้ศาสตร์ต่าง ๆ เช่น พฤติกรรมศาสตร์ การบริหารสาธารณสุขเข้ามาวางแผน โดย การเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน เป็นสาเหตุปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ตามแนวคิดขั้นที่ 2 การใช้การประเมินด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environment Assessment) ซึ่งสอดคล้องกับ จันทนา สารแสง (2561) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน เช่น เทศกาลประจำปีต่าง ๆ ภายในหมู่บ้าน งานบุญ งานวัด ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ระดับสูง และจันทนา สารแสง (2561) ยังอธิบายว่าเพิ่มเติมว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุอีกด้วย และสอดคล้องกับการศึกษาของมยุรี พงษ์นาค (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรีพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพจิตใจ และสามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น (มยุรี พงษ์นาค, 2555) เช่นเดียวกับเด่น นวลโรสง (2661) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอน อำเภอสุวรรณคโลก จังหวัดสุโขทัย พบว่า การที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม/ศาสนา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (เด่น นวลโรสง, 2661)

2.3 ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) โรคประจำตัว ภาวะซึมเศร้า การตรวจสุขภาพประจำปี ปัจจัยที่พบว่าความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 70 ขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=0.251$, $p<0.001$) เป็นไปตามแนวคิดของ กรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) ตามแบบจำลอง PRECEDE-PROCEDE

Model ซึ่งเป็นโมเดลที่ใช้สำหรับการวางแผนโดยประยุกต์ใช้ศาสตร์ต่าง ๆ เช่น พฤติกรรมศาสตร์ การบริหารสาธารณสุขเข้ามาวางแผนโดย โดยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) เป็นสาเหตุปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ตามแนวคิดขั้นที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา (Epidemiological Diagnosis) ซึ่งสอดคล้องกับฉันทา (2559) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระยะติดสังคมในสถานบริการสาธารณสุขระดับต้น กรณีศึกษาศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านคลองปลาสร้อย ตำบลปางตาไว อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า หากผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองหรือไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามที่ผู้สูงอายุควรทำได้ จะเป็นอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (ฉันทา, 2559) สอดคล้องกับจันทร์จิรา ธิติพิศุทธิกุล (2560) พบว่า ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ และบุคคลในครอบครัวยังมีความใส่ใจ ดูแลเรื่องสุขภาพพาผู้สูงอายุออกกำลังกาย นอกจากนี้ ยังพาผู้สูงอายุไปรับการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างสม่ำเสมอ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นเรื่อย ๆ (จันทร์จิรา ธิติพิศุทธิกุล, 2560) สอดคล้องกับฐิตินันท์ คำวาด (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่อาศัยตามแนวชายแดน ไทย-สหภาพเมียนมาร์ ตำบลวาลย์ อำเภอพบพระ จังหวัดตาก พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม คือ กลุ่มที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง (ฐิตินันท์ คำวาด, 2560) และสอดคล้องกับการศึกษาของสิริมา อิทธิประเสริฐ (2560) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแก่งกะเจ็ด อำเภอเมือง จังหวัดระยอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มไม่เป็นภาระพึ่งพา ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและยังพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาระพึ่งพา มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีภาระพึ่งพา (สิริมา อิทธิประเสริฐ, 2560)

ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -0.113$, $p = 0.030$) เป็นไปตามแนวคิดของ กรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) ตามแบบจำลอง PRECEDE-PROCEDE Model ซึ่งเป็นโมเดลที่ใช้สำหรับการวางแผนโดยประยุกต์ใช้ศาสตร์ต่างๆ เช่น พฤติกรรมศาสตร์ การบริหารสาธารณสุขเข้ามาวางแผนโดย โดยภาวะซึมเศร้า เป็นสาเหตุปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ตามแนวคิดขั้นที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา (Epidemiological Diagnosis) ซึ่งสอดคล้องกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2561ก) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ชนิดหนึ่ง โดยผู้สูงอายุจะรู้สึกเบื่อหน่าย หรือเศร้า หรือทั้งสองอย่าง โดยอาจมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การกิน การนอน เร็วแรง สมาธิ รวมไปถึงความรู้สึกต่อตนเอง การเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ถ้าเป็นไม่มากนักอาจเข้าข่าย “ภาวะซึมเศร้า” แต่หากมีอาการมากและระยะเวลาอันยาวนานก็อาจพัฒนากลายเป็น “โรคซึมเศร้า” ซึ่งทำให้ไม่มีความสุขในชีวิต ทำกิจกรรมต่าง ๆ ใน

ชีวิตประจำวันได้ไม่ดีเหมือนเดิม และผู้สูงอายุบางคนที่อยู่สัปดาห์หรือหมดหวังอาจส่งผลกระทบรุนแรง ถึงขั้นไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Gunawan et al. (2020) ได้ทำการสำรวจคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุในประเทศอินโดนีเซีย พบว่าภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะความผิดปกติทางอารมณ์ที่ผู้ป่วยอาจรู้สึกเศร้า ลึกลับ หวัง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือรู้สึกว่าตนด้อยค่า แม้ความรู้สึกและอารมณ์เหล่านี้จะเกิดขึ้นได้กับทุกคนเป็นครั้งคราว แต่อาการของภาวะซึมเศร้านั้นมีความรุนแรงและยาวนานกว่ามากจนถึงขั้นส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในชีวิตประจำวัน และภาวะซึมเศร้าเป็นตัวทำนายที่สำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราของชาวอินโดนีเซีย (Gunawan et al., 2020) และสอดคล้องกับการศึกษาของวริศรา ต้วงสกุล และทัศนาศูววรรณะ ปกรณ์ (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=0.239$) (วริศรา ต้วงสกุล และทัศนาศูววรรณะ ปกรณ์, 2561)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. องค์กรบริหารส่วนตำบล เทศบาลตำบล หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเกิดสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ควรมีการประเมินคัดกรอง ตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ ทั้งในเรื่อง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) การคัดกรองภาวะซึมเศร้า เป็นประจำทุกปี
3. หน่วยงานสาธารณสุข ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ หรือพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการนอน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ และเพื่อให้ผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอบางมูลนาก จังหวัด พิษณุตร เพื่อหาข้อมูลเชิงลึก และแนวทางแก้ไขเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุ
2. ควรพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยนำปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไปครั้งนี้ไปใช้ในการออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างสมเหตุสมผล

บรรณานุกรม

- กนกอร เลิศลาภ. (2561). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครสกลนคร* [วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร]. สกลนคร.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีววัยยืน
ยาว*. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวง
สาธารณสุข 2564*. กระทรวงสาธารณสุข. <https://ddc.moph.go.th/>
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2556). *แนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับ
จังหวัด*. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กรมอนามัย. (2555). *บทบาทผู้สูงอายุต่อสังคม ครอบครัว ชุมชน*. กรมอนามัย. <http://1ab.in/rW3>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการการส่งเสริม
สุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัย ภายใต้แนวคิด “สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีววัยยืนยาว” ประจำปี
งบประมาณ พ.ศ. 2563-2565*. อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- กรวรรณ ยอดไม้, จิรนนท์ ปุริมาตย์, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, และสุธรรม นันทมงคล
ชัย. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัด
จันทบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(4), 610-619.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.).
โครงสร้างประชากร. กระทรวงสาธารณสุข. <http://bps.moph.go.th/>
- จันทนา สารแสง. (2561). *คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง
อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏ
เชียงใหม่]. เชียงใหม่.
- จันทร์จิรา ธิติพิศุทธิ์กุล. (2560). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลห้วยหิน อำเภอหนอง
หงส์ จังหวัดบุรีรัมย์* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์]. บุรีรัมย์.
- จิตนภา ฉิมจนดา. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม
[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยคริสเตียน]*. นครปฐม.
- จิรัชยา เกล้าดี, สุภชัย นาคสุวรรณ, และจักรวาล นาคไผตรี. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารราชพฤกษ์*, 5(1), 27-32.
- จิราภรณ์ เกษร. (2560). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดหนองคาย* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
, มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม]. มหาสารคาม.

