

เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกระหว่างก่อน กับ หลังผ่าตัด
ต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2551



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล
Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกระหว่างก่อน กับ หลังผ่าตัด
ต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2551

จัดการ ณ ไซมณี่

นางสาวธิดาวรรณ ไซมณี่

ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์ สมชาติ โดรักษา,

อ.ว.(เวชศาสตร์ป้องกัน-สุขภาพจิตชุมชน)

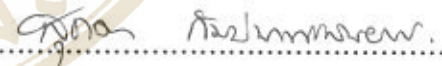
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ ศรีกรรณจิตร,

วท.ม.(ชีวสถิติ)

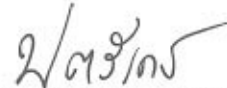
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

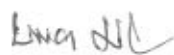


ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุชาดา กัมปนาทแสนยากร,

อ.ว.(จิตวิทยา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม





ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ปิยธิดา ศรีเดช,

บช.บ.(เกียรตินิยม), M.P.H., ศ.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกระหว่างก่อน กับ หลังผ่าตัด
ต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2551

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข
วันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2552

จัดการ ณ โยมน์

นางสาวธิดาวรรณ ไชยมน

ผู้วิจัย

นายปานเนตร ปางพุฒิพงศ์,

ว.ว.(จักขุวิทยา)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์สมชาติ ไตรรักษา,

อ.ว.(เวชศาสตร์ป้องกัน-สุขภาพจิตชุมชน)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุชาดา กัมปนาทแสนยากร,
อ.ว.(จักขุวิทยา)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ ศรีภักดิ์จิตร,
วท.ม.(ชีวสถิติ)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,

พ.บ., อ.ว.(ระบาดวิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ นพ. สมชาติ ไตรรักษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์พระ ครีกครันจิตร์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์สุชาดา กัมปนาทแสนยากร กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์รวมทั้งแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการทำวิจัยด้วยความทุ่มเท เอาใจใส่ เสียสละเวลาด้วยความเมตตาห่วงใยและให้กำลังใจมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ นพ. ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ดังรายนามในภาคผนวก ก ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือและให้คำแนะนำ ปรับปรุง แก้ไขเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งหัวหน้าภาควิชาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด หัวหน้าหน่วยพักรอดูอาการก่อนและหลังผ่าตัด สยามินทร์ ชั้น 3 และหัวหน้าหน่วยผ่าตัดจักษุ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ที่กรุณาอนุญาตและสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณคณาจารย์และเจ้าหน้าที่ภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ ทุกท่านที่อำนวยความสะดวก ให้การช่วยเหลือและสนับสนุนงานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณคณาจารย์ ที่ให้ความรู้ เพื่อน ๆ และรุ่นพี่สาขาบริหารสาธารณสุขทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและกำลังใจมิตร ทุกท่านที่มีไต่เอ่ยนาม

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณสมาชิกทุกคนในครอบครัว ที่ให้กำลังใจตลอดระยะเวลาการศึกษา บิดามารดา ผู้เป็นแบบอย่างของความเพียรและเป็นกำลังใจสำคัญที่ทำให้มีพลังในการศึกษา น้องสาวที่ให้ความช่วยเหลืออย่างดียิ่งและมีส่วนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ธิดาวรรณ ไชยมนั

เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกระหว่างก่อนกับหลังผ่าตัดต้อกระจก และใส่เลนส์แก้วตาเทียม
โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2551

THE QUALITY OF LIFE OF ELDERLY CATARACT PATIENTS BEFORE AND AFTER INTRAOCULAR
LENS IMPLANTATION SURGERY AT SIRIRAJ HOSPITAL, THAILAND, 2008.

ธิดารณ ไชยมนี 4837680 PHPH/ M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สมชาติ ไตรักษา พ.บ., อ.ว.(เวชศาสตร์ป้องกัน-สุขภาพจิตชุมชน), สุชาดา
กัมปนาทแสนยากร พ.บ., อ.ว.(จิตวิทยา), พิระ ศรีศรีจันทร์ วท.ม.(ชีวสถิติ)

บทคัดย่อ

ต้อกระจก เป็นโรคทางจักษุที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเมื่อมีอายุมากขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาในการประกอบอาชีพที่ต้องใช้สายตา ลดความสามารถในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร หรือการสื่อสารกับผู้อื่น รวมทั้งทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะสายตาเลือนรางและตาบอด ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง การวิจัยเชิงอรรถาธิบายนี้ เพื่อวิเคราะห์และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างก่อน กับ หลัง ผ่าตัด ต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม ด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมครั้งแรก ที่หน่วยผ่าตัดจักษุ โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนพฤษภาคม - กันยายน 2551 จำนวน 200 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ การทดสอบฟิชเชอร์เอกแซก การทดสอบค่าทีแบบคู่ และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 71 ปี สถานภาพสมรสอยู่ 57% เป็นหม้ายร้อยละ 30 นับถือศาสนาพุทธ 96.5% สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือไม่มีการศึกษาเลยร้อยละ 56 มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ 86% ยังคงทำงานอยู่ร้อยละ 47 เป็นข้าราชการบำนาญร้อยละ 41.5 มีรายได้เฉลี่ย 3,000 บาท/เดือน รายได้น้อยกว่าเดือนละ 2,000 บาท ร้อยละ 33 และมากกว่าเดือนละ 20,000 บาทร้อยละ 15 อาศัยแหล่งรายได้จากบุตรหลานและญาติพี่น้องให้มากที่สุด (ร้อยละ 46.9) ระยะเวลาที่สูญเสียการมองเห็นเฉลี่ย 2.6 ปี รักษาเริ่มแรกที่โรงพยาบาลศิริราช 84% ใช้ระยะเวลาดังแต่เริ่มแรกจนถึงเข้ารับการผ่าตัดเฉลี่ย 7 เดือน เป็นต้อกระจกในระยะสุกร้อยละ 16.5 ก่อนการผ่าตัด มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับก่อนไปทางดี ด้านที่ดีที่สุดคือด้านจิตใจ แต่ 2.5% ยังมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ที่น้อยที่สุดคือด้านสัมพันธภาพทางสังคม ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต คือ ฐานะทางเศรษฐกิจ การสูญเสียการมองเห็น ระยะเวลาที่สัมผัสกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี การศึกษา และอายุ ($p < 0.05$) หลังการผ่าตัด คุณภาพชีวิตโดยรวมและทุกองค์ประกอบ ดีขึ้น ($p < 0.001$) แต่คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ยังอยู่ในระดับที่น้อยที่สุด ได้เสนอแนะให้การทำผ่าตัดต้อกระจกโดยเร็วแก่ผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกในระยะสุก บูรณาการบริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียวที่ตึกผู้ป่วยนอก ส่งเสริมการเชื่อมโยงเครือข่ายสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ณ ศาสนสถาน และส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวมในครอบครัวด้วยบริบทไทย

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต/ผู้สูงอายุ/ต้อกระจก/เครือข่ายการดูแลผู้ป่วย/การพยาบาล

THE QUALITY OF LIFE OF ELDERLY CATARACT PATIENTS BEFORE AND AFTER INTRAOCULAR LENS IMPLANTATION SURGERY AT SIRIRAJ HOSPITAL, THAILAND, 2008.

TIDAWUN CHAIMANEE 4837680 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH ADMINISTRATION

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SOMCHART TORUGSA M.D., Thai Board of Preventive Medicine, SUCHADA KAMPANARTSANYAKORN M.D., Thai Board of Ophthalmology, PEERA KRUGKRUNJIT M.Sc. (Bios.)

ABSTRACT

Cataract is one of the common diseases of the elderly. It's a physiological change which occurs due to the aging process. It affects visual acuity, reduces the ability to receive information and communicate with others, and increases the risk of complications which can lead to blindness and visual impairment. These factors effect on the quality of life of the elderly. This explanatory research aimed to analyze and compare the quality of life of elderly cataract patients between preoperative and postoperative intraocular lens implantation surgery. BREF (Thai version) evaluation form which developed by the World Health Organization was used as a research instrument. The sample consisted of 200 elderly people who received cataract surgery with intraocular lens implantation for the first time at Department of Ophthalmology, Siriraj Hospital during May-September, 2008. Descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact test, Paired t-test, and Pearson's correlation coefficient at $\alpha = 0.05$ were used for data analysis. The results showed that 60% of elderly people were women with an average age of 71; 57% were married; 30% were widows; 96.5% were Buddhists; 56% were un-educated or primary school; 86% were literate; 47% were still working and 41.5% were pension government officers. Their average monthly income (baht) was 3,000 while 33% were lower than 2,000 but 15% were higher than 20,000; 46.9% relied on income generated by their descendants and relatives. Their vision loss resulting from cataract was 2.6 years. 84% of them received the first medical treatment for cataract at Siriraj Hospital. The average duration of medical treatment for cataract was 7 months. 16.5% were mature cataract.

Before surgery, the quality of life of the elderly cataract patients was just above average. Psychological domain was the highest. 2.5% had a bad quality of life. The social relationships domain was the lowest. Factors affecting quality of life were financial status, visual acuity, length of stay in the bad environment, education, and age ($p < 0.05$). After surgery, the quality of life was better in every domain ($p < 0.001$); however the social relationships domain was still the lowest. Providing fast track surgery for mature cataract, integrating a one-stop service for OPD patients, promoting the networks at all levels to give them a continual care, arrangement of activities related to the elderly at religious places, and promoting family-based holistic care for the elderly in the Thai society context were recommended.

KEY WORDS: QUALITY OF LIFE/ELDERLY/CATARACT/PATIENT CARE NETWORK/NURSING

267 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญแผนภูมิ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	5
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์.....	6
นิยามตัวแปร.....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	14
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
ส่วนที่ 1 คุณภาพชีวิต.....	15
ส่วนที่ 2 ผู้สูงอายุ.....	65
ส่วนที่ 3 โรคต่อกระดูก.....	75
ส่วนที่ 4 ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้.....	81
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	96
สถานที่ศึกษา.....	98
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	98
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	101
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	102
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	104

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก.....	105
ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกก่อนผ่าตัด.....	131
ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก.....	135
ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างก่อนกับหลังผ่าตัดต่อกระดูก.....	158
ส่วนที่ 5 สิ่งที่ค้นพบเพื่อนำไปสู่การพัฒนาบริการพยาบาลผ่าตัดกระดูก.....	166
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	
1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกก่อนผ่าตัด.....	169
2. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก.....	179
3. ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างก่อนกับหลังผ่าตัดต่อกระดูก.....	187
4. ประเด็นอื่นๆ ที่น่าสนใจ.....	189
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	191
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย.....	203
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ.....	215
บรรณานุกรม.....	228
ภาคผนวก.....	252
ประวัติผู้วิจัย.....	267

สารบัญตาราง

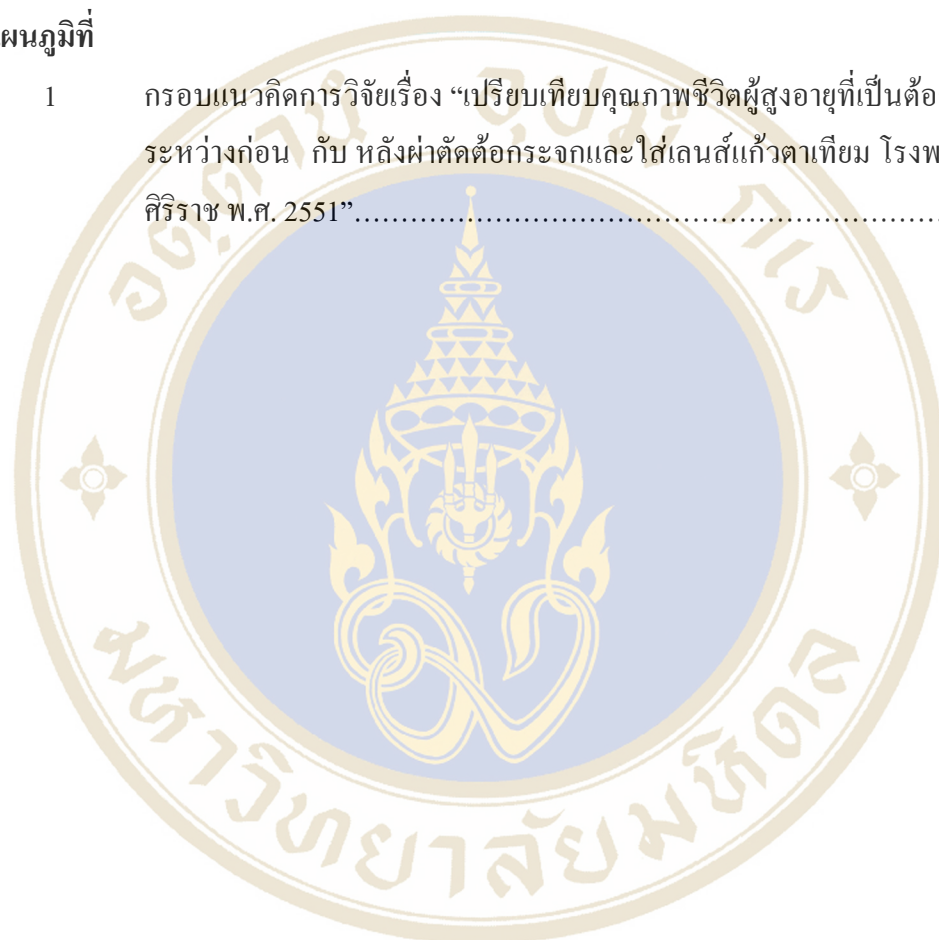
ตาราง	หน้า
1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก จำแนกตามลักษณะประชากร.....	110
2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก จำแนกตามปัจจัยด้านครอบครัว.....	114
3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก จำแนกตามระดับการมองเห็น ระหว่างตาขวาและตาซ้าย.....	115
4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก จำแนกตามปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย.....	115
5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก จำแนกตามปัจจัยด้านการปฏิบัติ กิจกรรมในชีวิตประจำวัน.....	120
6 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก จำแนกตามปัจจัยการบริการด้าน สุขภาพ.....	122
7 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก จำแนกตามปัจจัยการบริการด้าน คุณภาพชีวิต.....	126
8 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกก่อนผ่าตัด จำแนกตามระดับ คุณภาพชีวิต.....	132
9 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกก่อนการผ่าตัด จำแนกตามระดับ ความคิดเห็นต่อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา.....	133
10 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก โดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์เอกแซก.....	140
11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อ กระดูกโดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์เอกแซก.....	142
12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพร่างกายกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็น ต่อกระดูก โดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์เอกแซก.....	144

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพร่างกายเกี่ยวกับระยะเวลาในการประสบ ปัญหาสภาพที่อยู่อาศัย บริเวณใกล้บ้าน ชุมชน กับ คุณภาพชีวิตของอายุที่เป็น ด้อยกระจก โดยใช้ค่าสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน.....	147
14 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันกับคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นด้อยกระจก โดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์เอกแซก.....	148
15 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการบริการด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิตกับ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นด้อยกระจก โดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์ เอกแซก.....	151
16 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งที่ไปใช้บริการด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิต โดยใช้ค่าสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน.....	157
17 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดด้อยกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต.....	160
18 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดด้อยกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม จำแนกตามระดับความคิดเห็นต่อข้อความเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา.....	160
19 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมและเป็นรายด้านระหว่างก่อนกับ หลังผ่าตัดด้อยกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม โดยใช้ค่าสถิติทีแบบคู่.....	163
20 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นรายข้อความระหว่างก่อนกับหลังผ่าตัด ด้อยกระจก และใส่เลนส์แก้วตาเทียม โดยใช้ค่าสถิติทีแบบคู่.....	164
21 สรุปผลการศึกษาตามสมมติฐานที่ตั้งไว้.....	167

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัยเรื่อง “เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก ระหว่างก่อน กับ หลังผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาล ศิริราช พ.ศ. 2551”.....	14



จนถึงขั้นตาบอดถาวรได้ (อัมพร จงเสรีและบุญเพ็ญ จงเสรีจิตต์, 2548: 11) ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญปัญหาหนึ่ง

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม พบว่า ผลกระทบทางด้านร่างกาย ก่อให้เกิดปัญหาในการประกอบอาชีพที่ต้องใช้สายตา (ศักดิ์ชัย วงศ์กิตติรักษ์, ณัฐพล วงษ์คำซ่าง, ภาคภูมิ คัมภีร์พันธุ์, 2549: 4) การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ต้องใช้การมองเห็นทั้งในระยะใกล้และระยะไกล (Houde and Huff, 2003: 25-33) ความสามารถในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร หรือการสื่อสารกับผู้อื่นลดลง ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (ภารดี นานาสิลป์, 2543: 52) ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้เกิดความเหงา รู้สึกกลัว วิตกกังวล หงุดหงิดได้ง่าย และขาดความมั่นใจ ผลกระทบด้านสังคม ทำให้เกิดความยุ่งยากในการทำบทบาทหน้าที่ในสังคม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมและกิจกรรมในครอบครัว มีข้อจำกัดในการเดินทางและมีความลำบากในการจดจำสถานที่ต่างๆ (Houde and Huff, 2003: 25-33) หากผู้สูงอายุเกิดสูญเสียการมองเห็น จะทำให้การดำรงชีวิตผิดปกติ และการดูแลสุขภาพตนเองไม่ดีเท่าที่ควร ส่งผลกระทบต่อครอบครัวที่จำเป็นต้องจัดคนมาดูแล ซึ่งผู้ดูแลนั้นอาจจะเป็นบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น ๆ ในการนี้ย่อมต้องใช้เวลาและทรัพยากรเพิ่มขึ้นให้กับผู้สูงอายุ และสิ่งที่สำคัญยิ่งคือ ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพจากภาวะสายตาเลือนรางและตาบอด จากปัญหาดังกล่าวย่อมจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาวของผู้สูงอายุ และก่อให้เกิดปัญหาตามมาอีกในหลาย ๆ ด้าน (ศักดิ์ชัย วงศ์กิตติรักษ์, ณัฐพล วงษ์คำซ่าง, ภาคภูมิ คัมภีร์พันธุ์, 2549: 4)

คุณภาพชีวิตที่ดี เป็นเรื่องสำคัญในการดำรงชีวิต เป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการ และส่งผลไปสู่ครอบครัว ชุมชน สังคม รวมทั้งประเทศชาติ คุณภาพชีวิตที่ดีในระดับตนเองและครอบครัว คือ การมีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ สุขภาพอนามัยดี ไม่เจ็บป่วย ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายส่วนตน สามารถประกอบอาชีพการงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี ครอบครัวอบอุ่น ไม่มีปัญหาเกิดขึ้น ส่งผลต่อระดับสังคมและประเทศชาติ คือ เมื่อประชากรในสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดี ย่อมทำให้คุณภาพชีวิตในสังคมและประเทศดีขึ้นด้วย ดังนั้น การมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเร่งพัฒนา (จุฑามาศ สรวินูตร และหิรัญ ลิ้มสุวรรณ, 2528)

การพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยองค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นองค์กรที่มีหน้าที่โดยตรงในการพัฒนาความเป็นอยู่ของประชาชนทั่วโลกและทำงานเกี่ยวกับเครื่องชี้วัดด้านสุขภาพมาโดยตลอด ในปี พ.ศ. 2539 มีการพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสากล ได้จัดทำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อชุด 26 ตัวชี้วัดขึ้น ซึ่งมีสุวรรณ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540) แปลเป็นฉบับภาษาไทยที่องค์การอนามัยโลกยอมรับอย่างเป็นทางการ ทำให้ได้เครื่องมือที่มีมาตรฐาน มีความสะดวกต่อการ

นำไปใช้สำรวจคุณภาพชีวิตคนไทย ฝังแน่นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรม สังคม สภาพแวดล้อม นอกจากนี้ยังสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมากในทางสาธารณสุข เครื่องมือนี้ทำให้ทราบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยถึงการเปลี่ยนแปลงจากโรคที่มีอยู่ จากการบำบัดรักษา หรือสิ้นสุดกระบวนการใด ๆ ในการรักษา เป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาได้อย่างมีคุณภาพสูงสุด และเพื่อวางนโยบายทางสุขภาพ (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2540: 1-3)

การรักษาโรคต่อกระดูกในปัจจุบัน สามารถรักษาให้หายได้โดยการผ่าตัดเท่านั้น ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยการใช้ยา โดยการผ่าตัดคือการเอาเลนส์ตาที่ขุ่นออกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าแทนที่ เป็นการผ่าตัดที่ได้ผลดีถึง ร้อยละ 99.4 ซึ่งจะทำให้กลับมามองเห็นชัดเจนเป็นปกติ (วิวัฒน์ ยืนจิตร, 2548: 1) ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดี มีความปลอดภัยยิ่งขึ้น และยังมีส่วนในการลดภาระในการดูแล หรือความเป็นห่วงจากบุคคลอื่นของครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุข ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกประมาณ 10 ล้านรายต่อปี (Allen Foster, 2000) สำหรับในประเทศไทย มีการผ่าตัดต่อกระดูกในโรงพยาบาลของรัฐมากกว่า 100,000 รายต่อปี เป็นการผ่าตัดที่มากเป็นอันดับหนึ่งของการผ่าตัดตาทั้งหมด โดยสามารถผ่าตัดต่อกระดูกได้ในโรงพยาบาลเกือบทุกระดับทั่วประเทศทั้งภาครัฐและเอกชน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548: 1-5)

โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เป็นโรงเรียนแพทย์ที่เป็นที่ยอมรับของสังคม ในฐานะเป็นสถาบันที่เชี่ยวชาญในด้านการแพทย์และการดูแลรักษาโรคเฉพาะทาง (ประเวศ วะสี, 2546: 3) มีความสามารถให้บริการรักษาพยาบาลในโรคยาก ๆ เป็นคณะแพทยศาสตร์ที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย ในส่วนของภาควิชาจักษุวิทยามีคณาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านจักษุเป็นอย่างดี มีการเรียนการสอน การวิจัยอยู่ตลอดเวลา มีการรวบรวมและเผยแพร่องค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งได้นำผลการวิจัยเป็นเครื่องมือในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้รับบริการ โดยยังคงเน้นความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน ประกอบกับการผ่าตัดต่อกระดูกเป็นหัตถการที่ทำมากที่สุดในภาควิชาจักษุวิทยา คือประมาณ 3,500 รายต่อปี (ภาควิชาจักษุวิทยา โรงพยาบาลศิริราช) ดังนั้น จึงมีความเหมาะสม ในการที่จะบูรณาการความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก โดยใช้ “คุณภาพชีวิต” เป็นเป้าหมายสำคัญ เพื่อใช้เป็นกลยุทธ์และแนวทางในการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง มาร่วมมือร่วมใจกันพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก ให้เข้ากับสถานการณ์แวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ตลอดจนเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นต่อกระดูกและเน้นการดูแลแบบองค์รวม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้สูงอายุทั้งหลายในอนาคต

ผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุก่อนกับหลังผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม ณ โรงพยาบาลศิริราช โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย เป็นแบบวัดที่ใช้ในการประเมินผลวิธีการรักษาแบบองค์รวมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นมิติที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับลักษณะสังคมไทยมากที่สุด ผู้วิจัยมั่นใจว่าการวิจัยครั้งนี้ จะได้รับความรู้ที่สามารถสะท้อนให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง เข้าใจสภาพความเป็นอยู่และภาพรวมของผู้ป่วยสูงอายุไทย ที่เป็นต่อกระดูกได้อย่างครบถ้วนทุกมิติ ครอบคลุมปัจจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับลักษณะประชากร ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และปัจจัยการบริการ ด้านสุขภาพและ ด้านคุณภาพชีวิต ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดระยะเวลาของการรักษา รวมทั้งทำให้การทำผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมเป็นการลงทุนที่คุ้มค่ามากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกระหว่างก่อนกับหลังการผ่าตัดต่อกระดูก และใส่เลนส์แก้วตาเทียม
2. เพื่อศึกษาผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก ที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม ณ โรงพยาบาลศิริราช ในสิ่งต่อไปนี้
 - 1.1 คุณภาพชีวิต
 - 1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ในด้าน:-
 - 1.2.1 ลักษณะประชากร
 - 1.2.2 ปัจจัยด้านครอบครัว
 - 1.2.3 ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย
 - 1.2.4 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม
 - 1.2.5 ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน
 - 1.2.6 ปัจจัยการบริการ ด้านสุขภาพ และ ด้านคุณภาพชีวิต

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ดีกว่า ก่อนผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม
2. ลักษณะประชากรของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก มีผลต่อคุณภาพชีวิต
3. ปัจจัยด้านครอบครัวของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก มีผลต่อคุณภาพชีวิต
4. ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก มีผลต่อคุณภาพชีวิต
5. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก มีผลต่อคุณภาพชีวิต
6. ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก มีผลต่อคุณภาพชีวิต
7. ปัจจัยด้านการบริการด้านสุขภาพ และด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก มีผลต่อคุณภาพชีวิต

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

1. ลักษณะประชากรของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก
 - 1.1 เพศ
 - 1.2 อายุ
 - 1.3 สถานภาพสมรส
 - 1.4 ระดับการศึกษา
 - 1.5 อาชีพ
 - 1.6 ศาสนา
 - 1.7 รายได้
2. ปัจจัยด้านครอบครัวของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก
 - 2.1 ประเภทของครอบครัว
 - 2.2 สถานะในครอบครัว
 - 2.3 บทบาทในครอบครัว
 - 2.4 ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว
3. ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก
 - 3.1 ระดับการมองเห็นที่ผิดปกติ

- 3.2 ระดับความรุนแรงของโรคต่อกระจก
- 3.3 ระยะเวลาที่สูญเสียการมองเห็น
- 3.4 ระยะเวลาในการรักษาโรคต่อกระจก
- 3.5 โรคประจำตัว ความผิดปกติ หรือความพิการทางร่างกาย
4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจก
 - 4.1 ประเภทบ้านที่อยู่อาศัย
 - 4.2 เขตที่อยู่อาศัย
 - 4.2 ปัญหาสภาพที่อยู่อาศัยบริเวณใกล้บ้าน ชุมชน
5. ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน
 - 5.1 กิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐาน
 - 5.2 กิจกรรมประจำวันต่อเนื่อง
 - 5.3 กิจกรรมทางศาสนา
6. ปัจจัยด้านการบริการ ด้านสุขภาพและ ด้านคุณภาพชีวิต
 - 6.1 สถานบริการ ลักษณะบริการ
 - 6.2 การเข้าถึงบริการ
 - 6.3 ผู้ให้บริการ
 - 6.4 ผลการใช้บริการ

ตัวแปรตาม (Dependent Variables):

คือ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย คุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ:-

1. ด้านร่างกาย
2. ด้านจิตใจ
3. ด้านสังคม
4. ด้านสิ่งแวดล้อม

นิยามศัพท์การวิจัย

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

ผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจก หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีสภาพการมองเห็นลดลง อันเนื่องมาจากเลนส์แก้วตาขุ่นมัว

คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุข และความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม เป็นการประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วฒฒนธรรม ค่านิยมและเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล ประเมินได้จากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ปรับปรุงโดย สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุลและคณะ (2540)

การผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม หมายถึง การผ่าตัดเพื่อรักษาโรคต้อกระจก มี 3 วิธี (อภิชาติ สิงคาวณิช และญาณี เจียมไชยศรี, 2540: 158, 257) คือ

1. Phacoemulsification with intraocular lens implantation คือ การผ่าตัดโดยใช้อัลตราซาวนด์สลายเนื้อเลนส์และดูดออกโดยเหลือถุงหุ้มเลนส์ไว้ และใส่เลนส์แก้วตาเทียมไว้ในถุงหุ้มเลนส์ส่วนที่เหลือ

2. Extracapsular cataract extraction with intraocular lens implantation คือ การผ่าตัดนำถุงหุ้มเลนส์ทางด้านหน้าออก หลังจากนั้นนำเลนส์ส่วนนิวเคลียสและ cortex ออกโดยเหลือถุงหุ้มเลนส์ทางด้านหลังและส่วนถุงหุ้มเลนส์ที่มีเอ็นยึดเลนส์เกาะอยู่ไว้และใส่เลนส์แก้วตาเทียมไว้ในถุงหุ้มเลนส์ส่วนที่เหลือ

3. Intracapsular cataract extraction with intraocular lens implantation คือ การผ่าตัดนำเลนส์ส่วนนิวเคลียส และถุงหุ้มเลนส์ (lens capsule) ออกทั้งหมด และใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าไปในช่องหน้าลูกตาโดยให้ขาของเลนส์แก้วตาเทียมอยู่ที่บริเวณมุมม่านตา (Iris angle)

เลนส์แก้วตาเทียม หมายถึง สิ่งที่ทำด้วยสารโพลีเมอร์ หรือซิลิโคนหรือ โพลีอะครีลิก มีลักษณะคล้ายเลนส์แก้วตาของคนปกติ เพื่อนำเข้าไปแทนที่เลนส์แก้วตาในถุงหุ้มเลนส์ที่เหลือ ช่องหลังม่านตาของผู้ป่วย (วนิชฯ ชื่นก่องแก้ว และอภิชาติสิงคาวณิช, 2550: 242)

นิยามตัวแปร

ลักษณะประชากรของผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก หมายถึง กลุ่มตัวแปรเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อกระจก ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

1. **อายุ** หมายถึง จำนวนเต็มปีของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อกระดูก นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา ไม่นับเศษของปี วัดเป็นข้อมูลระดับอัตราส่วน (Ratio Scale)
 2. **ศาสนา** หมายถึง ความเชื่อที่ผู้ป่วยแสดงออกโดยการประกาศตนว่านับถือในสิ่งนั้น วัดเป็นข้อมูลระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) ได้แก่ พุทธ คริสต์ และ อิสลาม
 3. **สถานภาพสมรส** หมายถึง ภาวะสมรสของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกในปัจจุบัน วัดเป็นข้อมูลระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) ได้แก่ โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง และแยกกันอยู่
 4. **ระดับการศึกษา** หมายถึง จำนวนปีเต็มของการศึกษาสูงสุดของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งตามระบบการศึกษาของประเทศไทยวัด เป็นข้อมูลระดับจัดอันดับ (Ordinal Scale) เป็น 6 ระดับ ได้แก่ ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า และสูงกว่าปริญญาตรี
- นอกจากนี้ยังวัดจากความสามารถในการอ่านเขียน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ อ่านได้เขียนไม่ได้ และอ่านออกเขียนได้
5. **อาชีพ** หมายถึง ประเภทหรือชนิดของงานที่บุคคลนั้นทำอยู่ในช่วง 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ปกติบุคคลมีอาชีพเดียว หากบุคคลใดมีมากกว่า 1 ชนิด ให้ถืออาชีพที่มีจำนวนสัปดาห์การทำงานมากที่สุด หากจำนวนสัปดาห์เท่ากันให้นับอาชีพที่มีรายได้มากที่สุด วัดเป็นข้อมูลระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale)
 6. **รายได้** หมายถึง จำนวนเงินโดยประมาณที่ผู้สูงอายุได้รับในแต่ละเดือน วัดเป็นข้อมูลระดับอัตราส่วน (Ratio Scale) ซึ่งมีแหล่งที่มาของรายได้ (แหล่งรายได้) วัดเป็นข้อมูลระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) ได้แก่ รายได้จากบุตรหลาน ญาติพี่น้องให้ ข้าราชการบำนาญ การประกอบอาชีพ และดอกเบี้ยจากเงินเก็บสะสมหรือเงินปันผลจากการลงทุน/หุ้น

ปัจจัยด้านครอบครัวของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก หมายถึง กลุ่มตัวแปรเกี่ยวกับครอบครัวของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ประเภทของครอบครัว สถานะในครอบครัว บทบาทในครอบครัว และ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

1. **ประเภทของครอบครัว** หมายถึง การอยู่อาศัยในครัวเรือนของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อกระดูก โดยการสัมภาษณ์เกี่ยวกับผู้ที่อาศัยอยู่ด้วยในบ้านที่พักอาศัย ได้แก่ คู่สมรส บุตร หลาน ญาติ และอื่น ๆ วัดเป็นข้อมูลระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้
 - 1.1 **ครอบครัวขยาย** หมายถึง ผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนขนาดใหญ่ มีครอบครัวของบุตร หลาน ญาติ และบุคคลอื่น ๆ อยู่ด้วย หรือปลูกบ้านในบริเวณเขตเดียวกัน มีสมาชิกในครัวเรือนตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป

1.2 ครอบครัวแบบเดี่ยว หมายถึง ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขนาดเล็ก มีสมาชิกตั้งแต่ 4 คนลงไป

1.3 ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง หมายถึง การอยู่อาศัยเพียงคนเดียว เนื่องจากเป็นหม้าย โสด หรือเนื่องจากไม่มีบุตร หลานดูแล รวมทั้งการอาศัยเพียงลำพัง แต่มีการปลูกบ้านอยู่ในบริเวณบ้านญาติหรือผู้อื่น

2. สถานะในครอบครัว หมายถึง สถานะของผู้สูงอายุในครอบครัว วัดเป็นข้อมูลระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ หัวหน้าครอบครัว และสมาชิกในครอบครัว

2.1 หัวหน้าครอบครัว หมายถึง ผู้ที่เป็นที่ยอมรับนับถือของสมาชิกอื่น ๆ ในครัวเรือน โดยยกย่องให้เป็นหัวหน้า อาจจะเป็นผู้รับผิดชอบทางการเงินและสวัสดิการของครัวเรือนหรือไม่ก็ตาม

2.2 สมาชิกในครอบครัว หมายถึง บุคคลซึ่งอาศัยอยู่เป็นประจำในครัวเรือน รวมทั้งคนที่เคยอยู่ในครัวเรือนแต่ได้จากไปชั่วคราวไม่เกิน 3 เดือน โดยไม่มีวัตถุประสงค์ที่จะไปอยู่ประจำที่อื่น

3. บทบาทในครอบครัว หมายถึง บทบาทที่ผู้สูงอายุมีต่อครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว วัดเป็นข้อมูลระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) ได้แก่ ไม่ได้ทำอะไร ดูแลเด็ก ๆ เลี้ยงหลาน ทำงานบ้าน ดูแลบ้าน และอื่น ๆ

4. ฐานะทางเศรษฐกิจ หมายถึง ฐานะทางการเงินในครอบครัวของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจก วัดเป็นข้อมูลระดับอัตราส่วน (Ratio Scale) ด้วยรายได้เฉลี่ยทั้งครอบครัว (บาทต่อเดือน)

นอกจากนี้ยังวัดจากความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว เป็นการวัดข้อมูลระดับจัดอันดับ (Ordinal Scale) จำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีรายได้ไม่พอกับรายจ่าย มีรายได้พอ ๆ กันกับรายจ่าย และมีรายได้มากกว่ารายจ่าย จึงมีเงินเหลือเก็บ

ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจก หมายถึง กลุ่มตัวแปรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคต่อกระจก ประกอบด้วย ระดับการมองเห็น ระดับความรุนแรงของโรคต่อกระจก ระยะเวลาที่สูญเสียการมองเห็น ระยะเวลาในการรักษาโรคต่อกระจก โรคประจำตัว ความผิดปกติหรือความพิการทางร่างกาย และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ

1. **ระดับการมองเห็น** หมายถึง ความสามารถในการมองเห็นได้คมชัด ทั้งมองไกลและมองใกล้ โดยการประเมินที่เรียกว่า การวัดสายตา (Visual acuity testing) ด้วยแผ่นตรวจของสเนลเลน (Snellen chart) (ธนารักษ์ สุวรรณประไพศ, 2535: 14) การบันทึกสายตานั้นก็จะเป็นเศษส่วน

ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียนของผู้ป่วย เป็นการวัดข้อมูลระดับช่วง (Interval Scale) ผู้วิจัยแบ่งระดับการมองเห็นที่ได้จากการวัดสายตาของผู้สูงอายุโรคต้อกระจก ออกเป็น 2 ระดับ คือ

1.1 **ระดับการมองเห็นปกติ** หมายถึง สายตามองไกลและมองใกล้ปกติ มีระดับสายตาข้างที่ดีที่สุด 6/6 ถึง 6/18