- จุฬารัตน์ คนเพียร. (2558). *คุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลสองคลอง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา]. ชลบุรี.
- ชวีกา แก้วอนันต์. (2561). โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 12(2), 112-119.
- โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, ศุภชัย ปี ดิกุลตั้ง, สุธรรม นันทมงคลชัย, และ สุภาภรณ์ พันธอรรถ. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพทำสวนผลไม้ในจังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(1), 5-13.
- ฐิตินันท์ คำวาด. (2560). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย ที่อาศัยตามแนวชายแดน ไทย-สหภาพเมียนมาร์ ตำบลวาเลย์ อำเภอพบพระ จังหวัดตาก* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยนเรศวร]. พิษณุโลก.
- ณรงค์ คุณสุข. (2559). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแสนตุง อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา]. ชลบุรี.
- ณัฐชัชชธร เดชสิทธิ์บุลพร. (2557). *คุณภาพชีวิตและความต้องการสนับสนุนสวัสดิการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชนสามตำบล จังหวัดนครปฐม* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยศิลปากร]. กรุงเทพฯ.
- ณัฐนิชา หมั่นเทพ. (2559). *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระยะติดสังคมในสถานบริการสาธารณสุขระดับต้นกรณีศึกษาศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านคลองปลาสร้อย ตำบลปางตาไว อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยนเรศวร]. พิษณุโลก.
- ดวงใจ คำคง. (2554). *ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลลำสินธุ์ อำเภอสรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยทักษิณ]. สงขลา.
- เด่น นวลไธสง. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอน อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดสุโขทัย* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยนเรศวร]. พิษณุโลก.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ, และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. (2562). การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ Utilization of the PRECEDE MODEL in Health. *วารสารพยาบาล สภากาชาดไทย*, 12(1), 38-48.
- นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์. (2561). *การวิจัยทางสาธารณสุข: จากหลักการสู่การปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- บุศยมาศ พลเศษ. (2563). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยพะเยา]. พะเยา.

- ปรางทิพย์ ภัคคีรีไพรวัลย์. (2559). *การศึกษาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนบ้านแสนตอ หมู่ 11 ตำบลท่าผา อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. กรุงเทพฯ.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล มลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2563). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล มลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ปรียาตา ยิงอยู่. (2562). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลดอนยาง อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม]. มหาสารคาม.
- พนัชกร ภาณุตานนท์ ณ มหาสารคาม. (2558). *สุขภาพผู้สูงอายุ*. มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546. (2546). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 120 ตอนพิเศษ 130ก น.1-8.
- พัชรภรณ์ พัฒนะ. (2560). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. กรุงเทพฯ.
- ภูริตา แซ่ตั้ง, และนิพนธ์ ศศิธรเสาวภา. (2564). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม*. *วารสารวิชาการศิลปะศาสตร์ประยุกต์*, 14(2), 1-15.
- มยุรี พงษ์นาค. (2555). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยรามคำแหง]. กรุงเทพฯ.
- มันโตร์ ดอเลาะ. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษา: ตำบลลาละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา]. ยะลา.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). *การสูงวัยของประชากรไทย*. ใน ปราโมทย์ ประสาทกุล (บก.), *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561* (น. 31-35). พิธีเนทรี.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). *ประชากรไทย*. ใน ปราโมทย์ ประสาทกุล (บก.), *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564* (น. 37-41). พิธีเนทรี.
- วิศรา ด้วงสกุล, และทัศนาศูววรรณะปกรณ. (2561). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร*. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 29(1), 25-41.
- สมिता สว่างวงศ์. (2557). *การดูแลสุขภาพผู้มีอายุเกิน 100 ปี ในเขตอำเภอบางคนที่ จังหวัด*

- สมุทรสงคราม [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง]. ราชบุรี. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). *แบบคัดกรองโรคตรวจมองเสื่อม. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ*. <https://www.thaihealth.or.th/>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2561ก). *เกิดน้อยแต่อยู่นาน จุดแรกเริ่ม “สังคมสูงวัย”*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. <https://shorturl.asia/YOjHw>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2561ข). *การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ*. <https://www.thaihealth.or.th/?p=229273>
- สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. (2554). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554*. สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. <https://dictionary.orst.go.th/>
- สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ, และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). *ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580*. สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ. <https://www.nesdc.go.th/>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2557). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. (2553). *ประชากร*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. <http://www.ppho.go.th/webppho/index.php>
- สิริมา อธิ์ประเสริฐ. (2560). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลแก่งกะเจ็ด อำเภอเมืองจังหวัดระยอง* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา]. ชลบุรี.
- สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2561). การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ Prevention of Dementia in Older Persons. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 6-14.
- สุรพงษ์ มาลี. (2561). ภาครัฐกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ. *วารสารข้าราชการ*, 60(4), 5-8.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุงไพบาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และราณี พรมานะรังกุล. (2540). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย*. กรมสุขภาพจิต. <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>
- สุวิทย์ งอกศรี. (2560). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเตา อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา]. ชลบุรี.
- อภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร กลัมพากร, สุนีย์ ละกำป็น, และขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ. (2554). *การสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน:การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

- Best, J. W. (1977). *Research in Education* (3rd ed.). Prentice Hall.
- Coons, S. J., Rao, S., Keininger, D. L., & Hays, R. D. (2000). A comparative review of generic quality-of-life instruments. *Pharmacoeconomics*, 17, 13-35.
- Doshmangir, P., Shirzadi, S., Tagdisi, M. H., & Doshmangir, L. (2014). The effect of educational intervention according to PRECEDE model on the regular physical activity in elderly people. *J Educ Community Health*, 1(2), 1-9.
- Green, L., & Kreuter, M. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). McGraw Hill.
- Gunawan, I., Lin, M.-H., & Hsu, H. C. (2020). Exploring The Quality of Life and The Related Factors among The Elderly in Indonesia. *South East Asia Nursing Research*, 2(1), 1-10.
- Taber, & Keith S. (2018). The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Research in Science Education*, 48(6), 1273-1296.
- Ware Jr, J. E., & Gandek, B. (1998). Methods for testing data quality, scaling assumptions, and reliability: the IQOLA Project approach. *Journal of clinical epidemiology*, 51(11), 945-952.
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). John Wiley & Sons.
- World health Organization. (1990). *WHO Expert Committee on Biological Standardization*. World health Organization
- World Health Organization. (2010). *Definition of an older or elderly person*. World Health Organization.
- Yuriek, A. G., Robb, S. S., Spider, B. E., & Ebert, N. (1980). *The aged person and nursing process*. Appleton, Century-Crofts..



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก แบบสอบถาม

1

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาลัทธิสัจธรรมสุทธศาสนาแบบตันตริ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ลักษณะเป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านสุขภาพ	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านพฤติกรรม	จำนวน 18 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	จำนวน 2 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบประเมิน ADL การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน Barthel Activities of Daily Living :ADL	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 6 คุณภาพชีวิต ประเมินจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI)	จำนวน 26 ข้อ

โดยคำตอบที่ได้จากแบบสอบถามนี้จะถูกนำไปวิเคราะห์ทางสถิติและการแปรผลเพื่อประกอบการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับ โดยไม่มีผลต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดีและขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ
นางสาวประพิมพ์พร เล็งชื่น
นิสิตปริญญาโทบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และ ปัจจัยด้านสุขภาพ

คำชี้แจง คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ช่องว่าง ที่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยมีเกณฑ์ดังนี้ (กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ)

1. เพศ

ชาย หญิง

2. อายุ ปี

3. สถานภาพ

โสด สมรส หย่า หม้าย อื่นๆ.....