1.2 **ระดับการมองเห็นที่ผิดปกติ** หมายถึง สายตามองไกลและมองใกล้ที่ผิดปกติ มีระดับการมองเห็นของสายตาข้างที่ดีที่สุดของบุคคลที่องค์การอนามัยโลกกำหนดให้เป็นมาตรฐานในการแบ่งระดับการมองเห็นที่ผิดปกติ (ศักดิ์ชัย วงศ์กิตติรักษ์, ณัฐพล วงษ์คำซ่าง และภาณุภูมิ คัมภีร์พันธุ์, 2549: 3) แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1.2.1 สายตาเลือนราง ระดับ 1 หมายถึง ระดับสายตาข้างที่ดีที่สุด เห็นน้อยกว่า 6/18 ถึง 6/60

1.2.2 สายตาเลือนราง ระดับ 2 หมายถึง ระดับสายตาข้างที่ดีที่สุด เห็นน้อยกว่า 6/60 ถึง 3/60

1.2.3 ตาบอดขั้นที่ 1 หมายถึง ระดับสายตาข้างที่ดีที่สุด เห็นน้อยกว่า 3/60 ถึง 1/60

1.2.4 ตาบอดขั้นที่ 2 หมายถึง ระดับสายตาข้างที่ดีที่สุด เห็นน้อยกว่า 1/60 ถึง มองเห็นเพียงแสงสว่าง

2. **ระดับความรุนแรงของโรคต้อกระจก** หมายถึง ระยะจำแนกตามความมากน้อยของความขุ่นของโรคต้อกระจกที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเมื่อมีอายุมากขึ้น เป็นการบ่งบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของระดับการมองเห็นตลอดจนความรุนแรงของโรค ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียนของผู้ป่วยในการวินิจฉัยของแพทย์ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภายในเลนส์แก้วตาของต้อกระจกวัยชรา เป็นการวัดข้อมูลระดับจัดอันดับ (Ordinal Scale) แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระดับที่ 1 คือ ระยะเริ่มเป็น (Incipient cataract/Very early/No impairment) มีการเปลี่ยนแปลงที่ส่วนรอบ ๆ เลนส์แก้วตาขุ่นมัว แต่ตรงกลางยังใส ระยะนี้ไม่มีการเปลี่ยนแปลงระดับสายตาหรือมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก

ระดับที่ 2 คือ ระยะเริ่มขุ่น (Immature cataract/Incomplete opacity) ระยะที่เลนส์ขุ่นมากขึ้นและแพร่ กระจายออก

ระดับที่ 3 คือ ระยะสุก (Mature cataract/Complete opacity) ระยะนี้ต้อกระจกที่บวมขึ้นจนทั่วเลนส์ตา บางครั้งเลนส์มีการบวมน้ำเรียกว่า Intumescent stage เมื่อเลนส์มีขนาดใหญ่ขึ้นจะดันเอาม่านตาไปข้างหน้าทำให้ช่องหน้านัยน์ตา (anterior chamber) ตื้นขึ้น จะมองเห็นเลนส์ตาขาวขุ่น ผู้ป่วยจะมองไม่เห็นวัตถุในระยะใกล้ แต่อาจเห็นแสงไฟได้บ้าง

ระดับที่ 4 คือ ภาวะสุกมาก (Hyperature cataract/Hyperature Lens begun to Liquify) ภาวะนี้ต้อกระจกขุ่นมัวมากขึ้นไป เปลือกหุ้มเลนส์เปื่อยยุ่ย เนื้อเยื่อภายในเลนส์เหลว แต่ส่วนนิวเคลียสจะยังแข็งมากขึ้น ต้อกระจกในระยะนี้หากไม่ได้รับการรักษา อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนถึงขั้นตาบอดได้

3. **ระยะเวลาที่สูญเสียการมองเห็น** หมายถึง ระยะเวลาจำนวนเต็มปี โดยนับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการตามัวจนถึงวันเก็บข้อมูล วัดเป็นข้อมูลระดับอัตราส่วน (Ratio Scale)

4. **ระยะเวลาในการรักษาโรคต้อกระจก** หมายถึง ระยะเวลาจำนวนเต็มปี โดยนับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคต้อกระจกจนถึงวันเก็บข้อมูล อาจจะเริ่มรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชหรือสถานพยาบาลอื่น ๆ มาก่อน วัดเป็นข้อมูลระดับอัตราส่วน (Ratio Scale)

5. **สถานพยาบาลที่เริ่มรักษาโรคต้อกระจก** หมายถึง สถานพยาบาลที่ให้บริการตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคต้อกระจก การรักษาพยาบาลโรคต้อกระจกเริ่มแรก แบ่งออกเป็น สถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน วัดเป็นข้อมูลระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) โดยสถานพยาบาลของรัฐ จำแนกเป็น สถานีอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สถานพยาบาลเอกชน จำแนกเป็น โรงพยาบาลเอกชน และ คลินิก

6. **โรคประจำตัว ความผิดปกติ หรือความพิการทางร่างกาย** หมายถึง การเป็นโรคเรื้อรัง คือ โรคประจำตัวที่รักษาติดต่อกันเกิน 3 เดือนแล้วไม่หาย ยังต้องรักษาต่อไป (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2549: 4) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ไม่มีโรคประจำตัว หรือมีโรคประจำตัว รวมถึงความผิดปกติ ความพิการทางร่างกาย คือ ผู้ที่มีลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ได้แก่ พิกัด แขนขา สูญเสียการเคลื่อนไหว, พิกัดทางการได้ยิน เช่น หูหนวก เป็นใบ้ พิกัดทางสมอง ปัญญา ขกเว้นพิกัดทางตา ตาบอด แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ไม่มีความพิการ หรือมีความพิการ วัดเป็นข้อมูลระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่รอบตัว ทั้งเป็นสิ่งมีชีวิตและสิ่งไม่มีชีวิตทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม มีความสัมพันธ์และมีผลกระทบซึ่งกันและกัน สิ่งแวดล้อมในงานวิจัยนี้ ได้แก่

1. **ประเภทบ้านที่อาศัย** หมายถึง บ้านที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในปัจจุบัน แบ่งเป็น 7 ลักษณะคือ บ้านเดี่ยว เรือนแพ ห้องแถว/เรือนแถว/ตึกแถว ห้องเช่า คอนโดมิเนียม ทาวน์เฮาส์หรือบ้านแฝด ที่อยู่อาศัยชั่วคราว เช่น เฟิง กะต๊อบ ฯลฯ และ สถานสงเคราะห์คนชรา วัดเป็นข้อมูลระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale)

2. **เขตที่อยู่อาศัย** แบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ ได้แก่ เขตเมือง เขตชนบท เขตอุตสาหกรรม และ ย่านการค้า วัดเป็นข้อมูลระดับนามบัญญัติ (Norminal Scale)

3. **ปัญหาสภาพที่อยู่อาศัยบริเวณใกล้บ้าน ชุมชน** หมายถึง สภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดหรือมีโอกาสก่อให้เกิดความเป็นมลพิษที่เป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตของคน สัตว์ พืช ทั้งโดยตรงและทางอ้อม (ธราธิป สมทน, 2542: 8) ได้แก่ เสียงรบกวน/เสียงดัง กลิ่น รบกวน/กลิ่นเหม็น ฝุ่นละออง/เขม่าควัน น้ำเน่าเสีย และ ขยะทั่วไป/ขยะอันตราย เป็นการวัดแบบจัดอันดับ (Ordinal Scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่มี มีไม่มาก และ มีมาก รวมถึงระยะเวลาที่ประสบกับปัญหาสภาพที่อยู่อาศัยบริเวณใกล้บ้านและชุมชน วัดเป็นข้อมูลระดับอัตราส่วน (Ratio Scale)

ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หมายถึง กลุ่มตัวแปรเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย กิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐาน กิจกรรมประจำวันต่อเนื่อง และกิจกรรมทางศาสนา วัดเป็นข้อมูลระดับจัดอันดับ (Ordinal Scale) ได้แก่ ทำได้ดีเป็นปกติ หมายถึง ทำได้เองโดยสมบูรณ์; ทำได้แต่ช้ากว่าปกติ หมายถึง ทำได้ช้าลง ต้องควบคุมช่วยเหลือเล็กน้อย; ทำได้แต่ต้องให้คนอื่นช่วย หมายถึง ต้องให้คนอื่นมาช่วยเหลืออย่างเต็มที่และทำเองไม่ได้เลย ซึ่งผู้วิจัยคัดแปลงมาจากการศึกษาแบบคัดกรองและภาวะโภชนาการ ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545 ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. **กิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐาน** หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจวัตร ขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งกาย การรับประทานอาหารและยา การการลุกจากที่นอนตอนกลางวันและกลางคืน การเข้าห้องน้ำตอนกลางวันและกลางคืน และ การเคลื่อนไหวหรือเดินภายในบ้าน ประเมินโดยการสัมภาษณ์ถึงกิจกรรมข้างต้นที่ปฏิบัติได้จริงในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงก่อนสัมภาษณ์ ตามความสามารถของบุคคลนั้นที่ปฏิบัติได้จริง

2. **กิจกรรมประจำวันต่อเนื่อง** หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่ในบ้านหรืองานในบ้าน ได้แก่ การโทรศัพท์/ การติดต่อสื่อสาร การทำอาหาร/การเตรียมอาหาร การใช้พาหนะและการเดินทาง การซื้อของจ่ายตลาด และ การเดินทางนอกบ้าน ในช่วงเวลา 24-48 ชั่วโมงก่อนการสัมภาษณ์ ตามความสามารถของบุคคลนั้นที่ปฏิบัติได้จริง

3. **กิจกรรมทางศาสนา** หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ การทำกิจกรรมทางศาสนาด้วยตนเองในบ้าน การไปทำบุญที่วัด มัสยิด โบสถ์ และ การไปร่วมงานแต่งงาน งานบวช งานศพ หรือเที่ยวงานในเทศกาลต่าง ๆ

ปัจจัยการบริการ ด้านสุขภาพ และด้านคุณภาพชีวิต แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวแปรเกี่ยวกับการบริการด้านสุขภาพและการบริการด้านคุณภาพชีวิต วัดเป็นข้อมูลระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) ดังนี้

1. **การบริการด้านสุขภาพ** หมายถึง การจัดบริการทางสุขภาพ ซึ่งเป็นหน้าที่ ความรับผิดชอบอย่างหนึ่งของรัฐบาลและเอกชนที่มีต่อประชาชนในการจัดสรรบริการ เพื่อให้ประชาชนได้ใช้หรือเข้าร่วมกิจกรรม

2. **การบริการด้านคุณภาพชีวิต** หมายถึง การจัดบริการทางสังคม ซึ่งเป็นหน้าที่ ความรับผิดชอบอย่างหนึ่งของรัฐบาลและเอกชนที่มีต่อประชาชนในการจัดสรรบริการ เกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานของประชาชนให้ได้ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม นอกเหนือจากการบริการด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ด้านการศึกษา ด้านคุณธรรม ด้านอาชีพ ด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ฯลฯ เป็นต้น

โดยแต่ละกลุ่มจะประกอบด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่ สถานบริการ ลักษณะบริการ การเข้าถึงบริการ และ ผู้บริการ ดังนี้

- **สถานบริการ** หมายถึง ที่ตั้งของหน่วยงานที่ให้บริการทางด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น สถานีอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน คลินิก ร้านขายยา ฯลฯ และที่ตั้งของหน่วยงานที่ให้บริการทางด้านคุณภาพชีวิต อาทิ เช่น สวนสาธารณะ ชมรม ผู้สูงอายุ ศาสนสถาน สถานีดำรง ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงาน สถานที่ให้บริการด้านการศึกษาที่รัฐจัดขึ้น หรือสนับสนุนให้จัดขึ้น หรืออยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของรัฐ วัดเป็นข้อมูลระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale)

- **ลักษณะบริการ** หมายถึง ลักษณะการบริการที่จัดขึ้นโดยภาครัฐและเอกชน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุวัดเป็นข้อมูลระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale)

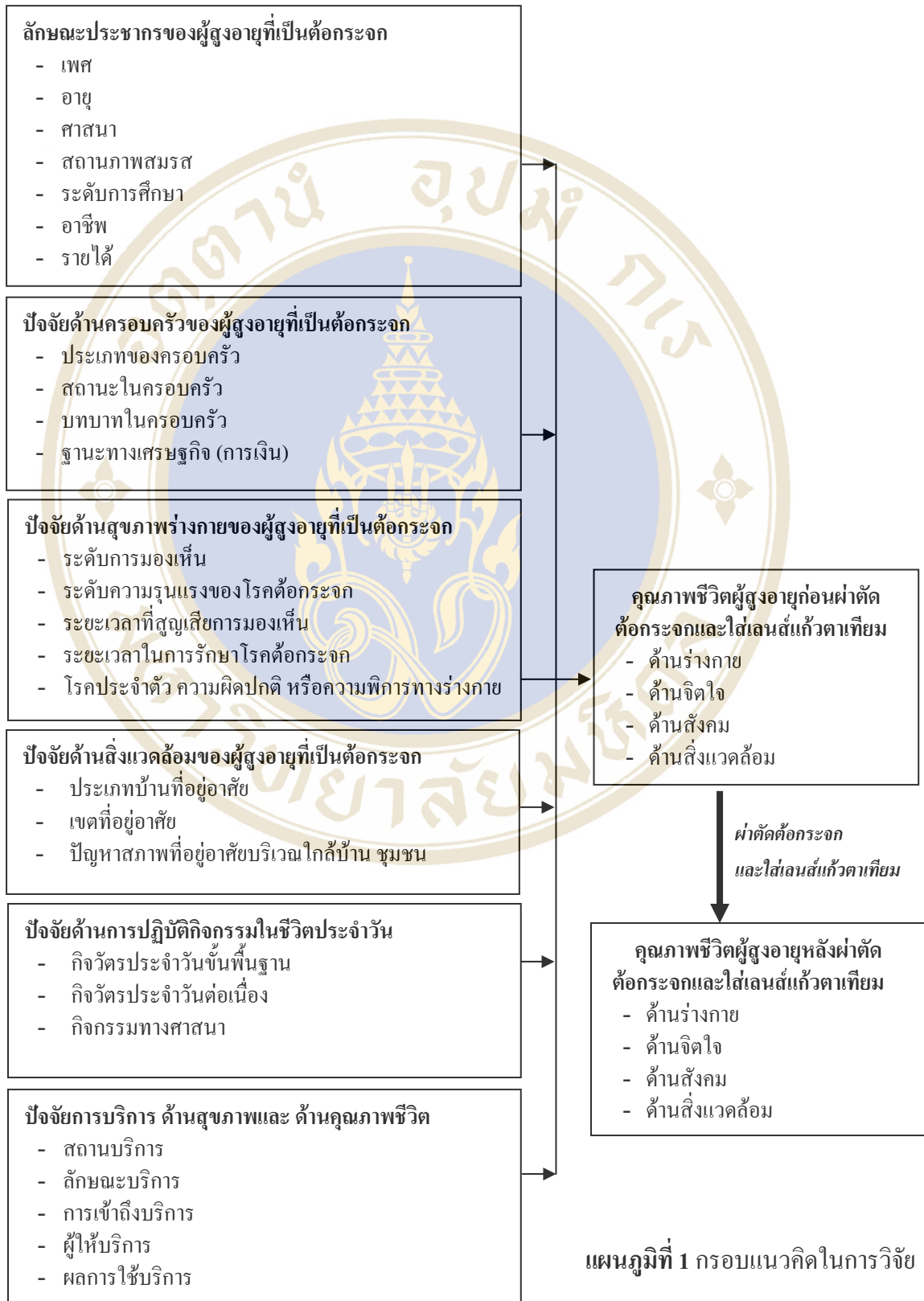
- **การเข้าถึงบริการ** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมาใช้บริการเมื่อมีความต้องการใช้บริการแล้วสามารถใช้บริการที่สถานบริการแห่งนั้นด้วยความสะดวก วัดเป็นข้อมูลระดับอัตราส่วน (Ratio Scale) เกี่ยวกับจำนวนครั้งที่ไปใช้บริการต่อเดือน

- **ผู้ให้บริการ** หมายถึง ผู้ซึ่งให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจก และลักษณะการบริการของผู้ให้บริการในด้านสุขภาพ และ ด้านคุณภาพชีวิต วัดเป็นข้อมูลระดับนามบัญญัติ

- **ผลการใช้บริการ** หมายถึง ความรู้สึกของผู้ใช้บริการจากการบริการที่ได้รับในด้านสุขภาพ และ ด้านคุณภาพชีวิต วัดเป็นข้อมูลระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

สรุปได้ดังนี้



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกระหว่างก่อนกับหลังผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 2 ผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 โรคต่อกระดูก

ส่วนที่ 4 ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ส่วนที่ 1 คุณภาพชีวิต

ความหมายคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต ได้มีผู้ให้นิยามไว้ในลักษณะต่าง ๆ กันไป ทั้งที่เป็นการมองคุณภาพชีวิต ในมิติเดียวจนถึงหลายมิติ มิติเหล่านี้มีบางอย่างที่เหมือนกันและบางอย่างที่แตกต่างกันไป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กรอบการรับรู้ความเข้าใจ และทฤษฎีต่าง ๆ ซึ่งมีผู้ให้นิยามไว้ดังนี้ คือ

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2548: 5) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิต ในการศึกษากำหนดดัชนีคุณภาพชีวิต คือ ระดับการดำรงชีวิตของมนุษย์ที่เป็นผลรวมทั้งในเชิงกายวิสัย และอติวิสัย ในช่วงเวลาหนึ่ง โดยมนุษย์จะมีคุณภาพชีวิตระดับใดนั้นสามารถเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานหรือเปรียบเทียบกับช่วงเวลาในอดีตที่ใช้เป็นฐานในการเปรียบเทียบ

คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน (2549: 21) ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิต คือ การดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคมหนึ่ง ๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ

คุณฉิ สุทธปริยาศรี (2542: 29) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ หมายถึง ลักษณะดี ลักษณะพิเศษ ลักษณะประจำตัว และชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ตรงข้ามกับความตาย คุณภาพชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ที่ดี ความอยู่ดีมีสุข

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 (2525: 29, 187) คำว่า คุณภาพชีวิต ประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของและคำว่า ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น คุณภาพชีวิต จึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

พาดิลลาร์และคณะ (Padilla et al., 1985: 117) กล่าวถึง ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนไปตามภาวะสุขภาพ โดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย ทัศนคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกที่ตนเองได้รับความช่วยเหลือจากสังคม

เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ (2542: 293) กล่าวว่า ลักษณะของคุณภาพชีวิต หมายถึง การดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานที่ได้กำหนดไว้ในสังคมหนึ่ง ๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ

ฟลานาแกน (Flanagan, 1982) คุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิตในเรื่องต่าง ๆ ประกอบด้วย ความสุขสบายในด้านร่างกาย และองค์ประกอบในการดำเนินชีวิต การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การมีกิจกรรมทางสังคม มีการพัฒนาตนเอง และมีความรู้สึกภูมิใจ มีการพักผ่อนหย่อนใจ หรือนันทนาการ ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุดต่อชีวิตของบุคคล และเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลที่ควรได้รับการตอบสนอง

ยังและลองแมน (Young and Longman, 1983 cited in Padilla and Grant, 1985: 46) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิต ว่า เป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน เกิดขึ้นจากการรับรู้ของบุคคลนั้น

ลิว (Liu, 1975: 1 อ้างถึงใน นิสารัตน์ ศิลปเดช, 2540: 63) กล่าวว่า “คุณภาพชีวิต” เป็น ชื่อใหม่ของความคิดเดิม (old notion) ซึ่งถ้าเรียกเป็นชื่อทางด้านจิตวิสัย (subjective) ก็ใช้คำว่า อยู่ดีกินดี มีสุข (well-being) ก็คือการเป็นอยู่ที่ดีของคนและสิ่งแวดล้อมตามสภาพทั่ว ๆ ไป ในด้านส่วนบุคคล คุณภาพชีวิตจะแสดงออกในรูปของความต้องการเมื่อได้รับการตอบสนอง แล้วจะทำให้บุคคลนั้น ๆ มีความสุขหรือความพอใจ

แพทริก (Patrick et al. อ้างถึงใน สมชาย สุขเสรีกุล, 2539: 213) กล่าวว่า ความหมายของคุณภาพชีวิตสะท้อนถึงความรู้ ประสบการณ์และคุณค่าของบุคคล ยิ่งไปกว่านั้น ความสำคัญของคุณภาพชีวิตในด้านหนึ่งๆ สำหรับคนๆ หนึ่งอาจเปลี่ยนแปลงได้ นอกจากนี้ ได้นิยามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ว่าเป็นคุณค่าที่ให้แก่ช่วงเวลาของชีวิตที่เปลี่ยนแปลงเนื่องจากความเจ็บป่วย สภาพการทำงานของร่างกาย ความคิดเห็นและโอกาสทางสังคมที่ได้รับอิทธิพลจากโรค การบาดเจ็บ การรักษาพยาบาล และนโยบายสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (The WHOQOL group, 1994) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ไว้ว่า คุณภาพชีวิต เป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประชากรรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคลภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

องค์การยูเนสโก (UNESCO, 1993) ได้นิยามคำว่า คุณภาพชีวิตไว้ในชุดฝึกอบรมทางการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ระดับความเป็นอยู่ที่ดีของสังคมและระดับความพึงพอใจในความต้องการส่วนหนึ่งของมนุษย์

โอเรม (Orem, 1985: 179) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความผาสุก (well being) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ

ซาน (Zhan, 1992: 797) กล่าวถึง คุณภาพชีวิต คือ ระดับความพึงพอใจ ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล

สรุป จากความหมายต่าง ๆ ดังกล่าวของคุณภาพชีวิต จะเห็นว่า คุณภาพชีวิต เป็นคำที่มีความสลับซับซ้อนและมีความหมายกว้าง การให้ความหมายที่ผ่านมามีออกเป็น 4 ลักษณะ คือ 1. ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของบุคคล 2. ระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุขของบุคคล 3. สภาพทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านอารมณ์ของบุคคล 4. สภาพการดำรงชีวิตที่มีความเพียงพอและไม่มีอันตรายคุกคามต่อชีวิตของบุคคล ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุข และความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม เป็นการประชากรรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยมและเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ, 2540: 5)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต

ประเวศ วะสี (2543: 9-14) อ้างถึงใน สุมาลี สังข์ศรี (2542: 24) สรุปว่า คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกาย จิต สังคม และ ปัญญา ดังนี้

- กาย (Physical) ครอบคลุมการมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มีเศรษฐกิจพอเพียง มีความมั่นคงทางด้านรายได้

- จิตใจ (Mental) มีจิตใจร่าเริงแจ่มใส ไม่ซึมเศร้า มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่อครอบครัว สังคม และมีสติ มีสมาธิ

- สังคม (Social) ผู้สูงอายุควรอยู่ในครอบครัวที่อบอุ่นอยู่ในชุมชนวัฒนธรรมดั้งเดิมของไทย ซึ่งเป็นการเมือง สุขภาพ การมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นยาอายุวัฒนะของผู้สูงอายุ

- ปัญญา (Spiritual) มีการเรียนรู้ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกคน ในการปฏิรูปการศึกษาเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้น มีหลัก 3 ประการ คือ

1) การเรียนรู้สำหรับทุกคน ทุกกลุ่มอายุ (Education for all) เป็นการศึกษาตลอดชีวิต ผู้สูงอายุก็ต้องเรียนรู้ และท่านสามารถสอนด้วย

2) คนทั้งมวลเพื่อการศึกษา (All for Education) การศึกษามีโชอยู่ที่โรงเรียนแต่อยู่ในครอบครัว ชุมชน โรงพยาบาล สื่อมวลชน

3) ปฏิรูปการเรียนรู้ด้วยความสุข มนุษย์มีศักยภาพในการเรียนรู้ การเรียนรู้ที่ดีควรจะมีมีความสุข มีความสนุก

ฟิลเลนบัม (Fillenbum, 1987 อ้างใน สมพร ชัยยุทธ์, 2542: 15-16) กล่าวถึง มิติความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุว่า ควรประกอบไปด้วยปัจจัยหลัก 7 ด้าน และความพึงพอใจในปัจจัยเหล่านั้น คือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน (Activities of Daily Living) ประกอบด้วย

1.1 ความสามารถในการทำกิจกรรมทางกายภาพ (Physical Activities of Daily Living) ได้แก่ ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้ายร่างกาย การแต่งกาย การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม และการอาบน้ำด้วยตนเอง

1.2 ความสามารถในการดำรงอยู่ในชุมชน (Instrumental Activities of Daily Living) ได้แก่ ความสามารถในการจับจ่ายซื้อของ การประกอบอาหารเอง การจัดการเรื่องค่าใช้จ่าย การเดินทางไปในที่ต่าง ๆ และ การทำความสะอาดบ้านด้วยตนเอง

2. ด้านสุขภาพกาย (Physical Health) ประกอบด้วย การรับรู้หน้าที่ ภาวะเจ็บป่วยทางจิต อารมณ์และตัวบ่งชี้การทำหน้าที่ทางจิต

3. ด้านสุขภาพจิต (Mental Health) ประกอบด้วย การรับรู้หน้าที่ ภาวะเจ็บป่วยทางจิต อารมณ์และตัวบ่งชี้การทำหน้าที่ทางจิต

4. ด้านสังคม (Social Resource) ประกอบด้วย ขนาดและความเพียงพอในการได้ติดต่อมีปฏิสัมพันธ์ การได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนและครอบครัว

5. ด้านเศรษฐกิจ (Economic Resource) ประกอบด้วย ความเพียงพอของรายได้ จำนวนเงินที่จำเป็นต้องใช้ในการอยู่อาศัยแต่ละสังคม และสิ่งที่ใช้ในการดำรงชีพได้โดยไม่ต้องใช้เงิน

6. ด้านสภาพแวดล้อม (Environmental Matters) ประกอบด้วย ความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว การจัดบ้านเรือนเป็นระเบียบ เป็นต้น

7. การได้รับการดูแล (Level of Strain on Caregiver) ทั้งจากครอบครัว กลุ่มเพื่อนและชุมชน

เฟอร์รานส์และพาวเวอร์ (Ferrans and Powers, 1985: 15-24) ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้านคือ

1. ด้านสุขภาพและหน้าที่ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ อาการเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อครอบครัว เป็นต้น

2. ด้านเศรษฐกิจสังคม ได้แก่ มาตรฐานการดำรงชีวิต การทำงาน การมีเพื่อน การได้รับ การสนับสนุนทางอารมณ์ เป็นต้น

3. ด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต การเผชิญความเครียด จดมุ่งหมายในชีวิต เป็นต้น

4. ด้านครอบครัว ได้แก่ ความสุขในครอบครัว ความสัมพันธ์กับคู่สมรส เป็นต้น
ลอว์ตัน (Lawton, 1985 อ้างใน สิทธิอาภรณ์ ชวนปี, 2540: 17 และลิลิตญา ลอยลม, 2545: 42) อ้างในสถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2547: 19) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตหรือการมีชีวิตอยู่ที่ดีในผู้สูงอายุและกล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ต้องประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 4 ด้าน คือ

1. การมีความสุขทางด้านจิตใจ (Psychological Well-Being) หมายถึง การที่บุคคลสามารถประเมินได้ว่า ประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมาคุณภาพ โดยประเมินได้จากผลกระทบระดับความสุขที่ได้รับ และความสำเร็จที่ได้บรรลุตามความต้องการหรือเป้าหมายที่ตั้งไว้

2. ความสามารถในการแสดงพฤติกรรม (Behavioral Competence) หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคล ซึ่งรวมการทำหน้าที่ของร่างกาย การมีสุขภาพที่ดี การรับรู้ที่ถูกต้องและการมีพฤติกรรมทางสังคมที่ถูกต้อง

3. การมีสิ่งแวดล้อมของบุคคลที่ดี (Objective Environment) หมายถึง การมีสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ดี สิ่งแวดล้อมดังกล่าว ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ลักษณะภูมิอากาศ ภูมิประเทศ และที่อยู่อาศัย

3.2 บุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน

3.3 บุคคลอื่นทั่วไปที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

3.4 สถานภาพทางสังคม อายุ เชื้อชาติ และเศรษฐกิจ

3.5 สภาพสังคมและวัฒนธรรมภายในชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่

4. การรับรู้คุณภาพชีวิต (Perceived Quality of life) หมายถึง การที่บุคคลมีการประเมินตนเองเกี่ยวกับความผาสุกทางด้านจิตใจ ความสามารถในการทำหน้าที่ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อบุคคลที่ได้กล่าวมา

ลิว (Liu, 1975: 1) กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า มี 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านจิตวิสัย ซึ่งเป็นเรื่องของอารมณ์ ความรู้สึกของบุคคล อันได้แก่ความเชื่อ ค่านิยม และความรู้สึกนึกคิดของบุคคล เป็นต้น และ องค์ประกอบด้านวัตถุวิสัย ได้แก่ ปัจจัยหรือสภาพแวดล้อมของบุคคล เช่น ด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และสิ่งแวดล้อม

ซาน (Zhan, 1992: 795 - 800) ได้ศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตอย่างกว้างขวาง สรุปว่าคุณภาพชีวิตไม่สามารถวัดได้ด้วยการประเมินด้านวัตถุวิสัยหรือด้านจิตวิสัยเพียงด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น ซานจึงเสนอองค์ประกอบที่สำคัญที่จะนำมาใช้เป็นแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยไว้ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพเป็นประสบการณ์ในชีวิตของบุคคล เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้ทั้งเชิงวัตถุวิสัยและ จิตวิสัย การวัดภาวะสุขภาพและการทำงานของร่างกายไม่เพียงแต่เป็นการวัดอาการแสดงทางคลินิกเท่านั้น แต่ยังต้องวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและสังคมด้วย

พาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) เป็นบุคคลหนึ่งที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดโคลอสโตมี้ (Colostomy surgery) และสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) ได้ศึกษาคุณภาพของผู้ป่วยมะเร็งคอและศีรษะที่ได้รับรังสีรักษา ได้สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตว่า ควรประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ความผาสุกทางร่างกาย (Physical well-being) ความผาสุกทางจิตใจ (Psychological well-being) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ (Body image concern) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม (Social concern) การวินิจฉัยและการรักษาทางศัลยกรรม (Diagnosis and treatment related to surgery) และการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ (Diagnosis and treatment to nutrition)

ฟลานาแกน (Flanagan, 1982 อ้างถึงใน เตือนใจ เห่งจิ้น, 2542: 18) กล่าวถึง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกายและองค์ประกอบทางด้านวัตถุที่สำคัญในการดำเนินชีวิต (Physical and material well-being), ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Relations with other people), การมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคม (Social, community and civic

activity), การพัฒนาตนเองและประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ (Personal development and fulfillment) และ การสันทนาการ (Recreation)

องค์การอนามัยโลก ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่า ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ ด้านร่างกาย จิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และ ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (WHOQOL Group, 1994 อ้างใน กรมสุขภาพจิต 2546: 9) ต่อมาในปี ค.ศ. 1996 ทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ได้จัดองค์ประกอบใหม่ โดยรวมองค์ประกอบบางด้านเข้าไว้ด้วยกัน คือ ด้านร่างกายกับด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล และด้านจิตใจกับด้านความเชื่อส่วนบุคคล จึงเหลือ 4 องค์ประกอบ ดังนี้ (WHOQOL Group, 1996 อ้างใน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546: 9)

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกาย การรักษาทางการแพทย์ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับพักผ่อน การรับรู้ถึงความสะดวกสบายของรถ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การทำงาน ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีผลต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียด ความกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค

3. ด้านสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้ความสัมพันธ์ของตนเอง กับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่ามีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและความมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และบริการทางสังคม การรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลว่าง เป็นต้น

สรุปได้ว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่กล่าวมา ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมรวมถึงเศรษฐกิจ และ ด้านสิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยมและเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ซึ่งครอบคลุมความต้องการของมนุษย์และสามารถประเมินได้ทั้งในด้านจิตวิสัยและด้านวัตถุวิสัย จากองค์ประกอบดังกล่าว สามารถบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตหรือการวัดระดับของคุณภาพชีวิต จะมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับแนวคิด และวัตถุประสงค์ในการศึกษา การประเมินคุณภาพชีวิตสามารถประเมินได้ดังนี้

สตรอมเบอร์ก (Stromberg, 1984: 88-91 อ้างใน วิภาดา มหรัตน์วิโรจน์, 2542: 32-33) ได้ให้แนวคิดในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 3 ลักษณะ คือ

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยเป็นปริมาณ (Objective scale yielding quantitative) เป็นการประเมินผู้ป่วยโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ หรือนุเคราะห์อื่นๆ ในทีมสุขภาพ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน
2. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Subjective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตนเอง ตามความหมาย หรือประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละคน เช่น ความพึงพอใจในความสุขในชีวิตที่ตนเองได้รับ โดยให้เป็นคะแนน
3. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ (Subjective scale yielding qualitative) เป็นการประเมินในลักษณะบรรยายและบอกสภาพถึงสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ ตามความคิดเห็น หรือการรับรู้ของแต่ละบุคคล

ยูเนสโก (UNESCO อ้างใน พรเทพและคณะ, 2546: 12) ให้เกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้าน คือ

1. เชิงวัตถุวิสัย (Objective) เป็นการประเมินด้านวัตถุวิสัย วัดโดยอาศัยข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็น สามารถนับหรือวัดได้ เช่น ข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม
2. เชิงจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยสอบถามความรู้สึกและเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต

ฟลินน์และฟรานซ์ (Flynn & Frantz, 1987: 159) เสนอ 2 หลักใหญ่ ๆ ดังนี้

1. ประเมินในเชิงวัตถุวิสัย (Objective approach) แสดงถึงสภาวะทางกายภาพ ลักษณะเหตุการณ์ พฤติกรรมหรือลักษณะของบุคคล ซึ่งตัดสินโดยบุคคลอื่นหรือด้วยตนเองจากข้อมูลที่เป็นจริง เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา หน้าที่การงาน เป็นต้น

2. ประเมินในเชิงจิตวิสัย (Subjective approach) แสดงถึงการตัดสินด้วยตนเองจากกรอบการรับรู้ หรือประสบการณ์ที่ผ่าน ๆ มาของตนเอง เช่น ความปรารถนา ความพึงพอใจในชีวิต เป็นต้น

สุพัฒน์ วาณิชการ และคณะ (2540) สร้างแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคไตวายเรื้อรัง โดยการรวบรวมปัญหาของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จากพยาบาลและแพทย์ รวมทั้งเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังของชาวต่างประเทศ แล้วนำข้อมูลมาสร้างแบบสอบถามผู้ป่วยเพื่อพิจารณาผลกระทบของปัญหา และวิเคราะห์จัดกลุ่มปัญหาเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งมี 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ได้แก่ แขนขาไม่มีแรง คับหรือผิวหนังแห้ง นอนไม่หลับ ความสัมพันธ์ทางเพศลดลง คลื่นไส้อาเจียนหรือเบื่ออาหาร ปวดตามข้อและกระดูก ปวดศีรษะ บวม แน่นท้อง ตะคริว ชาที่ปลายมือปลายเท้า

2. ด้านความเหนื่อยล้า ได้แก่ เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย สมรรถภาพในการทำงานลดลง

3. ด้านจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกสวयงามของร่างกายลดลง วิตกกังวลต่ออาการของตนเอง ซึมลง

4. ด้านการติดต่อสัมพันธ์กันในสังคม ได้แก่ มีปัญหาในการเดินทางมาฟอกเลือด มีความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว

5. ปัญหาด้านอารมณ์ ได้แก่ ความคิดฆ่าตัวตาย ท้อแท้ หงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี เครียด

สรุปได้ว่า การประเมินคุณภาพชีวิต แบ่งออกเป็น 2 ด้านคือ การประเมินคุณภาพชีวิตในเชิงวัตถุวิสัย (Objective) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพของบุคคลที่สามารถมองเห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน ได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย รายได้ สุขภาพ สิ่งแวดล้อม เป็นต้น และการประเมินคุณภาพชีวิตในชีวิตเชิงจิตวิสัย (Subjective) เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับด้านจิตใจและเป็นประสบการณ์ตรงของบุคคลที่เป็นสิ่งนามธรรม ได้แก่ ความพึงพอใจ ความสุข อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด คุณธรรม ความพึงพอใจในชีวิต เป็นต้น