4.ระดับการศึกษา

ไม่ได้เรียนหนังสือ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช.
 ปวส./อนุปริญญา ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี

5.อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ ข้าราชการบำนาญ ค้าขาย
 รับจ้าง เกษตรกร อื่นๆ ระบุ.....

6.รายได้ (แหล่งที่มาของรายได้แต่ละเดือน)

มีรายได้จากสวัสดิการของรัฐ จำนวน.....บาท
 มีรายได้จากบุตร ทหลาน จำนวน.....บาท
 มีรายได้จากการประกอบอาชีพ จำนวน.....บาท
 อื่นๆ โปรดระบุจำนวน.....บาท

7. รายได้ของท่านเพียงพอค่าใช้จ่ายหรือไม่

เพียงพอ ไม่เพียงพอ



8. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

ไม่มี มี

โปรดระบุโรคประจำตัวของท่าน (สามารถระบุได้มากกว่า 1 โรค)

- | | | |
|--|--------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> เบาหวาน | () รักษาต่อเนื่อง | () ไม่รักษาต่อเนื่อง |
| <input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง | () รักษาต่อเนื่อง | () ไม่รักษาต่อเนื่อง |
| <input type="checkbox"/> หัวใจและหลอดเลือด | () รักษาต่อเนื่อง | () ไม่รักษาต่อเนื่อง |
| <input type="checkbox"/> ไ้ไขมันในเลือดสูง | () รักษาต่อเนื่อง | () ไม่รักษาต่อเนื่อง |
| <input type="checkbox"/> ภูมิแพ้ | () รักษาต่อเนื่อง | () ไม่รักษาต่อเนื่อง |
| <input type="checkbox"/> ภาวะซึมเศร้า | () รักษาต่อเนื่อง | () ไม่รักษาต่อเนื่อง |
| <input type="checkbox"/> มะเร็ง | () รักษาต่อเนื่อง | () ไม่รักษาต่อเนื่อง |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... | | |

9. ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านตรวจสอบสุขภาพประจำปีหรือไม่ (รวมการตรวจสอบสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่ในชุมชนเช่น การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน การตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ การตรวจสุขภาพช่องปาก เป็นต้น)

- ไม่ได้ตรวจ
- ได้ตรวจ โปรดระบุ ตรวจรักษาต่อเนื่องโรคประจำตัวที่ รพสต หรือ โรงพยาบาล
- ตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นในชุมชน หรือ รพสต
- ตรวจที่สถานบริการเอกชน เช่น คลินิก โรงพยาบาลเอกชน
- อื่นๆ ระบุ.....



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านพฤติกรรม

คำชี้แจง คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ช่องว่าง ที่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยมีเกณฑ์ดังนี้ (กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ)

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ทำเป็นประจำประมาณสัปดาห์ละ 5-7 ครั้ง
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ทำบ่อยประมาณสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ทำไม่สม่ำเสมอสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง	ทำประมาณสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ไม่ทำเลย



พฤติกรรม	การปฏิบัติ				
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติเลย
1.ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้าขาว เหล้าแดง เบียร์ เป็นต้น					
2.ท่านใช้สารประเภทนิโคติน เช่น ยาเส้น บุหรี่ก้นกรอง					
พฤติกรรมการออกกำลังกาย					
3.ท่านมีกิจกรรมทางกาย โดยการออกกำลังกาย เช่น การเดิน ปั่นจักรยาน					
4.ท่านมีกิจกรรมทางกาย โดยการทำงานบ้าน					
5.ท่านมีกิจกรรมทางกายโดยการทำไร่ ทำสวน					
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ					
6.ท่านอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น					
7.ท่านแปรงฟันเมื่อตื่นนอนตอนเช้า หลังรับประทานอาหาร และก่อนนอน					
8.ท่านใส่เสื้อผ้าโดยไม่ซักรีด					
9.ท่านขับถ่ายอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง					

พฤติกรรม	การปฏิบัติ				
	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ เลย
10.ท่านนอนกลางวัน					
11.ท่านนอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง					
12.ท่านสวมหมวกก่อนนอนเพื่อช่วยให้นอนหลับ					
พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร					
13.ท่านรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ					
14.ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว					
15.ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่					
16.ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผัก ผลไม้					
17.ท่านซื้อยาจากร้านขายยามารับประทานเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือไม่สบายตัว					
18.ท่านใช้ยานอนหลับเพื่อช่วยให้นอนหลับ					



11. ท่านได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
 ใช่ ไม่ใช่ ระบุเหตุผลที่ไม่ได้รับ.....
12. เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านเข้าถึงสถานบริการสุขภาพอย่างไร
 ไปด้วยตนเองได้
 ต้องมีคนพาไป ระบุคนที่พาท่านไป.....

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ช่องว่าง ที่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยมีเกณฑ์ดังนี้ (กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ)

1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ทำรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือห่อเหี่ยวสิ้นหวังหรือไม่
 มี ไม่มี
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่
 มี ไม่มี



ส่วนที่ 5 แบบประเมิน ADL การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL)

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ช่องว่าง ที่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยมีเกณฑ์ดังนี้ (กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)
 - 0. ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
 - 1. ดักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
 - 2. ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. Grooming (ล้างหน้า ทวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)
 - 0. ต้องการความช่วยเหลือ
 - 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)
 - 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
 - 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
 - 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - 3. ทำได้เอง
4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)
 - 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
 - 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 - 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้อง หรือประตูได้
2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือนิดน้อย
1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

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

8. Bathing (การอาบน้ำ)

0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
1. อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
2. กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
2. กลั่นได้เป็นปกติ

ส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้

ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ หรือ รู้สึกแย่
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือ รู้สึกแย่ระดับกลาง ๆ
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักน้อยเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล ป่วยแคเโทน					
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแคเโทนที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11	ท่านจำเป็นต้องไปรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานอย่างที่เคยทำมา มากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่าน มาแคเโทน					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้ รับจากเพื่อนๆ แคเโทน					
15	ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีใหม่ในแต่ละวัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ มากน้อยเพียงใด					
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น มากน้อยเพียงใด					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้ บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน มากน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด มากน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่าน มากน้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตท่านมีความหมาย มากน้อยแคเโทน					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศหมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่าน มีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยตัวเอง หรือ <u>การมีเพศสัมพันธ์</u>)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					



ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและหน่วยงาน	คุณวุฒิ/สาขาวิชา
1.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อาทิตย์ยา วัฒนสินธุ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	-สาธารณสุขศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.)มหาวิทยาลัยนเรศวร -สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยนเรศวร -สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรรรรณ กิริตสิโรจน์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	-วิทยาศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต (วท.ด.) ระบาดวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ -สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) ชีววิทยา มหาวิทยาลัยขอนแก่น -วิทยาศาสตร์บัณฑิต(วท.บ.) กายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3.	นพ.ณัฐพล พรรณเชษฐ์	นายแพทย์ชำนาญการ	แพทยศาสตรบัณฑิต คณะ แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล - วุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความ ชำนาญในการประกอบวิชาชีพ เวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ ครอบครัว



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ งานบริการการศึกษา หน่วยบัณฑิตศึกษา โทร. ๗๓๔๙

ที่ อว ๐๖๐๓.๒๒.๐๔/๐๕๖๕

วันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตยา วัจวนลินธุ์

ด้วย นางสาวประพิมพ์พร เส็งชื่น นิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต รหัสประจำตัวนิสิต ๖๒๐๖๐๗๒๙ ได้จัดทำโครงร่างวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ๗๐ ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จรียา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเนื้อหาสาระของวิทยานิพนธ์เรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยดังกล่าวที่แนบมาพร้อมนี้ คณะฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ งานบริการการศึกษา หน่วยบัณฑิตศึกษา โทร. ๗๓๔๙

ที่ อว ๐๖๐๓.๒๒.๐๔/๐๕๖๕ วันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรรณ กิรติลิโรจน์

ด้วย นางสาวประพิมพ์พร เส็งชื่น นิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต รหัสประจำตัวนิสิต ๖๒๐๖๐๗๒๙ ได้จัดทำโครงร่างวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ๗๐ ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จรียา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเนื้อหาสาระของวิทยานิพนธ์เรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยดังกล่าวที่แนบมาพร้อมนี้ คณะฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ที่ อว ๐๖๐๓.๒๒/๐๕๖๗



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
อำเภอเมืองฯ จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐

๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติครุภัณฑ์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน นายแพทย์ณัฐพล พรรณเชษฐ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ ฉบับ
	๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ
	๓. แบบตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นางสาวประพิมัทพร เล็งชื่น นิสิตระดับปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้จัดทำโครงร่างวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ๗๐ ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร" เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จรียา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเนื้อหาสาระของวิทยานิพนธ์เรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงขออนุมัติครุภัณฑ์จากท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยดังกล่าวที่แนบมาพร้อมนี้ คณะฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วิวัฒน์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

๑. งานบริการการศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์ ๐ ๕๕๕๖ ๗๓๔๐๓
โทรสาร ๐ ๕๕๕๖ ๗๓๓๓๓
๒. นางสาวประพิมัทพร เล็งชื่น
โทรศัพท์ ๐๘ ๔๒๖๖ ๙๔๔๕

ภาคผนวก ค การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

แบบตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) วิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และ ปัจจัยด้านสุขภาพ

ตาราง 1 แสดงการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ข้อมูลส่วนบุคคล และ ปัจจัยด้านสุขภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคล และ ปัจจัยด้านสุขภาพ	ผู้ทรงคุณวุฒิ			ค่า IOC	แปลผล
	คนที่	คนที่	คนที่		
	1	2	3		
เพศ	1	1	1	1	ใช้ได้
อายุ	1	1	1	1	ใช้ได้
สถานภาพ	1	1	1	1	ใช้ได้
ระดับการศึกษา	1	1	1	1	ใช้ได้
อาชีพ	1	1	1	1	ใช้ได้
รายได้ (แหล่ง/ที่มาของรายได้แต่ละเดือน)	1	1	1	1	ใช้ได้
รายได้ของท่านเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายหรือไม่	1	1	1	1	ใช้ได้
ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่	1	1	1	1	ใช้ได้
ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านตรวจสุขภาพประจำปีหรือไม่ (รวมการตรวจสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่ในชุมชนเช่น การตรวจหาโรคเบาหวาน การวัดความดันโลหิต การตรวจเต้านม การตรวจภายใน เป็นต้น)	1	1	0	0.66	ใช้ได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านพฤติกรรม

ตาราง 2 แสดงการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ข้อมูลด้านพฤติกรรม

ข้อมูลด้านพฤติกรรม	ผู้ทรงคุณวุฒิ			IOC	ค่า ผล	แปล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
ทำนตึ้มเครื่องตึ้มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้าขาว เหล้าแดง เบียร์ เป็นต้น	1	1	1	1		ใช้ได้
ทำนใช้สารประเภทนิโคติน เช่น ยา เส้น บุหรี่กั้นกรอง	1	1	1	1		ใช้ได้
ทำนมีกิจกรรมทางกาย โดยการออก กำลังกาย เช่น การเดิน ปั่นจักรยาน	1	1	1	1		ใช้ได้
ทำนมีกิจกรรมทางกาย โดยการทำงาน บ้าน	1	1	1	1		ใช้ได้
ทำนมีกิจกรรมทางกาย โดยการทำไร่ ทำสวน	1	1	1	1		ใช้ได้
ทำนอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น	1	0	1	0.66		ใช้ได้
ทำนแปรงฟันเมื่อตื่นนอนตอนเช้า หลังรับประทานอาหารและก่อนนอน	1	0	1	0.66		ใช้ได้
ทำนใส่เสื้อผ้าซ้ำโดยไม่ซัก	1	1	1	1		ใช้ได้
ทำนขี้ถ่ายอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง	1	1	1	1		ใช้ได้
ทำนอนกลางวัน	1	1	1	1		ใช้ได้
ทำนอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง	1	1	1	1		ใช้ได้
ทำนสวมหมวกก่อนนอนเพื่อช่วยให้ นอนหลับ	1	1	1	1		ใช้ได้
ทำนรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ	1	1	1	1		ใช้ได้
ทำนตึ้มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	1	1	1	1		ใช้ได้
ทำนรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่	1	1	1	1		ใช้ได้

ตาราง 2 แสดงการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ข้อมูลด้านพฤติกรรม

ข้อมูลด้านพฤติกรรม	ผู้ทรงคุณวุฒิ			IOC	ค่า ผล	แปล
	คนที่	คนที่	คนที่			
	1	2	3			
ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผัก ผลไม้		1	1	1	1	ใช้ได้
ท่านใช้ยานอนหลับเพื่อช่วยในการนอน		1	0	1	0.66	ใช้ได้
ท่านซื้อยาจากร้านขายยามารับประทานเองเมื่อ เกิดการเจ็บป่วย หรือไม่สบายตัว		1	1	1	1	ใช้ได้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านพฤติกรรม

ตาราง 3 แสดงการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม

ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม	ผู้ทรงคุณวุฒิ			ค่า IOC	แปลผล
	คนที่	คนที่	คนที่		
	1	2	3		
บ้านที่ท่านอาศัยอยู่มีลักษณะเป็นอย่างไร	1	1	1	1	ใช้ได้
บริเวณรอบบ้านที่ท่านอาศัยอยู่มีเหตุรำคาญ เช่น เสียงรถมอเตอร์ไซด์ กลิ่นเหม็นจากน้ำหรือสิ่ง ปฏิกูล เป็นต้น	1	1	1	1	ใช้ได้
ตำแหน่งบ้านที่ท่านอาศัยอยู่ในชุมชน มีเส้นทาง คมนาคมทางถนนที่สะดวกต่อการเดินทาง เช่น ถนนไม่มีความชำรุด สามารถใช้ในการเดินทางได้ ไปสถานที่ ต่าง ๆ ได้อย่างสะดวกและมีความ ปลอดภัย	1	1	1	1	ใช้ได้