นอกจากนี้แฟรงค์และสตรอมเบอร์ก (Frank-Stromberg, 1984 อ้างใน ภันหา ปานสมุทร, 2547) ได้เสนอว่าการประเมินคุณภาพชีวิตยังแบ่งตามเนื้อหา โดยแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. การประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (General measure of quality of life) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตแบบกว้างๆ ของการทำหน้าที่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และอาการทั่วไป ข้อดี คือ สามารถใช้ได้กับทุกโรค และนำข้อมูลคุณภาพชีวิตมาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มของผู้ป่วย ซึ่งเป็นโรคที่แตกต่างกันได้ ข้อด้อยคือ เป็นการประเมินทั่วไป ไม่สามารถค้นพบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละโรคได้ ไม่สามารถบอกถึงรายละเอียดปลีกย่อยของแต่ละโรคหรือการรักษาได้ ตัวอย่างเครื่องมือประเภทนี้ เช่น Sickness Impact Profile, Quality of Well-being, Rand SF-36 Health Status Profile Scale, Short Form 36 (MOS-SF-36) และ Nottingham Health Profile (NHP), WHOQOL-100, WHOQOL-BRIEF เป็นต้น

2. การประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะโรค (Disease specific measure of quality of life) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเฉพาะโรค เฉพาะกลุ่ม เฉพาะอาการ เพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลงและการตอบสนองต่อการปฏิบัติ (Intervention) ข้อดีของการประเมิน คือ สามารถประเมินได้เฉพาะเจาะจง และมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคในระยะต่างๆ ส่วนข้อด้อยคือ ไม่สามารถนำไปเปรียบเทียบกันได้ในปัญหาเกี่ยวกับโรค กลุ่มของผู้ป่วย หรือมีอาการที่แตกต่างกัน ตัวอย่างเครื่องมือประเภทนี้ เช่น The National Eye Institute-Refractive Error Quality of life survey (NEI-RQL), The National eye institute vision functioning Questionnaire (NEI-VFQ-25) The visual function-14 (VF-14), The visual function-7 (VF-7), The cataract symptom scale. (CSS) (Crabtree et al., 1999: 519-523; Uusitalo et al., 1999: 989-994; Riusala, et al.2003: 206-212)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพิจารณาใช้ดัชนีคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป คือ แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life BREF THAI) ซึ่งเป็นการวัดที่ครอบคลุมและมีความสำคัญในทางสุขภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อใช้เป็นการวัดผลของการบริการด้านสุขภาพในลักษณะกว้าง ๆ เท่าที่เป็นไปได้ โดยมีได้คาดหวังที่จะเป็นวิธีการวัดรายละเอียดเกี่ยวกับอาการของโรค หรือสภาพต่าง ๆ แต่ถือเป็นแบบวัดที่ใช้ในการประเมินผลวิธีการรักษาแบบองค์รวมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2540)

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย

องค์การอนามัยโลก ในฐานะที่เป็นองค์การที่หน้าที่โดยตรงในการพัฒนาความเป็นอยู่ของประชาชนทั่วโลกและทำงานเกี่ยวกับเครื่องชี้วัดสุขภาพมาโดยตลอด ตั้งแต่ให้คำจำกัดความที่เป็นสากลของคำว่า “สุขภาพ” คือ สภาวะของความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ลักษณะเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย

เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่า คุณภาพชีวิต มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อม เพราะวามนิยมของคุณภาพชีวิต จะเน้นไปที่การรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบ ไม่ได้คาดหวังที่จะเป็นวิธีการที่จะวัดในรายละเอียดของอาการโรค หรือสภาพต่าง ๆ ช่วยให้ทราบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเพียงใดจากที่มีอยู่ ซึ่งถือได้ว่าเป็นการประเมินผลของโรคและวิธีการรักษา ที่มีต่อคุณภาพชีวิต

เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ว่า ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรง การรับรู้ความรู้สึกสุขสบาย ไม่มี ความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถ ที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึง ผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับพักผ่อน ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการ พยาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีผลต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการ จัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มี ผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้

เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และความมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงินสถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือการฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพิจารณาใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life BREF THAI) มาใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุก่อนกับหลังผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม เนื่องจากการวัดที่มีความตรงตามโครงสร้างและเนื้อหา มีความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ และมีเนื้อหาที่ครอบคลุม ตรงตามแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต จึงมีความเหมาะสมที่จะได้ข้อมูล เพื่อนำไปใช้ในการนำไปพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นต่อกระดูกและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดระยะเวลาของการดูแลรักษา

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

กาบีเชสต์ เลออน การ์เซีย คาบอลลีโร และมอเรนต์ เมเทส (Cabezas-León M, García-Caballero J & Morente-Matas P, 2551) ได้ประเมินระดับสายตาและการพัฒนาคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดต่อกระดูก โดยศึกษาในผู้ที่มีอายุระหว่าง 46-92 ปี ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 150 ราย โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตของ The Short-form-36-Health Survey (SF-36) และการวัดระดับสายตาโดยใช้แบบตัวหนังสือที่ใช้ทดสอบสายตา (Snellen optotype) พบว่า การผ่าตัดต่อกระดูกโดยใช้อัลตราซาวด์สลายต่อกระดูกมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านร่างกาย บทบาทหน้าที่ที่ถูกจำกัดจากปัญหาสุขภาพ เนื่องจากระดับสายตาที่ดีขึ้นหลังการผ่าตัด การใช้เครื่องมือแบบเฉพาะโรค The Short-form-36-Health Survey (SF-36) ควรจะใช้วัดผลในการปฏิบัติทางคลินิกหลังผ่าตัดต่อกระดูก

กลีเมนต์ แซน และคณะ (2546) ได้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อกระดูกในฮ่องกง โดยใช้แบบสอบถาม ที่ได้มีการปรับให้ให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมในฮ่องกง ประกอบด้วย 20 คำถาม แบ่งออกเป็น 4 ประเด็น ได้แก่ ระดับการมองเห็น การมองเห็นในระยะใกล้ หน้าที่ทางสังคม และอาการที่สัมพันธ์กับโรคต่อกระดูก พบว่า ระดับสายตา มีความสัมพันธ์กับ

คุณภาพชีวิต โดยระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีระดับการมองเห็นที่ไม่ดี มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลง และในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีระดับการมองเห็นที่ดี มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการใส่เลนส์แก้วตาเทียม ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ปัจจัยเกี่ยวกับเพศและอายุไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

มิงกวง ฮีและแอลเวิน (He M. & Ellwein L., 2542; 1609-15) ได้ศึกษาของประสิทธิผลของการผ่าตัดต้อกระจก และคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย จำนวน 5,342 คน ในชนบททางตอนใต้ของประเทศจีน โดยใช้ E chart และใช้แบบสอบถามหน้าที่การมองเห็น (Visual function) และคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ของโรงพยาบาลอรวินด์ (Aravind) พบว่า หน้าที่การมองเห็นและคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับระดับสายตาที่วัดได้ และหลังผ่าตัดต้อกระจก ปัจจัยที่มีผลให้หน้าที่การมองเห็นและคุณภาพชีวิตลดลง ได้แก่ อายุและการไม่มีความรู้หรือการไร้การศึกษา

เลโทโนวิกและคณะ (Latonovic S. et al., 2550) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมองเห็นกับคุณภาพชีวิต: กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นต้อกระจก โดยใช้การประเมินคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของ Vision Quality of Life (VisQoL) พบว่า ร้อยละ 96 ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจกที่มีการมองเห็นที่ดี ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากร้อยละ 59.3 เป็นร้อยละ 95.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนใหญ่มีการใส่เลนส์แก้วตาเทียมแทนที่ ทำให้มีการมองเห็นที่ดี

วิไลวรรณ แสนโฮม (2551: 1-15) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ในเดือนมกราคม 2549 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 43 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ได้หาความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบแต่ละด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ องค์ประกอบด้านจิตใจ และน้อยที่สุด คือ องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม อย่างไรก็ตาม องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคมพบว่า อยู่ในระดับดีในกลุ่มพระภิกษุ และอยู่ในระดับต่ำในกลุ่มผู้ไม่มีรายได้ อาชีพทำนา และแม่บ้าน

สุรัชชัย จิตตะพันธ์กุล และคณะ (2545: 1-4) อ้างในสถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2547: 9) ได้ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ผลการประชุมที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา รายได้ การมีอาชีพก่อนอายุ 60 ปี การมีอาชีพในปัจจุบัน เพศ สถานภาพทางสังคม บุตร

หลานที่ให้ความช่วยเหลือและสภาพอารมณ์ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่ทำงานหรือมีงานรับผิดชอบจะมีอัตราการตายต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีงานรับผิดชอบ

ฉลาด แสงอาทิตย์ (2546) ศึกษาเกี่ยวกับความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด โดยศึกษาในกลุ่มสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกและได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตตามกรอบของเฟอรัรานส์ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค และความเข้มแข็งอดทน

จิรนุช สมโชค (2540) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 120 คน โดยใช้กรอบแนวคิดของชาน พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและรายได้ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรคของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ทองคุณ ชูบัวภา (2551) ได้ศึกษาการเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจะระยะก่อนและภายหลังผ่าตัด ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 97 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตที่สร้างโดยชานและคณะ (Chan et al., 2003) จำแนกเป็นโดยรวมและรายด้าน ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน คือ การมองเห็นระยะไกล การมองเห็นระยะใกล้ ด้านการทำหน้าที่และบทบาทในสังคม ด้านความไม่สุขสบายจากอาการของต่อกระจะด้านอารมณ์และจิตใจ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมระยะก่อนผ่าตัด มีคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านบทบาทและหน้าที่ในสังคม มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง และภายหลังผ่าตัดต่อกระจะ พบว่ามีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นในระดับสูง

ชยันต์ธร ปุทมานนท์ และคณะ (2544) ได้ศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย และคุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปจากการป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและหลอดเลือดหัวใจตีบ จำนวน 250 คน โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับรายได้ของตนเอง ระดับรายได้ของครอบครัว แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้ และการได้รับการดูแล ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย

ทิพรัตน์ สุทธิพงศ์ และพรสุวรรณ จารุพันธ์ (2544) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยบางประการกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท ศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่ดัดแปลงมาจากแนวคิดของ

เบอฮอร์น และคณะ ส่วนแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมดัดแปลงมาจากเฮาส์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว และปัญหาสุขภาพ ปัจจัยที่ร่วมทำนายคุณภาพชีวิต ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษา สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 39.5

นันทกา ภูักันพันธ์ (2544) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่รักษาด้วยรังสีรักษา พบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อุมาพร ห่านรุ่งชโรทร (2544) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย 140 คน โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวาน (DQOL) พัฒนาโดย The Diabetes Control and Complication Trial Research Group (the DQOL Research Group) ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน และความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ รายได้ จำนวนความเจ็บป่วยเรื้อรัง การมีอาการเบาหวานเกิดขึ้น และการมีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน

วาสนา เกื่อนวงษ์ (2540) ได้ศึกษา พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ซึ่งได้รับสารอาหารครบ 5 หมู่ มีการขับถ่ายปกติ มีการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน มีการเข้าร่วมกิจกรรมสังคมเป็นประจำ แต่ไม่นิยมเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุ และไม่นิยมออกกำลังกาย นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนน้อยที่ตรวจสุขภาพประจำปีและสูบบุหรี่เป็นประจำ เมื่อผู้สูงอายุเหงา จะพูดคุยกับคนรอบข้าง เมื่อเจ็บป่วยรุนแรงจะรับการรักษาจากแพทย์ จากการศึกษาปัจจัยพื้นฐาน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และเขตที่อยู่อาศัย คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง พบว่า สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัวและเขตที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต แต่เพศไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต

สายฝน จับใจ (2540) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจำนวน 120 คน ตามกรอบแนวคิดของชาน พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบโดยรวมด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตรานอนหลับ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายอยู่ในระดับดี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ อายุและสถานภาพสมรส ระยะเวลาในการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษาและรายได้ ปัจจัยร่วมทำนายคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย รายได้ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ ร้อยละ 55.35

สมสุข สิงห์ปัญจัน (2540) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่มามีชีวิตตามรับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูงจำนวน 230 ราย พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับดี ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศ และอายุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยและแบบแผนการดำเนินชีวิต จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการเจ็บป่วย สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ ร้อยละ 23.54

มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ (2541) ได้ศึกษา ครอบครัวและผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีกรุงเทพมหานคร และจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ผู้สูงอายุในสัดส่วนสูงไม่ทราบถึงบริการที่มีให้กับผู้สูงอายุในชุมชน และส่วนใหญ่ต้องการบริการด้านสุขภาพ บุคคลที่เป็นหลักในการผู้ดูแลผู้สูงอายุในชนบทมักเป็นหลาน บทบาทของผู้ดูแลนั้น คือ การช่วยผู้สูงอายุเตรียมและทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน พาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ จะเพิ่มมากขึ้นเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันมากขึ้น ผลการศึกษาแสดงชัดเจนว่า ครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวเป็นหลักในการดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุ ส่วนความช่วยเหลือที่ผู้ดูแลคาดหวังจากรัฐบาลก็คือ ควรช่วยด้านค่าใช้จ่ายรายเดือนแก่บุตร หรือครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต้องการบริการทางการแพทย์โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

วันทนี จำเพ็ง (2540) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนบท โดยศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชนบทจังหวัดนครราชสีมาจำนวน 262 คน โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่สร้างขึ้นจากแนวคิดความผาสุกในผู้สูงอายุของฟิลแลนบัม พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การดำเนินกิจกรรมของผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน ปัจจัยที่สามารถร่วมกัน

ทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ การดำเนินกิจกรรมของผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และรายได้ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 29.84

กอบกุล สุดสวาสดิ์ (2541) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการผันแปรของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว การทำงานเชิงเศรษฐกิจในปัจจุบัน ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน การมีบ้านพักอาศัยเป็นของตนเอง ระดับการศึกษา การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรม และการมีงานอดิเรก ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว และผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนอยู่ในระดับสูง เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ

ปราณี กาญจนวรงค์ (2540) ได้ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโรคข้อเสื่อม โดยใช้กรอบแนวคิดของชาน (Zhan) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรค ส่วนเพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

พัชนี นักรา (2542) ได้ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย จำนวน 250 ราย โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านร่างกาย ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ คะแนนกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน รายได้ ครอบครัวเฉลี่ย ความเพียงพอของรายได้ และสถานภาพสมรส

กัทลียา อุดิและณัฐนิช จันทจิร โกวิท (2550) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อหุ้มช่องท้องต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการขจัดของเสียทางเยื่อหุ้มช่องท้องต่อเนื่องมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน ที่มาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคไตแผนกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 57 ราย จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของอีเวอร์และคณะกับแบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ดัชนีคุณภาพชีวิตของพาดิลาและแกรนท์ ซึ่งสมจิต หนูเจริญกุล ได้แปลเป็นภาษาไทย และดัดแปลงข้อคำถามเล็กน้อย ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเองค่อนข้างสูง มีคุณภาพชีวิตปานกลาง คุณภาพชีวิตหลังการรักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อหุ้มช่องท้องต่อเนื่องดีกว่าก่อนการรักษา สำหรับความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.38, p < 0.01$) เมื่อพิจารณาปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต พบว่า ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง ($r = 0.27, p < 0.05$) ในขณะที่อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -0.25, p < 0.05$) แต่สถานภาพสมรสและอัตราการคิดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.28, p < 0.05$)

สุวัฒน์ มหัตถ์รัตนกุล, ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และวนิดา พุ่มไพศาลชัย (2543: 110-111) ได้ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตคนไทยในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ เพื่อสำรวจระดับคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพจิตในด้านภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความคิดอยากฆ่าตัวตายและคิดฆ่าผู้อื่น รวมทั้งปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต จำนวน 7,789 ราย ได้จากการสุ่มแบบกลุ่มหลายขั้นตอนจากทั่วประเทศ ยกเว้นกรุงเทพฯ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ แบบวัดความเครียดของสวนปรงชุด 20 ข้อ แบบวัดภาวะซึมเศร้า (BECK) และแบบทดสอบความคิดอยากฆ่าตัวตายและคิดฆ่าผู้อื่นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมกราคม-มีนาคม 2540 ผลการวิจัย พบว่า ผลกระทบจากภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง (78.3%) รองลงมามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี (20.5%) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจจะอยู่ในระดับดีมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านสุขภาพร่างกาย ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมจะอยู่ในระดับที่ไม่ดีมากที่สุด ปัจจัยที่มีผลต่อการมีคุณภาพชีวิตในระดับที่ดีคือ เพศชาย วิทยุติดสถานภาพสมรสโสดหรือแต่งงานแล้ว การศึกษาในระดับสูง จำนวนบุตรน้อย อาชีพธุรกิจส่วนตัว รายได้สูง การมีบ้านหรือที่ดินเป็นของตนเอง สถานะทางการเงินที่พอกินพอใช้ ครอบครัวที่รักใคร่กันดี สมาชิกในครอบครัว ไม่มีปัญหาทางจิต แต่การได้รับผลกระทบจากภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจยังไม่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิต

สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (2550) ได้จัดทำโครงการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของคนไทย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 4,500 คน จากประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่เป็นตัวอย่างใน 4 ภาค กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ในช่วงเดือนมีนาคม - เมษายน 2550 พบว่า คุณภาพชีวิตของคนไทยที่ได้จากการประเมินจากมาตรวัด มีดังนี้ คุณภาพชีวิตด้านการทำงานตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับความพึงพอใจมาก คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและความเครียดอยู่ในระดับไม่ดี โดยตัวอย่างกว่าร้อยละ 30 ที่เคยเจ็บป่วยเข้าโรงพยาบาล และมีอาการผิดปกติที่แสดงถึงความเครียดกว่าร้อยละ 20 ในแต่ละภาค คุณภาพชีวิตด้านชีวิตความเป็นอยู่ในปัจจุบัน ตัวอย่างร้อยละ 31.1 เห็นว่าดีกว่า 5 ปีที่แล้ว ร้อยละ 17.0 เห็นว่าเลวลงที่เหลือเห็นว่าเหมือนเดิม สรุปคุณภาพชีวิตของคนไทยในทุก ๆ ภาค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีและมีความใกล้เคียงกัน ยกเว้นคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมที่ตัวอย่างใน

ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้อยู่ในระดับดีกว่าตัวอย่างในภาคกลางและกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

เพ็ญศรี รักษ์วงศ์ ศิริพร จิรวัดนกุล และมิลิกา มาร์โควิก (2550) ได้ศึกษาการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้หญิงพิการวัยกลางคนชาวอิสานในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย: มุมมองจากแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ในผู้หญิงพิการวัยกลางคนอายุระหว่าง 40-60 ปี จำนวน 32 คน จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นเก็บข้อมูลด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย ดัชนีบาร์เทิลเอดีแอลฉบับดัดแปลงดัชนีจุฬาเอดีแอลและแบบประเมินอาการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ผลการศึกษา พบว่าคะแนนการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมประเมินจากแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทยอยู่ในระดับปานกลาง มีอาการทางกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ($r_s = 0.4848$, $p = 0.0048$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ($r_s = 0.5963$, $p = 0.0005$) และความสมดุลของรายได้ ($r_s = 0.4124$, $p = 0.0150$) ส่วนสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่พิการ ระดับความพิการ ปัญหาสุขภาพ และอาการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนไม่มีความสัมพันธ์กัน ผลการศึกษาได้ชี้ให้เห็นว่าการมีชีวิตอยู่ได้อย่างอิสระ และความเพียงพอทางการเงินเป็นปัจจัยสำคัญของคุณภาพชีวิตผู้หญิงพิการวัยกลางคน

ชนนาค สุ่มเงิน (2543) ได้ศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำนวน 180 รายที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลรัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความหวัง และแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก พบว่า ความหวัง การมีรายได้เพียงพอ เพศ และ สถานภาพสมรส หย่าหรือแยกกันอยู่ เป็นปัจจัยที่ร่วมกันทำนายความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ ร้อยละ 47 ($r^2 = 0.47$, $p < 0.05$) โดยความหวัง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งในการมองโลกสูงสุด และจากการศึกษา ความหวัง การมีรายได้เพียงพอ และเพศชาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งในการมองโลก ในขณะที่ สถานภาพสมรสหย่าหรือแยกกันอยู่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งในการมองโลก

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

ปัจจัยด้านประชากร

ปัจจัยด้านประชากร เป็นข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องราวของบุคคล ณ เวลาใด เวลาหนึ่ง เป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคล ซึ่งถือเป็นตัวแปรสำคัญที่กำหนดพฤติกรรม การดำเนินชีวิตของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุ ดังนี้

เพศ

เพศ เป็นตัวกำหนดบทบาท บุคลิกภาพของบุคคลในสังคม เป็นสิ่งที่แสดงถึงค่านิยมของบุคคล พลังอำนาจ และความสามารถตามธรรมชาติของมนุษย์ตามปัจจัยกรรมพันธุ์ (Orem, 1980) ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน จะมีรูปแบบในการดูแลตนเองแตกต่างกัน (Shank & Lough, 1985) ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุในสังคมไทยสมัยก่อนมีค่านิยมให้เกียรติเพศชาย เป็นหัวหน้าครอบครัว (อานนท์ อาภาภิรม, 2515 อ้างในวรรณ กุมารจันทร์, 2543: 18) มีบทบาทในการหาเลี้ยงครอบครัวโดยการประกอบอาชีพต่าง ๆ ในขณะที่เพศหญิงถูกกำหนดบทบาทเป็นแม่บ้าน ต้องดูแลเกี่ยวกับการประกอบอาหารเลี้ยงครอบครัว ดังนั้น การตัดสินใจจึงขึ้นอยู่กับหัวหน้าครอบครัว นอกจากนี้ลักษณะทางสรีระของเพศชายและลักษณะทางสรีระของเพศชายและลักษณะงานอาชีพ จะบ่งบอกถึงความสามารถด้านร่างกายมากกว่าเพศหญิง ทำให้เพศหญิงรู้สึกว่าเป็นเพศอ่อนแอ ทำให้เพศหญิงมีระดับการพึ่งพาผู้อื่น และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันมากกว่าเพศชาย (Hanlon & Pickett, 1984: 4 อ้างในปราณี กาญจนวงศ์, 2539: 35) เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต จากการที่เพศชายได้รับการยกย่องจากสังคมทำให้เพศชาย เกิดความรู้สึกมีคุณค่า จึงเกิดความพึงพอใจและมีผลถึงคุณภาพชีวิตในทางบวก

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเพศ

กัลยาณี ทองสว่าง (2546) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครขอนแก่น พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

สายฝน จับใจ (2540) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าเพศ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และเป็นปัจจัยร่วมทำนายคุณภาพชีวิต สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้

สมพร ชัยอุทัย (2542) ศึกษา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า เพศเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

กอบกุล สุดสวาสดิ์ (2541) ศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา พบว่า เพศเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการผันแปรของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

วรรณ กุมารจันทร์ (2543) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน เปรียบเทียบระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทและหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเพศ อายุ ศาสนา รายได้ของครอบครัว และลักษณะการอยู่อาศัยของครอบครัว พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ และรายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ โดยเฉพาะเพศชายจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศหญิงและผู้มีอายุมากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

ปราณี กาญจนวรวงศ์ (2540) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโรคข้อเสื่อม โดยใช้กรอบแนวคิดของซาน (Zhan) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

อายุ

อายุ เป็นการบ่งชี้ถึงวัยของแต่ละบุคคล ซึ่งมีความสำคัญกับประสบการณ์ในอดีต ทั้งส่งผลต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (Board 1980 cited in Yurick, et al. 1984: 35 อ้างในวรรณ กุมารจันทร์, 2543: 19) รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของช่วงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้น (Hanlon & Pickette, 1984: 433-434) ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวหรือสังคม ย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่ำลงได้

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอายุ

วิภาดา มหรัตน์วิโรจน์ (2542) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดและวิธีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาต่อเนื่อง พบว่า ตัวแปรเกี่ยวกับอายุมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต

สมพร ชัยยุทธ์ (2542) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

กอบกุล สุดสวัสดิ์ (2541) ศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการผันแปรของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ปราณี กาญจนวรวงศ์ (2540) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโรคข้อเสื่อม โดยใช้กรอบแนวคิดของซาน(Zhan) พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิศิษฐ์ ฉวีพจน์กำจรและคณะ (2545: 109) ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีประวัติการสูบบุหรี่ โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

ศาสนา

ศาสนา นับเป็นเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญยิ่ง เนื่องจากเป็นศูนย์รวมกิจกรรมทางสังคมของคนในชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ (Siriwan Siriboon, 1999 อ้างถึงในมาลินี วงษ์สิทธิ์และศิริวรรณ ศิริ, 2544: 45) และยังมีบทบาทในการเกื้อหนุนทางด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุ ทำให้ได้รับความสงบและความผาสุกทางด้านจิตใจจากหลักธรรมคำสอนทางศาสนา และยังได้พบปะกับบุคคลอื่นในสังคมและได้ “ชีวิตทางสังคม” จากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นด้วย (ศิริวรรณ ศิริ, 2538 อ้างถึงในมาลินี วงษ์สิทธิ์และศิริวรรณ ศิริ, 2544: 45) จากทฤษฎีกิจกรรมเชื่อว่าผู้ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้มาก ย่อมมีโอกาสพบปะเพื่อนฝูงวัยเดียวกันและมองเห็นโลกกว้างขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาเหงาหรือเศร้าซึม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตสูง และคุณภาพชีวิตสูงตามไปด้วย (Berghorn et al., 1981 อ้างถึงในกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546: 17)

ความหมายของศาสนา

เทเลอร์ (E.B. Tabor) อ้างในฉัตรสุมาลย์ กบิลสิงห์ (2518: 1) ได้ให้คำจำกัดความสั้น ๆ ว่า ศาสนา คือ ความเชื่อในเรื่องจิตวิญญาณ

เจม เฟรเซอร์ (Jame Frazer) อ้างในฉัตรสุมาลย์ กบิลสิงห์ (2518: 1) ได้อธิบายว่า ศาสนาเป็นเรื่องความเชื่อในอำนาจที่ยิ่งใหญ่กว่ามนุษย์ และเป็นความพยายามของมนุษย์ในการที่จะสร้างสัมพันธภาพ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (หน้า 1,100) ระบุว่า ศาสนา หมายถึง ลัทธิความเชื่อของมนุษย์อันมีหลัก คือ แสดงถึงกำเนิดและความสิ้นสุดของโลก เป็นต้น แสดงหลักธรรมคำสอนเกี่ยวกับบุญบาปอันเป็นไปในฝ่ายศีลธรรมประการหนึ่ง รวมถึงลัทธิพิธีที่กระทำตามความเห็นหรือตามคำสั่งสอนในความเชื่ออื่น ๆ

กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข (2548: 16) ได้ให้ความหมายศาสนาในโครงการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บในประเทศไทย คำว่า ศาสนา หมายถึง ปรัชญาแนวคิดหรือหลักการความเชื่อที่บุคคลถือปฏิบัติหรือยึดเป็นแนวทางในการดำรงชีวิต สำหรับประเทศไทย ศาสนาหลักที่สำคัญ ได้แก่ พุทธ คริสต์ อิสลาม และ ฮินดู

จากการทบทวนนิยามของศาสนา ผู้วิจัยจึงให้ความหมายของศาสนาในการวิจัยครั้งนี้ว่า หมายถึง ความเชื่อที่ผู้ป่วยแสดงออกโดยการประกาศตนว่านับถือในสิ่งนั้น

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับศาสนา

ภมรินทร์ เชาวน์จินดา (2542) ได้ศึกษา ลักษณะทางพุทธศาสนาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ที่มีอายุระหว่าง 61-76 ปี จำนวน 247 คน

เกษียณอายุราชการแล้วอย่างน้อย 1 ปี ผลการวิจัยที่สำคัญมี 4 ประการ ดังนี้ ประการแรก ผู้สูงอายุที่ปฏิบัติทางพุทธศาสนามาก มีคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว ด้านสุขภาพ และด้านสังคมสูงกว่าผู้ที่ปฏิบัติทางพุทธศาสนา น้อย ประการที่สอง ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีเพื่อนมาก มีคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว ด้านสุขภาพ และด้านสังคม สูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีเพื่อน น้อย ประการที่สาม ในกลุ่มผู้สูงอายุโดยรวม พบว่า การปฏิบัติทางพุทธศาสนา สามารถทำนาย ปริมาณความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสังคมได้ 40.3% ประการสุดท้าย ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตด้านใดด้านหนึ่งใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ สูงเพียงด้านเดียว ก็สามารถที่จะเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสังคมสูงได้ จากผลการวิจัยดังกล่าวมีข้อเสนอแนะให้พัฒนาคุณภาพชีวิตด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน คือ ด้านครอบครัว ด้านสุขภาพ และหรือด้านเศรษฐกิจ

อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2543) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพ ในครอบครัว ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติธรรม กับ ความ ผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 60 - 70 ปี จำนวน 382 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวม ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่บ้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่ศึกษา มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ใน ระดับสูง สัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพ และการปฏิบัติธรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 และสามารถร่วมกันทำนาย ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ได้ตามลำดับคือ สัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะ สุขภาพและการปฏิบัติธรรม โดยปัจจัย 3 ด้าน สามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 58

สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในแง่ ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสอยู่ด้วย จะทำให้ผู้สูงอายุมีคู่คิด มีเพื่อนแท้ที่คบได้อย่างสนิทใจ ไม่รู้สึกเหงา หรือโดดเดี่ยว นอกจากนี้คู่สมรสจะเป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือ ปลอดภัย ให้กำลังใจ ให้ คำปรึกษา ก่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจที่มีเพื่อนวัยใกล้เคียงกันเป็นที่ปรึกษา รู้สึกมั่นคงในชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรับรู้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Robert, 1988 อ้างถึงในพรเทพ ศิริวนารังสรรค์และคณะ, 2546: 15)

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสถานภาพสมรส

สายฝน จับใจ (2540) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ตีบ พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางลบ

กอบกุล สุดสวาสดิ์ (2541) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัด นครศรีธรรมราช พบว่า สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการผันแปรของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

กุสุมา ประชุมชนะ (2543) ได้ศึกษาชีวิตความเป็นอยู่ของสตรีสูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้การสัมภาษณ์ระดับลึกร่วมกับการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมในกลุ่มสตรีที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งผู้ที่เป็ นโสดและแต่งงานแล้ว เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ตามลำพังภายในเขตความรับผิดชอบของสถานีอนามัย 3 ตำบล ในเขตอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี จำนวน 15 ราย พบว่า สตรีสูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังส่วนใหญ่เป็นหม้าย เนื่องจากสามีเสียชีวิต มีการศึกษาระดับต่ำคือชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-4 และไม่มีอาชีพที่แน่นอน กลุ่มสตรี อายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพมีรายได้พอเลี้ยงตนเองได้ ภาวะทางจิตใจและอารมณ์ ก่อนข้างเป็นปกติเหมือนเมื่อก่อนอยู่กับครอบครัว กลุ่มสตรีอายุ 70-79 ปี มีปัญหาสุขภาพร่างกายมากขึ้น ร่างกายอ่อนแออย่างชัดเจน ภาวะทางจิตใจและอารมณ์ก่อนข้างมีปัญหา มีความรู้สึกท้อถอย หดหู่ หวาดกลัว บางรายไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรในชีวิตประจำวันลดน้อยลง ในสตรีอายุ 80 ปี ขึ้นไป บางรายประสบปัญหาความพิการทางร่างกายไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรในชีวิตประจำวันได้เป็นปกติ ภาวะทางจิตใจ และอารมณ์มีความรู้สึกวิตกกังวล ไม่สนใจสิ่งที่อยู่รอบตัว เพื่อนฝูงญาติมิตร แต่บางรายมีความรู้สึกยอมรับกับสภาพที่เป็นอยู่ รู้สึกปลงกับชีวิต ที่อยู่อาศัยของสตรีสูงอายุ ส่วนใหญ่มีสภาพที่เก่าแก่ทรุดโทรม มีปัญหาสุขภาพลักษณะของที่อยู่อาศัย เนื่องจากไม่สามารถรักษาสภาพที่อยู่อาศัยของตนเองให้สะอาดได้มากนัก ส่วนใหญ่ขาดความรู้ ด้านสุขภาพและสุขอนามัย สตรีสูงอายุส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีกิจกรรมร่วมทางสังคมเนื่องจากความจำกัดด้านเศรษฐกิจและไม่ได้รับข่าวสารจากสังคม สตรีสูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังส่วนใหญ่แม้ไม่ได้รับการช่วยเหลืออุปถัมภ์จากบุตรและญาติบ้างแต่ก็ ไม่เพียงพอสำหรับตนเองและบางรายไม่มีบุตรหลานช่วยเหลืออุปถัมภ์แต่อย่างใดชีวิตความเป็นอยู่จึงลำบากและแร้นแค้น ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากรัฐในลักษณะเบี้ยยังชีพซึ่งไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตในปัจจุบัน

ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต เพราะระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อชนิดของอาชีพ รวมไปถึงระดับรายได้ สุขภาพ ค่านิยม รสนิยม ความคิดเกี่ยวกับตนเองและทัศนคติต่อการศึกษาในอนาคต จากผลการศึกษาเกี่ยวกับการใช้เวลาว่างของผู้สูงอายุได้ผลที่ใกล้เคียงกันว่า มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับการศึกษาสูง กับกลุ่มที่ได้รับการศึกษาต่ำ ในเรื่องการใช้เวลาว่าง กล่าวคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมด้านนันทนาการ ทำงานอดิเรก เล่นกีฬา เป็นสมาชิกชมรม ทำกิจกรรมทางการเมือง งาน

อาสาสมัคร หรืออ่านหนังสือ และกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงส่วนใหญ่มักจะเคยมีอาชีพที่ต้องใช้วิชาชีพและการจัดการ ส่วนผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีอาชีพทางด้านการเกษตร งานบริการ และอาชีพที่ต้องใช้แรงงาน ซึ่งให้ค่าตอบแทนในระดับต่ำ (สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2547: 23) สอดคล้องกับ โอเรม (Orem, 1985) ที่กล่าวว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกว่าผู้มีการศึกษาน้อย เพราะบุคคลที่มีการศึกษามีข้อจำกัดในการรับรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้การศึกษาเป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิต ช่วยเพิ่มพูนความเข้าใจเกี่ยวกับโลกและชีวิตในทุกด้านให้กับบุคคล สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม

ความหมายเกี่ยวกับระดับการศึกษา

วสุธร ตันวัฒนกุล (2542: 18) ได้อธิบายในเรื่องของการศึกษาว่า หมายถึง การฝึกอบรมคนให้มีคุณภาพ

การศึกษา (ในเชิงนามธรรม) คือ กระบวนการในการพัฒนาบุคคลให้มนุษย์ ทำให้คนมีสติปัญญา โดยนักวิชาการการศึกษา ถือว่าการศึกษา คือ ความเจริญงอกงามของแต่ละบุคคล

การศึกษา (ในเชิงรูปธรรม) คือ การฝึกฝน อบรมคนให้มีคุณภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายในการฝึกฝน อบรมคนให้เป็นคนที่มีความรู้ และมีความรู้สึนึกคิดหรือเจตนาที่ดีที่ถูกต้อง ดีงาม

กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข (2548: 16) ได้ให้ความหมายการศึกษาสูงสุด ในโครงการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บในประเทศไทย ว่า การศึกษาสูงสุด หมายถึง ขั้นสูงสุดที่บุคคลเรียนจบ ตามที่กำหนดทั้งในระบบการศึกษาสามัญ และการศึกษานอกโรงเรียนที่สามารถเทียบระดับในระบบการศึกษาสามัญได้ ทั้งนี้ไม่รวมหลักสูตรวิชาชีพระยะสั้นที่ไม่มีการเรียนการสอนในวิชาสามัญ เช่น ตัดเสื้อ ตัดผม ซ่อมวิทยุ เป็นต้น