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม	ผู้ทรงคุณวุฒิ			ค่า IOC	แปลผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
<p>แหล่งบ้านที่ท่านอาศัยอยู่ในชุมชน มีสภาพชุมชนที่ดีและมีความปลอดภัย เช่น ไม่มีโจรหรือขโมย</p> <p>ไม่เป็นแหล่งชองสูมอบายมุขต่าง ๆ มีเพื่อนบ้านที่ดี สามารถช่วยเหลือกันได้ มีอากาศที่บริสุทธิ์ มีสถานที่สำหรับส่งเสริมสุขภาพเช่น สถานที่ออกกำลังกาย</p>	1	1	1	1	ใช้ได้
<p>ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใครบ้าง</p>	1	1	1	1	ใช้ได้
<p>บุคคลใดรับหน้าที่หลักในการดูแลท่านเมื่อเจ็บป่วย</p>	1	1	1	1	ใช้ได้
<p>ปัจจุบันท่านได้เป็นสมาชิกชมรมหรือกลุ่มต่าง ๆ บ้างหรือไม่ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ,ชมรมออกกำลังกาย เป็นต้น</p>	1	1	1	1	ใช้ได้
<p>ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น งานบวช งานแต่ง งานทำบุญขึ้นบ้านใหม่</p>	1	1	1	1	ใช้ได้
<p>ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ฟังเทศน์ ฟังธรรม ทำบุญตักบาตร ทำบุญเข้าพรรษา เป็นต้น</p>	1	1	1	1	ใช้ได้
<p>ท่านมีตำแหน่งทางสังคมหรือไม่ (เช่น กรรมการหมู่บ้าน, กรรมการกองทุนหมู่บ้าน, อสม., เป็นต้น)</p>	1	1	1	1	ใช้ได้
<p>ท่านได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ</p>	1	1	1	1	ใช้ได้
<p>เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านเข้าถึงสถานบริการสุขภาพอย่างไร</p>	1	1	1	1	ใช้ได้

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ตาราง 4 แสดงการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ข้อมูลประเมินภาวะซึมเศร้า

ข้อมูลประเมินภาวะซึมเศร้า	ผู้ทรงคุณวุฒิ			ค่า IOC	แปลผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ทำรู้สึกหดหู เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่	1	1		
ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่	1	1	1	1	ใช้ได้

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน Barthel Activities of Daily Living: ADL

ตาราง 5 แสดงการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ข้อมูลการจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน Barthel Activities of Daily Living: ADL

ข้อมูลการจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	ผู้ทรงคุณวุฒิ			ค่า IOC	แปลผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
	Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)	1	1		
Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)	1	1	1	1	ใช้ได้
Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)	1	1	1	1	ใช้ได้
Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)	1	1	1	1	ใช้ได้
Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)	1	1	1	1	ใช้ได้

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูลการจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตร ประจำวัน	ผู้ทรงคุณวุฒิ			ค่า IOC	แปลผล
Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)	1	1	1	1	ใช้ได้
Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)	1	1	1	1	ใช้ได้
Bathing (การอาบน้ำ)	1	1	1	1	ใช้ได้
Bowels (การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)	1	1	1	1	ใช้ได้
Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ ผ่านมา)	1	1	1	1	ใช้ได้

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ประเมินจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก(WHOQOL-BREF-THAI)

ตาราง 6 แสดงการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ข้อมูลคุณภาพชีวิต ประเมินจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI)

ข้อมูลคุณภาพชีวิต	ผู้ทรงคุณวุฒิ			ค่า IOC	แปลผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างใด	1	1	1	1	ใช้ได้
การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ ต้องการมากนักน้อยเพียงใด	1	1	1	1	ใช้ได้
ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวัน ใหม่ (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)	1	1	1	1	ใช้ได้
ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักน้อย เพียงใด	1	1	1	1	ใช้ได้

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลคุณภาพชีวิต	ผู้ทรงคุณวุฒิ			ค่า IOC	แปลผล
	คนที่	คนที่	คนที่		
	1	2	3		
ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด	1	1	1	1	ใช้ได้
ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด	1	1	1	1	ใช้ได้
ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน	1	1	1	1	ใช้ได้
ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม	1	1	1	1	ใช้ได้
ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	1	1	1	1	ใช้ได้
ท่านจำเป็นต้องไปรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	1	1	1	1	ใช้ได้
ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานอย่างที่ เคยทำมามากน้อยเพียงใด	1	1	1	1	ใช้ได้
ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ ผ่านมาแค่ไหน	1	1	1	1	ใช้ได้
ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้ รับจากเพื่อนๆ แค่นั้น	1	1	1	1	ใช้ได้
ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน	1	1	1	1	ใช้ได้
ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด	1	1	1	1	ใช้ได้
ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด	1	1	1	1	ใช้ได้
ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้ บริการสาธารณสุขได้ ตามความจำเป็นเพียงใด	1	1	1	1	ใช้ได้
ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน มากน้อยเพียงใด	1	1	1	1	ใช้ได้

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลคุณภาพชีวิต	ผู้ทรงคุณวุฒิ			ค่า IOC	แปลผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด	1	1	1	1	ใช้ได้
สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด	1	1	1	1	ใช้ได้
ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด	1	1	1	1	ใช้ได้
ท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน	1	1	1	1	ใช้ได้
ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	1	1	1	1	ใช้ได้
ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศหมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่าน มีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้รวมถึงการช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)	1	1	1	1	ใช้ได้
ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต(ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด	1	1	1	1	ใช้ได้

ภาคผนวก ง การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

แบบตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) วิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านพฤติกรรม

ตาราง 7 แสดงการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ข้อมูลด้านพฤติกรรม

ข้อมูลด้านพฤติกรรม	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้าขาว เหล้าแดง เบียร์ เป็นต้น	-0.142	0.714
ท่านใช้สารประเภทนิโคติน เช่น ยาเส้น บุหรี่ก้นกรอง	-0.099	0.711
ท่านมีกิจกรรมทางกาย โดยการออกกำลังกายเช่น การเดิน ปั่นจักรยาน	0.688	0.635
ท่านมีกิจกรรมทางกาย โดยการทำงานบ้าน	0.509	0.660
ท่านมีกิจกรรมทางกายโดยการทำไร่ ทำสวน	0.606	0.653
ท่านอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น	0.279	0.689
ท่านแปรงฟันเมื่อตื่นนอนตอนเช้าหลังรับประทานอาหารเช้าและก่อนนอน	0.452	0.669
ท่านใส่เสื้อผ้าซ้ำโดยไม่ซัก	0.044	0.718
ท่านขับถ่ายอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง	0.312	0.687
ท่านนอนกลางวัน	-0.309	0.746
ท่านนอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง	0.273	0.690
ท่านสวมหมวกก่อนนอนเพื่อช่วยให้นอนหลับ	0.276	0.692
ท่านรับประทานอาหารเช้าวันละ 3 มื้อ	0.688	0.635
ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	0.008	0.709
ท่านรับประทานอาหารเช้าที่ปรุงสุกใหม่	0.078	0.705
ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผัก ผลไม้	0.688	0.635

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อมูลด้านพฤติกรรม	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ท่านใช้ยานอนหลับเพื่อช่วยให้นอนหลับ	0.164	0.699
ท่านซื้อยาจากร้านขายยามารับประทานเองเมื่อเกิดการ เจ็บป่วย หรือไม่สบายตัว	0.191	0.698
Cronbach's Alpha		0.701

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ตาราง 8 แสดงการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม

ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
บ้านที่ท่านอาศัยอยู่มีปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ เช่น การ ขึ้น-ลง บันได้ พื้นไม่เสมอกันพื้นลื่น ห้องน้ำเป็นแบบนั่งราบ เป็นต้น	0.152	0.801
บริเวณรอบบ้านที่ท่านอาศัยอยู่ไม่มีเหตุรำคาญ เช่น เสียงรถ มอเตอร์ไซด์ กลิ่นเหม็นจากน้ำหรือสิ่งปฏิกูล เป็นต้น	-0.109	0.830
ตำแหน่งบ้านที่ท่านอาศัยอยู่ในชุมชน มีเส้นทางคมนาคมทาง ถนนที่สะดวกต่อการเดินทาง เช่น ถนนไม่มีความชำรุด สามารถใช้ในการเดินทางได้ไปสถานที่ต่าง ๆ ได้อย่างสะดวก และมีความปลอดภัย	0.789	0.732