จากการทบทวนนิยามของระดับการศึกษา ผู้วิจัยจึงให้ความหมายของระดับการศึกษา ว่า หมายถึง จำนวนปีเต็มของการศึกษาสูงสุดของผู้สูงอายุ

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระดับการศึกษา

สายฝน จับใจ (2540) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กอบกุล สุดสวัสดิ์ (2541) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการผันแปรของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สอิ้ง ขวรางกุล (2538) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตเชิงวัดวิถีของผู้สูงอายุ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 386 คน พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กับปัจจัยคัดสรรกับด้านระดับการศึกษา ความสามารถในการอ่านเขียน อาชีพหลัก อายุ สถานภาพสมรส ความเป็นเจ้าของบ้านที่อยู่อาศัยและผู้อาศัยด้วย โดยมีองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจไม่ดีสูงที่สุด รองลงมาด้านสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและสังคม และภาวะสุขภาพจิต โดยองค์ประกอบย่อยของคุณภาพชีวิตที่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คือ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน รองลงมาคือ ด้านสุขภาพจิต

อาชีพ

อาชีพ หรือการทำงานที่มีรายได้เป็นของตนเอง นับว่าเป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดรายได้มา ผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเป็นงานที่ทำงานประจำ งานพิเศษ งานชั่วคราว หรือ การดำเนินธุรกิจส่วนตัว การทำงานเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต นักสังคมวิทยา เชื่อว่า บทบาทของคนทำงานเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต เพราะบทบาทของคนทำงาน (Worker role) เป็นตัวก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต เพราะบทบาทของคนทำงานเป็นบทบาทที่ทำให้บทบาทอื่นๆ ยังคงอยู่ ประสานกับการมีอาชีพทำให้ได้รับการยอมรับ เป็นคนที่มีคุณค่า สร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจให้กับตนเองและครอบครัว ส่วนการลาออกจากงาน เป็นการสูญเสียบทบาทของคนทำงาน ซึ่งเชื่อกันว่า เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำได้ (Lauer, 1982: 352) อ้างถึงใน พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ (2546: 16)

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาชีพ

สุธรรม นันทมงคลชัย อ้างถึงในทัศนีย์ รวีวรกุล บรรณาธิการ (2552) ในเรื่อง คุณภาพชีวิตกับการเกษียณอายุราชการ พบว่า ผู้เกษียณอายุราชการก่อนกำหนดส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.5 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีหรือระดับสูง ในขณะที่ผู้สูงอายุทั่วไปในสังคมไทย มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้เกษียณอายุราชการก่อนกำหนดที่สำคัญคือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม เนื่องจากคนกลุ่มนี้มักจะเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์ในการทำงานสูง จึงมักได้รับเชิญให้เป็นที่ปรึกษาหรือประธานกรรมการในกิจกรรมเพื่อส่วนรวมต่างๆ อีกทั้งได้มีโอกาสและมีเวลาทำงานที่ตนเองชอบ รวมถึงได้อยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น

รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว อ้างในเฟื่องฟ้า บุญยง (2548: 11) ได้อธิบายว่า ผู้สูงอายุ มักจะเป็นไปในทางเสื่อมถอย ความแข็งแรงลดลง ความสามารถในการประกอบอาชีพลดลง ทำให้ผู้สูงอายุบางคนหยุดประกอบอาชีพหรือไม่หยุดประกอบอาชีพก็อาจเปลี่ยนแปลงอาชีพให้เบาลงหรือไม่ก็

มอบหมายให้ลูกหลานเป็นผู้ดูแลแทน ด้วยเหตุนี้จึงอาจแบ่งผู้สูงอายุตามสภาพการประกอบอาชีพได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุที่ร่างกายแข็งแรงและยังประกอบอาชีพอยู่ ซึ่งอาจจะเป็นอาชีพเดิมหรืออาชีพใหม่ที่เปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุ

2. กลุ่มผู้สูงอายุที่ร่างกายแข็งแรง แต่ไม่ได้ประกอบอาชีพเนื่องจากต้องการพักผ่อนหรือ ไม่ก็มอบหมายให้บุคคลอื่นทำแทน อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุในกลุ่มนี้บางคนอาจช่วยทำงานบ้านเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระให้แก่บุตรหลาน

3. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพไม่สามารถประกอบอาชีพได้

เฟื่องฟ้า บุญยง (2548: 1) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพต่อภายหลังอายุ 60 ปี เนื่องจากเหตุผลทางเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ผู้สูงอายุควรทำงานต่อไปเพราะทำให้รู้สึกภาคภูมิใจ และไม่เป็นภาระต่อบุคคลในครอบครัว และมีรายได้ไม่แน่นอน

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2540: 13-14) ได้ศึกษาผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดสุพรรณบุรี สระบุรี และสิงห์บุรี พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 42.4 หรือเกือบครึ่งหนึ่งยังคงประกอบอาชีพอยู่ เช่น ทำนา ทำไร่ ร้อยละ 18.4 รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 10.8 ประกอบอาชีพส่วนตัว

ทองอยู่ แก้วไทรชะ และคณะอ้างถึงใน สมหมาย ขวัญพราย (2545: 14) ทำการวิจัยเรื่อง ผู้สูงอายุในสังคมไทย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 50 ยังคงเป็นผู้ที่ต้องทำงาน มีรายได้จากการประกอบอาชีพ เช่น ทำนา ทำสวน เลี้ยงสัตว์ ส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพฯ มีอาชีพหลากหลายกว่าภาคอื่น ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่ประกอบอาชีพให้เหตุผลว่าชรามากแล้ว และมีลูกหลานหาเลี้ยง

รายได้

รายได้ นับว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจ ที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ในปัจจุบัน เพราะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ เช่น บ้านที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี อาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ (Hogstel, 1981: 466 อ้างใน วรรณภา กุมารจันทร์, 2543: 23) รวมทั้ง การซื้อหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกและความสุขของตนเอง ส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ โอกาสที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ ย่อมลดลง รวมทั้งความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และมีความวิตกกังวลในเรื่องการดำรงชีวิต ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจึงมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตที่สูงด้วย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546: 16)

รายได้ของบุคคล บ่อยครั้งได้ถูกนำมาใช้แทนภาวะทางเศรษฐกิจ ซึ่งอาจทำให้ได้ผล ไม่ตรงนัก เนื่องจากรายได้ที่ผู้สูงอายุได้ในแต่ละเดือนนั้น แต่ละบุคคลอาจใช้จ่ายแตกต่างกัน ในจำนวนเงินเท่ากัน บางคนอาจไม่พอใช้ แต่บางคนอาจเหลือเก็บ ดังนั้นฐานะทางเศรษฐกิจที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินเอง อาจต้องนำมาใช้ประกอบในการศึกษาด้วย (จารุนันท์ สมบูรณ์สิทธิ์, 2535: 41)

ความหมายเกี่ยวกับรายได้

รายได้ หมายถึง ปริมาณเงินที่ผู้สูงอายุได้รับในแต่ละเดือน ซึ่งอาจเป็นรายได้ที่ได้จากบุตรหลาน เงินบำนาญ หรือจากการทำงานของผู้สูงอายุเอง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2548: 16) ได้ให้ความหมาย รายได้ที่เป็นตัวเงินเฉลี่ยต่อเดือนของบุคคล (บาท) หมายถึง ผลประโยชน์หรือค่าตอบแทนเฉลี่ยต่อเดือนที่บุคคลได้รับในรูปของตัวเงิน ได้แก่ ค่าแรง เงินเดือน เงินรางวัล เงินโบนัส ค่าไรสุทธิจากการประกอบธุรกิจการเกษตรและธุรกิจอื่น ๆ รายได้จากทรัพย์สิน (ค่าเช่าที่ดิน ค่าลิขสิทธิ์ ดอกเบี้ยและเงินปันผล) เงินได้รับเป็นการช่วยเหลือ (บำเหน็จ บำนาญ เงินทุนการศึกษา)

จากการทบทวนนิยามของรายได้ ผู้วิจัยจึงให้ความหมายของรายได้ หมายถึง จำนวนเงินโดยประมาณที่ผู้สูงอายุได้รับในแต่ละเดือน

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรายได้

อภิวัฒน์ บุญสาธ (2551: ญ) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตของประชากรที่มีรายได้น้อยในโครงการบ้านเอื้ออาทร กรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่า คุณภาพชีวิตแปรผันตามรายได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ศุภกานต์ เตชะพงศธร และคณะ (2550: 33-39) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลและศึกษา ความ สัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เป็นวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย พบว่า ปัจจัยทางการศึกษา และ ด้านรายได้ มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ($p < 0.05$) โดยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

ชัยชน โลว์เจริญกุลและคณะ (2548: S207-213) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคลมชักหลังผ่าตัดแล้วไม่มีการลมชัก พบว่า ผู้ป่วยที่หายจากอาการชัก สามารถทำงาน มีอาชีพ และมีรายได้เพิ่มขึ้นจากก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สายฝน จับใจ (2540) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยด้านครอบครัว

ปัจจัยด้านครอบครัว หมายถึง กลุ่มตัวแปรเกี่ยวกับครอบครัวของผู้สูงอายุที่เป็นโรค คือกระเจก ประกอบด้วย ประเภทของครอบครัว สถานะในครอบครัว บทบาทในครอบครัว และฐานะทางเศรษฐกิจ ดังนี้

ความหมายประเภทของครอบครัว

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2546: 4) กล่าวถึง โครงสร้างของครอบครัว ได้จำแนกดังนี้

1. ครอบครัวที่ไม่มีครอบครัวและญาติ หรือครัวเรือนเดี่ยว (Unrelated Individuals) ได้แก่ ครัวเรือนที่ประกอบด้วยบุคคลที่อาศัยอยู่คนเดียว หรืออาศัยอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นที่ไม่มีความสัมพันธ์อันญาติ

2. ครัวเรือนเดี่ยว (Nuclear Family) ได้แก่ ครัวเรือนที่ประกอบด้วยสามีและภรรยา หรือสามีและ/หรือภรรยา บุตรที่ยังไม่สมรส และ/หรือญาติอื่นๆ ที่ยังไม่ได้สมรสอาศัยอยู่ด้วย

3. ครัวเรือนขยาย (Extended Family) แบ่งได้ 3 ชนิดคือ

3.1 ครัวเรือนประเภทครอบครัวย่อย (Vertical (Stem) ได้แก่ ครัวเรือนที่ประกอบด้วยสามีและ/หรือภรรยา บุตรที่ยังไม่สมรสและ/หรือบุตรที่สมรสเพียงคนเดียว ญาติอื่นๆ ที่ยังไม่สมรส และ/หรือพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย หลาน คนใดคนหนึ่งหรือหลายคน

3.2 ครัวเรือนประเภทครอบครัวรวม (Horizontal (Joint) ได้แก่ ครัวเรือนที่ประกอบด้วยสามีและ/หรือภรรยา บุตรที่ยังไม่สมรสและญาติอื่นๆ ที่สมรสแล้วอาศัยอยู่ด้วย

3.3 ครัวเรือนประเภทครอบครัวผสม (Vertical and Horizontal (Stem-Joint) ได้แก่ ครัวเรือนที่ประกอบด้วยครัวเรือนทั้งข้อ 3.1 และ 3.2 อาศัยอยู่ด้วยกัน หรือครัวเรือนที่ประกอบด้วยสามี และ/หรือ ภรรยา บุตรที่สมรสมากกว่าหนึ่งคน ญาติอื่นๆ ที่สมรสหรือยังไม่สมรส และ/หรือ พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย หลานคนใดคนหนึ่งหรือหลายคนอาศัยอยู่ด้วย

จากการทบทวนนิยามของประเภทของครอบครัว ผู้วิจัยจึงให้ความหมายประเภทของครอบครัว หมายถึง การอยู่อาศัยในครัวเรือนของผู้สูงอายุ โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1.1 ครอบครัวขยาย หมายถึง ผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนขนาดใหญ่ มีครอบครัวของบุตร หลาน ญาติ และบุคคลอื่นๆอยู่ด้วย หรือปลูกบ้านในบริเวณเขตเดียวกัน มีสมาชิกในครัวเรือนตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป

1.2 ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขนาดเล็ก มีสมาชิกตั้งแต่ 4 คนลงมา

1.3 ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง หมายถึง การอยู่อาศัยเพียงคนเดียว เนื่องจากเป็นหม้าย โสด หรือเนื่องจากไม่มีบุตร หลานดูแล รวมทั้งการอาศัยเพียงลำพัง แต่มีการปลูกบ้านอยู่ในบริเวณบ้านญาติหรือผู้อื่น

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเภทของครอบครัว

โบทเชอร์ (Boettcher, 1985) อ้างถึงในสริตา มังคโลปกรณ์ (2544: 22-23) ได้ศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุจะมีความสัมพันธ์กับคน 2 กลุ่ม คือ บุตรหลาน, ญาติ และเพื่อน ส่วนครอบครัวจะเป็นแหล่งที่ให้การสนับสนุนความต้องการด้านอารมณ์ และให้การดูแลเอาใจใส่ด้านร่างกาย นอกจากครอบครัวแล้วผู้สูงอายุยังต้องการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นกับบุคคลในสังคม อย่างไรก็ตามครอบครัวยังจัดเป็นศูนย์กลางที่จะให้การดูแลทุกอย่างสำหรับผู้สูงอายุ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2536: 23) อ้างถึงในสริตา มังคโลปกรณ์ (2544: 24) ได้ทำการศึกษาศึกษาภาพของปัจจัยหนุนทางสังคมที่มีต่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ พบว่าครอบครัวเป็นระบบเกื้อหนุนทางสังคมที่มีความสำคัญอย่างมากต่อผู้สูงอายุ เป็นสถาบันที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และสังคม ได้แก่ การดูแลเรื่องอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย การสนับสนุนให้มีงานอดิเรกทำตามความสามารถ การให้เกียรติ การยกย่องให้เป็นที่ยอมรับของลูกหลาน การมีโอกาสเข้าร่วมในกิจกรรมทางศาสนาเป็นประจำ ตลอดจนสนับสนุนและจัดหาข่าวสารต่างๆ ให้ผู้สูงอายุได้รับทราบความเป็นไปในสังคม ซึ่งลักษณะของการเกื้อหนุนนี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม และมีความแตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ปานกลาง และยากจน นอกจากนี้ในด้านความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ในการศึกษาพบว่า มีข้อจำกัด คือ ไม่มีรูปแบบของการเกื้อหนุนโดยการดูแลเมื่อเจ็บป่วย การเกื้อหนุนโดยการส่งข่าวสารเป็นจดหมาย หรือให้ทราบข่าวสาร เป็นต้น

ซ่ง จินผิง (2543) ได้ศึกษา การสนับสนุนจากครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีการมองเห็นเสื่อม พบว่า ผู้ที่มีการมองเห็นเสื่อมส่วนใหญ่ (93.85%) รับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง ทำให้มีคุณภาพชีวิตระดับสูงเช่นกัน

สถานะในครอบครัว

สถานะในครอบครัว เป็นตำแหน่งที่ได้จากสมาชิกในครอบครัว การเข้าสู่วัยสูงอายุ นั้น ได้รับความสนใจจากสังคมส่วนใหญ่น้อยมาก เพราะการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเป็นผู้สูงอายุได้เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปและ เห็นไม่ชัดเจน คนส่วนใหญ่โดยเฉพาะในสังคมเมืองหรือสังคมสมัยใหม่ไม่อยากเข้าหรือเคลื่อนไปสู่การเป็นผู้สูงอายุ เพราะการเข้าสู่ความเป็นคนสูงอายุมักสัมพันธ์กับการปลดเกษียณ การหมดความรับผิดชอบในหน้าที่การงาน ซึ่งแต่ละคนอาจปรับตัวได้ไม่เท่ากัน บางคนอาจมีความสุขที่เป็นอิสระจากการงาน (รัชนิกรณ์ ภูกร, 2538: 6)

บทบาทในครอบครัว

บทบาท เป็นพฤติกรรมของผู้ที่อยู่ในสถานภาพต่าง ๆ ตามความคาดหวัง เพื่อให้สมาชิกในสังคมมีการกระทำระหว่างกันทางสังคมได้ บทบาทของบุคคลเกี่ยวข้องกับบทบาทอื่น ๆ หรืออาจต้องพึ่งพากับบทบาทอื่น ๆ ด้วย โดยทั่วไปแล้วปัจเจกบุคคลในสังคมนั้นมีหลายบทบาทและบทบาทต่าง ๆ จะต้องพึ่งพากับบทบาทผู้อื่น เมื่อชีวิตเปลี่ยนเข้าสู่วัยสูงอายุ บทบาทเดิมเปลี่ยนไป บทบาทใหม่แทนที่หรือถึงแม้ไม่ได้เข้าแทนที่ แต่บทบาทนั้นก็เริ่มลดลง ผู้สูงอายุมีความสามารถที่จะปฏิบัติตามบทบาทของตนเองถูกขัดขวางโดยเงื่อนไข 2 ประการ คือ ความรู้และแรงจูงใจ ผู้สูงอายุที่อยู่ร่วมกับบุตรหลานจะต้องปรับตัวให้เข้ากันได้กับชีวิตของบุตรหลาน โดยอาจต้องลดบทบาทในครอบครัวของตนเองลง ต้องใช้ชีวิตร่วมกับลูก ๆ หลาน ๆ ซึ่งมีอายุน้อยกว่าตนเอง จากงานวิจัยของ นิสา ชูโต ในปี พ.ศ. 2525 เรื่องคนชราไทย ได้ศึกษาถึงบทบาทที่คนชราคิดว่าได้ทำประโยชน์แก่ครอบครัวมากที่สุด คือ บทบาทการเป็นที่ปรึกษาของคนในครอบครัว บทบาทในการช่วยเหลือเด็กเล็กและช่วยทำงานบ้าน ซึ่งเป็นบทบาทในการเป็นที่พึ่งหรือเป็นที่ปรึกษาของครอบครัว และเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อผู้สูงอายุมากที่สุด ผู้สูงอายุไม่เคยรังเกียจต่อภาวะเช่นนี้ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 เห็นว่าเป็นการดีที่สมาชิกในครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน พบปะ พูดคุยกัน สำหรับประเด็นความคิดเห็นว่าอะไรสำคัญที่สุดในชีวิตเป็นอันดับแรกของผู้สูงอายุ คือ ครอบครัวและลูก (กาญจนา ตั้งชลทิพย์, 2532: 2 อ้างใน รัชนิกรณ์ ภูกร, 2538: 6)