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ตำแหน่งบ้านที่ท่านอาศัยอยู่ในชุมชน มีสภาพชุมชนที่ดีและมี ความปลอดภัย เช่น ไม่มีโจรหรือขโมย ไม่เป็นแหล่งช้อปปิ้ง อบายมุขต่าง ๆ มีเพื่อนบ้านที่ดี สามารถช่วยเหลือกันได้ มี อากาศที่บริสุทธิ์ มีสถานที่สำหรับส่งเสริมสุขภาพเช่น สถานที่ ออกกำลังกาย	-0.109	0.830
ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร	0.105	0.796
เมื่อท่านเจ็บป่วยใครรับหน้าที่หลักในการดูแลท่าน	0.518	0.768
ท่านได้เป็นสมาชิกชมรมหรือกลุ่มต่าง ๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ, ชมรมออกกำลังกาย เป็นต้น	0.789	0.732
ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น งาน บวช งานแต่ง งานทำบุญขึ้นบ้านใหม่	0.620	0.753
ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ฟัง เทศน์ ฟังธรรม ทำบุญตักบาตร ทำบุญเข้าพรรษา เป็นต้น	0.789	0.732
ท่านมีตำแหน่งทางสังคม เช่น กรรมการหมู่บ้าน, กรรมการ กองทุนหมู่บ้าน, อาสาสมัครสาธารณสุข	0.399	0.779
ท่านได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	0.789	0.732
เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านเข้าถึงสถานบริการสุขภาพอย่างไร	0.625	0.758
Cronbach's Alpha		0.789

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ตาราง 9 แสดงการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ข้อมูลประเมินภาวะซึมเศร้า

ข้อมูลประเมินภาวะซึมเศร้า	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวังหรือไม่	0.596	.
ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่ เพลิดเพลิน หรือไม่	0.596	.
Cronbach's Alpha		0.744

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน Barthel Activities of Daily Living: ADL

ตาราง 10 แสดงการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ข้อมูลการจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน Barthel Activities of Daily Living: ADL

ข้อมูลการจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)	0.666	0.916
Grooming (ล้างหน้า ทวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)	0.735	0.920
Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)	0.876	0.903
Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)	0.894	0.903
Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)	0.760	0.918
Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)	0.785	0.909
Stairs (การขึ้นลงบันได้ 1 ชั้น)	0.845	0.905
Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)	0.654	0.917
Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)	0.478	0.924
Cronbach's Alpha		0.922

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ประเมินจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก(WHOQOL-BREF-THAI)

ตาราง 11 แสดงการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ข้อมูลคุณภาพชีวิตประเมินจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI)

ข้อมูลคุณภาพชีวิต	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด	0.552	0.674
การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว	0.014	0.715
ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด		
ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันใหม่ (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)	0.042	0.709
ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักเพียงใด	0.129	0.706
ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด	0.289	0.694
ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด	0.398	0.684
ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน	0.525	0.674
ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม	0.053	0.712
ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน	-0.293	0.729
ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆผ่านไปได้ในแต่ละวัน	0.193	0.701
ท่านจำเป็นต้องไปรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	-0.322	0.735
ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานอย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด	0.364	0.687

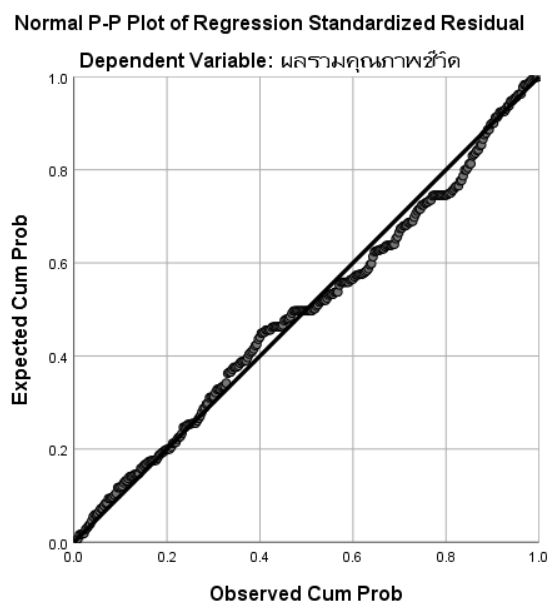
ตาราง 11 (ต่อ)

ข้อมูลคุณภาพชีวิต	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมาแค่ไหน	0.332	0.691
ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้ รับจากเพื่อนๆแค่ไหน	0.243	0.698
ท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน	0.235	0.697
ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด	0.164	0.702
ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด	0.077	0.710
ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้ บริการสาธารณสุขได้ตามความ จำเป็นเพียงใด	0.112	0.706
ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด	0.182	0.704
ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด	0.523	0.675
สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด	0.160	0.702
ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึง การคมนาคม) มากน้อยเพียงใด	0.505	0.671
ท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน	0.446	0.682
ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	0.586	0.658
ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่าน มีวิธีจัดการ ทำให้ผ่อนคลายลงได้รวมถึงการช่วยตัวเองหรือการมี เพศสัมพันธ์)	0.311	0.690
ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ใน ระดับ ใด	0.594	0.673
Cronbach's Alpha		0.705

ภาคผนวก จ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ดังนี้

1. ตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของค่าความคลาดเคลื่อน (Data Distributions) พบว่าการแจกแจงค่าความคลาดเคลื่อนมีการเกาะหรืออยู่ไม่ห่างจากเส้นทแยงมุม หมายความว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ

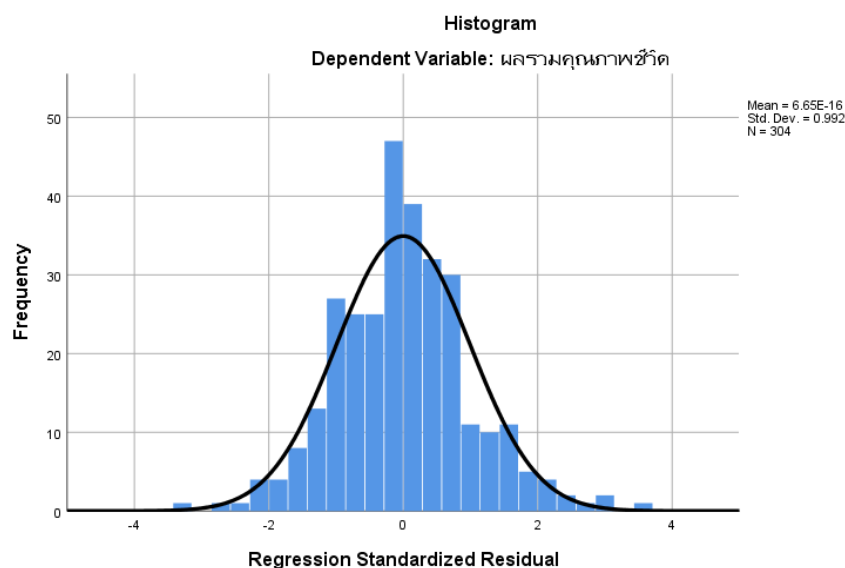


2. ตรวจสอบค่าความคลาดเคลื่อน จากตาราง Residuals Statistics ค่า Mean มีค่า = 0.000 และ ค่า S.D. มีค่า = 0.992 มีค่าเข้าใกล้ 1 หมายความว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ

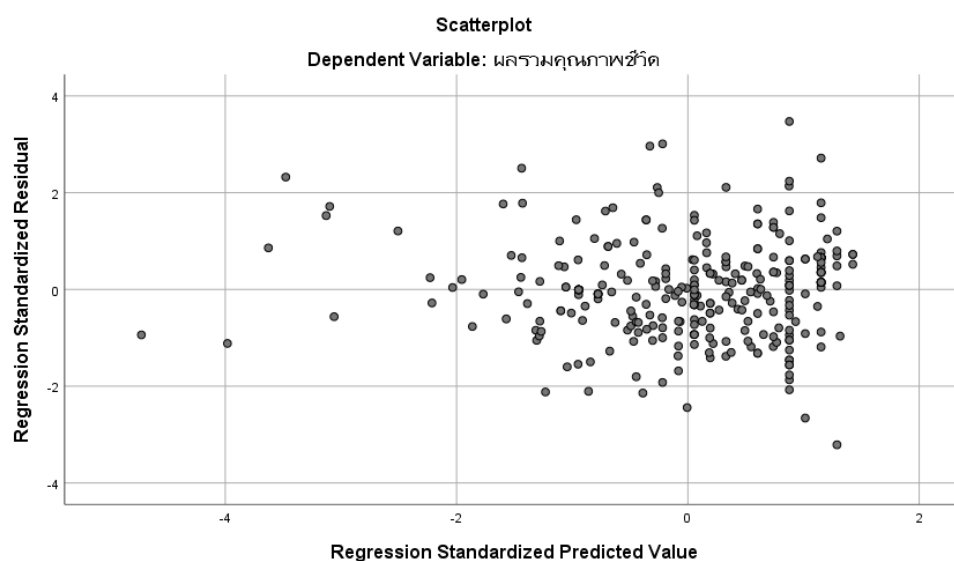
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	64.1405	94.9476	87.8059	5.00853	304
Residual	-31.26056	33.80042	.00000	9.65420	304
Std. Predicted Value	-4.725	1.426	.000	1.000	304
Std. Residual	-3.211	3.472	.000	.992	304

a. Dependent Variable: ผลรวมคุณภาพชีวิต

3. การตรวจสอบการแจกแจงของค่าคลาดเคลื่อนจาก Histogram พบว่า ค่าความคลาดเคลื่อนส่วนใหญ่กระจายเข้าไปอยู่ภายใต้เส้นโค้งปกติหมายความว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ



4. การตรวจสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ตัวแปรพยากรณ์ที่มีค่าคงที่ (Homoscedasticity) พบว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีการกระจายบริเวณค่าศูนย์ กล่าวคือ ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity)



5. ตรวจสอบความเป็นอิสระต่อกันของค่าความคลาดเคลื่อนระหว่างตัวแปรพยากรณ์ และตัวแปรเกณฑ์ (Autocorrelation) โดยการตรวจสอบค่า Durbin-Watson พบว่ามีค่าเท่ากับ 1.596 ซึ่งมีค่าใกล้ 2 (อยู่ในช่วง 1.5-2.5) หมายความว่า ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์ และตัวแปรเกณฑ์ มีความเป็นอิสระต่อกัน หรือไม่มีความสัมพันธ์กัน

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				Sig. F Change	Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2		
1	.341 ^a	.116	.113	10.24124	.116	39.729	1	302	.000	
2	.400 ^b	.160	.155	10.00054	.044	15.712	1	301	.000	
3	.429 ^c	.184	.176	9.87435	.024	8.743	1	300	.003	
4	.447 ^d	.199	.189	9.79579	.016	5.831	1	299	.016	
5	.461 ^e	.212	.199	9.73485	.013	4.755	1	298	.030	1.593

a. Predictors: (Constant), ผลรวมADL

b. Predictors: (Constant), ผลรวมADL, พฤติกรรมการนอนหลับ

c. Predictors: (Constant), ผลรวมADL, พฤติกรรมการนอนหลับ, ข้อคำถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน

d. Predictors: (Constant), ผลรวมADL, พฤติกรรมการนอนหลับ, ข้อคำถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

e. Predictors: (Constant), ผลรวมADL, พฤติกรรมการนอนหลับ, ข้อคำถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, ภาวะซึมเศร้า

f. Dependent Variable: ผลรวมคุณภาพชีวิต

6. การตรวจสอบค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0 ($E(e) = 0$) หาค่าเฉลี่ยค่า a และ b โดยทำให้ผลบวกกำลังสองของความคลาดเคลื่อนมีค่าต่ำสุด จะทำให้ $\sum e_i = 0$ ซึ่งค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อน = $E(e) = \sum e_i/n = 0$ ดังนั้นเงื่อนไขนี้เป็นจริงเสมอ

ทดสอบโดยใช้สถิติ t-test

H_0 : ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อน = 0

H_a : ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อน ไม่เท่ากับ 0

จากผลการทดสอบพบว่าค่า p-value = 1.000 ซึ่งมากกว่าค่า 0.05 ตามที่กำหนดไว้ จึงยอมรับค่า H_0 : ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อน (e) = 0 นั่นคือ ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อนไม่ต่างจาก 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

One-Sample Test

Test Value = 0

	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Unstandardized Residual	.000	303	1.000	.00000000	-.5652754	.5652754

กำหนดระดับนัยสำคัญ (p-value) = 0.05

7. การตรวจสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) โดยดูจากค่า VIF (Variance Inflation Factor) และค่า Tolerance พบว่า ค่าของตัวแปร VIF ที่มีค่ามากที่สุด คือ 1.177 ซึ่งไม่เกิน 10 และค่า Tolerance ที่มีค่าน้อยที่สุด คือ 1.000 ซึ่งไม่ต่ำกว่า 0.2 แสดงว่าตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง หรือไม่มีภาวะ Multicollinearity

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
	B	Std. Error				Lower Bound	Upper Bound	Tolerance	VIF
1 (Constant)	66.641	3.409		19.549	.000	59.932	73.349		
ผลรวม ADL	1.141	.181	.341	6.303	.000	.785	1.498	1.000	1.000
2 (Constant)	58.730	3.881		15.132	.000	51.092	66.367		
ผลรวม ADL	1.003	.180	.300	5.567	.000	.649	1.358	.963	1.039
ค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การนอนหลับ	3.056	.771	.213	3.964	.000	1.539	4.573	.963	1.039
3 (Constant)	59.226	3.836		15.440	.000	51.677	66.774		
ผลรวม ADL	.874	.183	.261	4.768	.000	.513	1.234	.908	1.102
ค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การนอนหลับ	2.965	.762	.207	3.891	.000	1.465	4.464	.961	1.041
ข้อความปัจจัยด้าน สิ่งแวดล้อมเข้าร่วม กิจกรรมชุมชน	3.570	1.207	.159	2.957	.003	1.194	5.945	.936	1.069
4 (Constant)	52.765	4.652		11.343	.000	43.611	61.920		
ผลรวม ADL	.836	.182	.250	4.585	.000	.477	1.195	.901	1.110
ค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การนอนหลับ	2.096	.837	.146	2.504	.013	.449	3.743	.784	1.276
ข้อความปัจจัยด้าน สิ่งแวดล้อมเข้าร่วม กิจกรรมชุมชน	3.913	1.206	.175	3.244	.001	1.539	6.286	.923	1.084
ค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การบริโภคอาหาร	2.156	.893	.140	2.415	.016	.399	3.912	.794	1.259

5 (Constant)	52.713	4.623		11.403	.000	43.615	61.811		
ผลรวม ADL	.839	.181	.251	4.629	.000	.482	1.196	.901	1.110
ค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การนอนหลับ	2.061	.832	.144	2.477	.014	.424	3.698	.783	1.277
ข้อคำถามปัจจัยด้าน สิ่งแวดล้อมเข้าร่วม กิจกรรมชุมชน	4.115	1.202	.184	3.423	.001	1.749	6.480	.917	1.090
ค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การบริโภคอาหาร	2.206	.887	.144	2.486	.013	.460	3.953	.793	1.260
ภาวะซึมเศร้า	-6.542	3.000	-.113	-2.181	.030	-12.447	-.638	.993	1.007

a. Dependent Variable: ผลรวมคุณภาพชีวิต



ภาคผนวก ฉ ตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร

ตาราง 32 ตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
ปัจจัยด้านพฤติกรรม	
การดื่มสุรา	Nominal (สร้างตัวแปรหุ่น) ดื่ม = 1 , ไม่ดื่ม = 0
การสูบบุหรี่	Nominal (สร้างตัวแปรหุ่น) สูบ = 1 , ไม่สูบ = 0
การออกกำลังกาย	Interval
การดูแลตนเอง	Interval
การนอนหลับ	Interval
การบริโภคอาหาร	Interval
การซื้อยามารับประทานเองเมื่อเจ็บป่วย และก่อนนอน	Interval
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม	
บ้านที่พักอาศัย	Nominal (สร้างตัวแปรหุ่น) ใช่ = 1 , ไม่ใช่ = 0
บริเวณรอบบ้านที่อาศัย	Nominal (สร้างตัวแปรหุ่น) ใช่ = 1 , ไม่ใช่ = 0
การคมนาคม	Nominal (สร้างตัวแปรหุ่น) ใช่ = 1 , ไม่ใช่ = 0
สภาพชุมชน	Nominal (สร้างตัวแปรหุ่น) ใช่ = 1 , ไม่ใช่ = 0
บุคคลที่ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ด้วย	Nominal (สร้างตัวแปรหุ่น) ใช่ = 1 , ไม่ใช่ = 0
บุคคลที่ดูแลเมื่อเจ็บป่วย	Nominal (สร้างตัวแปรหุ่น) ใช่ = 1 , ไม่ใช่ = 0
การเป็นสมาชิกชมรม	Nominal (สร้างตัวแปรหุ่น) ใช่ = 1 , ไม่ใช่ = 0

ตาราง 32 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
การเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน	Nominal (สร้างตัวแปรหุ่น) ใช่=1 , ไม่ใช่ = 0
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม / ศาสนา	Nominal (สร้างตัวแปรหุ่น) ใช่=1 , ไม่ใช่ = 0
ท่านมีตำแหน่งทางสังคม	Nominal (สร้างตัวแปรหุ่น) ใช่=1 , ไม่ใช่ = 0
การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข	Nominal (สร้างตัวแปรหุ่น) ใช่=1 , ไม่ใช่ = 0
การได้รับเบี้ยยังชีพ	Nominal (สร้างตัวแปรหุ่น) ใช่=1 , ไม่ใช่ = 0
ปัจจัยด้านสุขภาพ	
ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL)	Interval
โรคประจำตัว	Nominal (สร้างตัวแปรหุ่น) มี=1 , ไม่มี = 0
ภาวะซึมเศร้า	Nominal (สร้างตัวแปรหุ่น) ใช่=1 , ไม่ใช่ = 0
โรคประจำตัว	Nominal (สร้างตัวแปรหุ่น) มี=1 , ไม่มี = 0
การตรวจสุขภาพประจำปี	Nominal (สร้างตัวแปรหุ่น) ตรวจ=1 , ไม่ตรวจ = 0
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	Interval

ภาคผนวก ข เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์

COA No. 137/2021
IRB No. P3-0059/2564



AF 08-09/5.0

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ 99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 5296

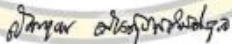
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวประพิมพ์พร เล็งชื่น
สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์
วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 04 มีนาคม 2564
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 04 มีนาคม 2564
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 04 มีนาคม 2564
4. สรุปรูปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 21 มีนาคม 2564
5. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 21 มีนาคม 2564
6. AF 04-10 (สำหรับกลุ่มทดสอบเครื่องมือ) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 21 มีนาคม 2564
7. AF 04-10 (สำหรับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 21 มีนาคม 2564
8. AF 05-10 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัครอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 21 มีนาคม 2564
9. ประวัติผู้วิจัยหลัก เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 04 มีนาคม 2564
10. แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 04 มีนาคม 2564
11. Budget เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 04 มีนาคม 2564

ลงนาม 

(นายแพทย์สมบูรณ์ ต้นสุขสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วันที่รับรอง : 21 เมษายน 2564

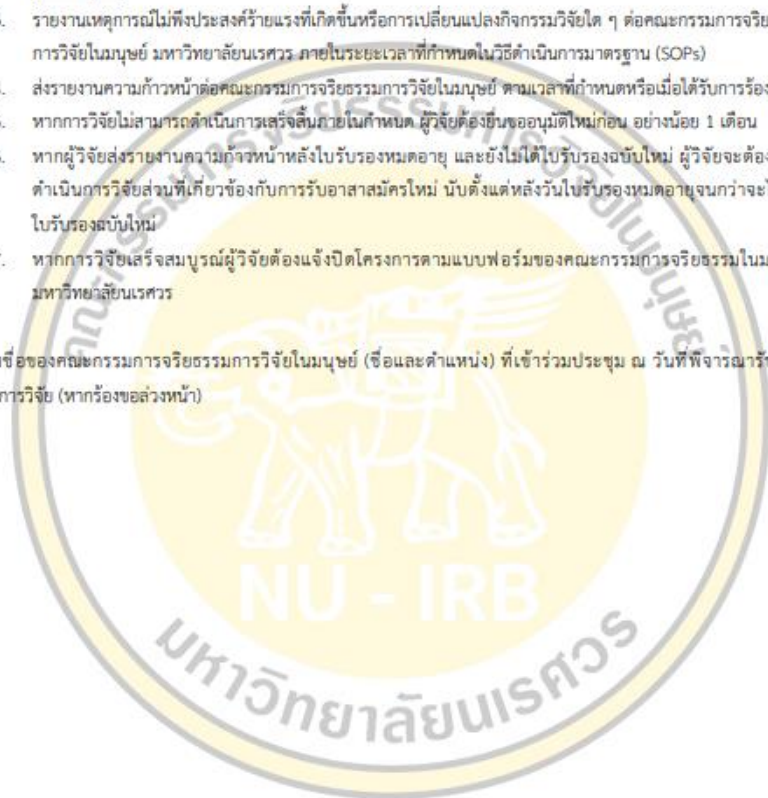
วันหมดอายุ : 21 เมษายน 2565

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใด ๆ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าหลังใบรับรองหมดอายุ และยังไม่ได้รับรองฉบับใหม่ ผู้วิจัยจะต้องหยุดดำเนินการวิจัยส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับอาสาสมัครใหม่ นับตั้งแต่หลังวันใบรับรองหมดอายุจนกว่าจะได้รับใบรับรองฉบับใหม่
7. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

*รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย (หากร้องขอล่วงหน้า)



COA No. 137/2021
IRB No. P3-0059/2564



AF 04-14/5.0

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 5296

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ตัดเนิการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ศึกษายาต้านยุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวประพิมพ์พร เล็งชิน
สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์
วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี

เอกสารรับรอง

1. แบบรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัย (AF01-14) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 09 เมษายน 2565

ลงนาม

วิศิษฏ์ สมบูรณ์
(นายแพทย์สมบูรณ์ ต้นสุกสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 21 เมษายน 2564

วันหมดอายุ : 21 เมษายน 2565

วันที่รับรองต่อเนื่องครั้งที่ 1 : 21 เมษายน 2565

วันที่หมดอายุการรับรองครั้งที่ 1 : 21 เมษายน 2566

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน 1 เดือน ก่อนใบรับรองหมดอายุ
6. เอกสารทุกฉบับที่ได้รับการรับรองครั้งนี้ หมดอายุตามอายุของโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองก่อนหน้านี้ (COA No. 137/2021)

* รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่อยู่ในที่ประชุมวันที่รับรองโครงการวิจัยได้แนบมาด้วย (หากร้องขอล่วงหน้า) เอกสารที่รับรองทั้งหมดจะถูกส่งไปยังผู้วิจัยหลัก