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสถานะและบทบาทในครอบครัว

พงษ์ไพบุลย์ สิลาราวาทย์ (2545) ได้ศึกษา สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 180 ราย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ รู้สึกไม่ดีเพราะจิตใจยังอยากเป็นสถานภาพและบทบาทเช่นเดิม

วิณา ศิริสุข และคณะ (2540: 50-60) อ้างถึงใน เพ็ญฟ้า บุญยง (2548: 12) ได้ศึกษาสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออกเฉียงใต้พบว่า อาชีพของผู้สูงอายุก่อนอายุ 60 ปี คือ ทำไร่ ทำนา ทำสวน เลี้ยงสัตว์ รับจ้างทั่วไป ค้าขาย ทำธุรกิจส่วนตัว รับราชการ

ทำงานรัฐวิสาหกิจ ทำงานบริษัท ทำงานพัฒนาชุมชน เป็นต้น ส่วนงานของผู้สูงอายุหลังอายุ 60 ปี คือ ทำงานบ้าน ทำอาหาร เลี้ยงหลาน ฝึบ้าน ทำสวนครัวสวนดอกไม้ ค้าขายเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น ขายของชำ ข้าราชการบำนาญ ซ่อมแซมบ้านหรือของใช้ เป็นที่ปรึกษาลูกหลาน ช่วยงานชุมชนที่ตนเองเป็นสมาชิกอยู่

ปรีชา อุปโยคิน ได้ศึกษา ไม่ใกล้ฝั่ง: สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย (2541: 77-82) จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ยังมีบทบาทเป็นผู้นำของครอบครัว บุตรหลานให้ความเคารพนับถือเชื่อฟัง ได้รับการตอบสนองจากบุคคลใกล้ชิด โดยการให้ความสนใจเอาใจใส่ ซักถามเกี่ยวกับสุขภาพ ได้รับคำจากบุคคลรอบข้าง ย่อมทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าเป็นที่ยอมรับ และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม นอกจากนี้จากการเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาท มีการเปลี่ยนแปลงอาชีพ เปลี่ยนจากการงานที่หนักเป็นเบา ซึ่งขึ้นอยู่กับสุขภาพ แต่ยังคงทำงาน เช่น ช่วยงานบ้าน เลี้ยงหลาน การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายบางครั้งทำให้รู้สึกไร้ค่า อดใจ หงุดหงิด แต่ทว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังรู้สึกภูมิใจในการลดหน้าที่และบทบาทลงไปเพราะเชื่อว่าตนเองยังศักดิ์ศรีและมีคุณค่า โดยการมีลูกหลานดี คอยให้ความช่วยเหลือไม่ทอดทิ้ง ผู้สูงอายุจึงรู้สึกพอใจในสถานภาพ และการมีบทบาทของการเป็นผู้สูงอายุและพยายามปรับตัวทั้งร่างกายและจิตใจและปฏิบัติตนให้เป็นประโยชน์กับครอบครัวมากที่สุด รวมทั้งเข้าวัด ฟังธรรมะ แม้ว่าผู้สูงอายุจะถูกให้อยู่บ้านเพียงลำพังก็ไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง เพราะลูกหลานออกไปทำงาน ซึ่งนับว่าผู้สูงอายุมีความสุขระดับหนึ่ง แม้มีปัญหาการปรับตัวด้านสุขภาพ แต่กลไกวิธีการปรับตัวค่อนข้างดี ยังคงเชื่อมั่นในศักดิ์ศรีของตนเอง

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2544: 176) อ้างถึงใน สมหมาย ขวัญพราย (2545: 13) จากการศึกษาเกี่ยวกับ สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุ พบว่า บทบาทในครอบครัวที่สำคัญ ได้แก่ บทบาทในการทำงานบ้าน ซึ่งมักเป็นบทบาทของผู้สูงอายุสตรีที่ต้องการแบ่งเบาภาระบุตร เช่น ทำความสะอาดบ้าน ประกอบอาหาร ซักรีดเสื้อผ้า รวมถึงการดูแลบุคคลในครอบครัว ทั้งนี้รวมถึง บทบาทในการเป็นที่ปรึกษาปัญหาและให้คำแนะนำแก่บุคคลในครอบครัวอีกด้วย

ศรีเมือง พลั่งฤทธิ์, ฟริด แวน เกรียนเวนและ เกื้อ วงศ์บุญสิน (2549: 171) ได้ศึกษา การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัว ชุมชน พบว่า การมีบทบาทมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ทองอยู่ แก้วไทรสะ และคณะอ้างถึงใน สมหมาย ขวัญพราย (2545: 14) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ผู้สูงอายุในสังคมไทย พบว่า ในด้านการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำงานบ้าน เลี้ยงหลาน ฝึบ้านให้บุตร ทำบุญที่วัด กิจกรรมอื่น ๆ เช่น สังสรรค์กับเพื่อนบ้าน การออกกำลังกาย ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือร้อยละ 60 ยังไม่สามารถเขียนหนังสือได้

ร้อยละ 70 ผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ มีความสามารถเขียนหนังสือมากที่สุด ผู้สูงอายุในภาคเหนือและภาคใต้มีความสามารถในการเขียนหนังสือได้น้อยที่สุด คือร้อยละ 46 และ 45 ตามลำดับ และด้านสภาพบทรบและความภูมิใจ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 99 มีความต้องการที่จะช่วยบุตรหลานทำกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่สามารถทำได้ ร้อยละ 90 ผู้สูงอายุมีความประสงค์ที่จะมีบทบาทช่วยเหลือสังคม ความภูมิใจหรือความประทับใจของผู้สูงอายุ คือการได้บทบาทในการเลี้ยงดูบุตรหลานให้ประสบความสำเร็จในชีวิต และได้ประกอบกิจกรรมทางศาสนา

ฐานะทางเศรษฐกิจ

ในสังคมปัจจุบันภาวะเศรษฐกิจ นับว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคลที่จะตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี อาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง อุปกรณ์อำนวยความสะดวกแก่ตนเอง ตลอดจนมีผลต่อการเลือกกิจกรรม เนื่องจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางอย่างต้องอาศัยเงินเป็นปัจจัยสำคัญ แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุปัญหาเศรษฐกิจกลับเป็นปัญหาหลัก (นภาพร ชโยวรรณ และคณะ, 2532 อ้างใน จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์, 2535: 40-41) เนื่องจากข้อจำกัดของการประกอบอาชีพอันเนื่องมาจากอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้รายได้ ลดน้อยลง สิ่งนี้ก่อให้เกิดความยากลำบากในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพและส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิต เช่น ผลการวิจัยของแชตฟิลด์ (Chatfield, 1977: 599 อ้างในจารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์, 2535: 41) พบว่า รายได้เป็นตัวเลขปัญหาสุขภาพและระดับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับฐานะทางเศรษฐกิจ

กอบกุล สดสวาสดี (2541) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการผันแปรของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนอยู่ในระดับสูง เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มอื่น

เพ็ญแข ชีวะพันธ์ (อ้างในศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549: 126) เรื่องคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา: กรณีศึกษาในเขตโพธาราม จังหวัดราชบุรีพบว่า กลุ่มผู้ดูแลที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท มีค่าเฉลี่ยคุณภาพการดูแลสูงสุด โดยมีคุณภาพการดูแลอยู่ในระดับดี ส่วนผู้ดูแลที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท มีค่าเฉลี่ยคุณภาพการดูแลต่ำสุด เมื่อพิจารณาความพึงพอใจของรายได้ พบว่า ผู้ดูแลที่มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ มีค่าเฉลี่ยคุณภาพการดูแลสูงสุด ส่วนผู้ดูแลที่มีรายได้ไม่เพียงพอ มีค่าเฉลี่ยคุณภาพการดูแลต่ำที่สุด

นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล (2539) ได้ทำการศึกษาถึงรายได้ในรอบปีที่ผ่านมาของผู้สูงอายุและคู่สมรส พบว่า ผู้สูงอายุมีรายได้เฉลี่ยระหว่าง 10,000-19,999 บาทต่อปี และแหล่งรายได้สำคัญมาจากบุตรหลาน รองลงมาคือ จากการทำงานของตนเอง และการสงเคราะห์ มีสัดส่วนต่ำที่สุด โดยผู้สูงอายุในเขตชนบทมีแหล่งรายได้จากการทำงานสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง

ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจก

ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย เป็นกลุ่มตัวแปรเกี่ยวกับ การเจ็บป่วย ความผิดปกติ ในสายตาและระดับการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต่อกระจก ประกอบด้วย ระดับการมองเห็น ระดับความรุนแรงของโรคต่อกระจก ระยะเวลาที่สูญเสียการมองเห็น ระยะเวลาในการรักษาโรคต่อกระจก โรคประจำตัว ความผิดปกติหรือความพิการทางร่างกายของผู้สูงอายุ ดังนี้

ระดับการมองเห็น

ดวงตาเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตอยู่อย่างคุณภาพของมนุษย์ เพราะทำให้มนุษย์สามารถดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ และติดต่อกับสังคมรอบตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้ที่มีภาวะสายตาเลือนราง ก่อให้เกิดปัญหาในการประกอบอาชีพที่ต้องใช้สายตา (ศักดิ์ชัย วงศ์กิตติรักษ์, ณัฐพล วงษ์คำซัง และภาณุภูมิ คัมภีร์พันธุ์, 2549: 4) ทำให้รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ทำให้ความสามารถในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร หรือการสื่อสารกับผู้อื่นลดลง (ภารดี นานาสิลป์, 2543: 52) หากผู้สูงอายุเกิดสูญเสียการมองเห็น ทำให้การดำรงชีวิตผิดปกติและการดูแลสุขภาพตนเองไม่ดีเท่าที่ควร (ศักดิ์ชัย วงศ์กิตติรักษ์, ณัฐพล วงษ์คำซัง และภาณุภูมิ คัมภีร์พันธุ์, 2549: 4) ส่งผลกระทบต่อครอบครัวที่จำเป็นต้องจัดคนมาดูแล ซึ่งผู้ดูแลนั้นอาจจะเป็นบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นๆ ในการนี้ย่อมต้องใช้เวลาและทรัพยากรกับผู้สูงอายุ และสิ่งที่สำคัญของปัญหาสายตา คือ ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพจากภาวะสายตาเลือนรางและตาบอด จากปัญหาดังกล่าวย่อมจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาวของผู้สูงอายุ และก่อให้เกิดปัญหาตามมาอีกในหลาย ๆ ด้าน

ความหมายของระดับการมองเห็น

ธนารักษ์ สุวรรณประพิศ (2535: 14) กล่าวถึง การวัดระดับสายตา เป็นการทดสอบหน้าที่ของ fovea ซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดของการมองเห็น วิธีวัดมีทั้งวัดการวัดระยะไกล และระยะใกล้

ภารดี นานาสิลป์ (2543: 32) กล่าวถึง การวัดระดับสายตา เป็นส่วนหนึ่งของการตรวจตา เป็นการประเมินและทดสอบการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นว่าสามารถทำให้ภาพวัตถุตกกระทบ ณ จุดที่ชัดที่สุดของการมองเห็น คือ Fovea centralis ได้หรือไม่ เพียงใด

จากการทบทวนนิยามของระดับการมองเห็น ผู้วิจัยจึงให้ความหมายระดับการมองเห็น หมายถึง ความสามารถในการมองเห็นได้คมชัด ทั้งมองไกลและมองใกล้ โดยการประเมินที่เรียกว่า การวัดสายตา (Visual acuity testing) ด้วยแผ่นตรวจของสเนลเลน (Snellen chart)

ระดับการมองเห็นที่ผิดปกติ

ภาวะตาบอด (Blind) ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก คือ ผู้ที่มีสายตาข้างที่ด้อยที่สุดน้อยกว่า 3/60 หรือลานสายตาไม่เกิน 10 องศารอบจุดศูนย์กลางเมื่อแก้ไขด้วยแว่นสายตาธรรมดาแล้ว (ศักดิ์ชัย วงศ์กิตติรักษ์, ญัฐพล วงษ์คำช้าง และภาณุภูมิ คัมภีร์พันธุ์, 2549: 3)

ภาวะสายตาเลือนราง (Low vision) ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก คือ ผู้ที่มีสายตาข้างที่ด้อยที่สุดน้อยกว่า 6/18 ถึง 3/60 หรือลานสายตาไม่เกิน 30 องศารอบจุดศูนย์กลางเมื่อแก้ไขด้วยแว่นสายตาธรรมดาแล้ว (ศักดิ์ชัย วงศ์กิตติรักษ์, ญัฐพล วงษ์คำช้าง และภาณุภูมิ คัมภีร์พันธุ์, 2549: 3)

โดยองค์การอนามัยโลกได้แบ่งระดับของภาวะตาบอดและสายตาเลือนราง ไว้ดังนี้

ระดับผิดปกติ	พิจารณาที่สายตา	พิจารณาที่ลานสายตา	ลักษณะความพิการ
Low vision	น้อยกว่า 6/18 (20/70) ถึง 6/60 (20/200)	แคบกว่า 30 องศา จนถึง 20 องศา	สายตาเลือนรางระดับ 1
	น้อยกว่า 6/60 (20/200) ถึง 3/60 (20/400)	แคบกว่า 20 องศา จนถึง 10 องศา	สายตาเลือนราง ระดับ 2
Blindness	น้อยกว่า 3/60 (20/400) ถึง 1/60 (20/1200)	แคบกว่า 10 องศา จนถึง 5 องศา	ตาบอดขั้นที่ 1
	น้อยกว่า 1/60 (20/1200) ถึงเห็นเพียงแสงสว่าง (PL)	แคบกว่า 5 องศา	ตาบอดขั้นที่ 2
	ไม่เห็นแสงสว่างเลย	-	ตาบอดขั้นที่ 3

ในประเทศไทย สมาคมจักษุแพทย์แห่งประเทศไทยใช้คำว่าสายตาพิการในความหมายเดียวกับคำว่าสายตาเลือนราง โดยนอกจากจะให้นิยามภาวะสายตาเลือนรางเช่นเดียวกับองค์การอนามัยโลกแล้ว ยังให้นิยามคำว่าคนสายตาพิการด้วย (ศักดิ์ชัย วงศ์กิตติรักษ์, ญัฐพล วงษ์คำช้าง, ภาณุภูมิ คัมภีร์พันธุ์, 2549: 3) โดยมีรายละเอียดดังนี้

สายตาพิการและตาบอด (พิจารณาเฉพาะตาข้างใดข้างหนึ่งข้างเดียว)

1. สายตาพิการ หมายความว่า การมีสายตาข้างที่ด้อยที่สุดเมื่อใช้แว่นตาธรรมดา โดยไม่รวมถึงเครื่องช่วยสายตาพิเศษ (Visual aids) แล้วเห็นน้อยกว่า 6/18 ลงไปจนถึง 3/60 หรือมีลานสายตาโดยเฉลี่ยแคบกว่า 30 องศา ลงไปจนถึง 10 องศา

2. ตาบอด หมายความว่า การมีสายตาเมื่อใช้แว่นธรรมดาน้อยกว่า 3/60 ลงมาถึงบอดสนิทหรือมีลานสายตาโดยเฉลี่ยแคบกว่า 10 องศา และยังแบ่งออกได้เป็น 3 ชั้น ดังนี้

2.1 ตาบอดขั้นแรกหรือตาเริ่มบอด หมายความว่า การมีสายตาเมื่อใช้แว่นธรรมดาแล้วเห็นน้อยกว่า 3/60 ลงไปจนถึง 1/60 หรือมีลานสายตาโดยเฉลี่ยแคบกว่า 10 องศา ลงไปจนถึง 5 องศา

2.2 ตาบอดขั้นสองหรือตาบอดเกือบสนิท หมายความว่า การมีสายตาเมื่อใช้แว่นธรรมดาแล้วเห็นน้อยกว่า 1/60 ลงไปจนถึงมองเห็นเพียงแสงสว่าง หรือมีลานสายตาโดยเฉลี่ยแคบกว่า 5 องศา ลงไปเกือบถึง 0 องศา

2.3 ตาบอดขั้นสามหรือตาบอดสนิท หมายความว่า มองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระดับการมองเห็นที่ผิดปกติ

เฟลทเชอร์ และคณะ (Fletcher A. et al., 1997) ได้คิดและพัฒนาวัดคุณภาพชีวิตและการมองเห็น เพื่อใช้ประเมินการผ่าตัดต้อกระจกในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา โดยทดลองใช้ในผู้ป่วย 100 คน ของโรงพยาบาลอาวินด์ (Aravind) เมืองมาดurai (Madurai) ซึ่งอยู่ทางทิศใต้ของประเทศอินเดีย โดยถามแบบประเมินก่อนการผ่าตัดและหลังผ่าตัด 3 เดือน และ 12 เดือน ร่วมกับการวัดสายตาโดยใช้แผ่นทดสอบสายตา พบว่าคะแนนของ Visual function (VF) และ Quality of life (QOL) สอดคล้องกับระดับสายตาของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดต้อกระจก และการมองเห็น มีผลกระทบต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากกว่าผลการวัดสายตาด้วย Snellen chart หรือการตรวจด้วยเครื่องมือทางตาอื่น ๆ

จากการศึกษาของสุรน ชินวุฒิ (2546: 827) ได้ศึกษาการผ่าตัดต้อกระจกชนิดบอด ให้ผู้ป่วยด้อยโอกาสในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอดและเป็นผู้ด้อยโอกาสในเขตอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด ส่วนหนึ่งไม่สามารถเข้ารับการผ่าตัดในระบบบริการปกติได้ เพราะเหตุผลทางเศรษฐกิจ จนอาจทำให้ตาบอดอย่างถาวรได้ในที่สุด จึงนำจักษุแพทย์พร้อมทีมผ่าตัดไปให้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในระหว่างเดือนตุลาคม 2544 ถึงเดือนตุลาคม 2545 โดยส่งผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองแล้วไปวัดค่าเลนส์แก้วตาเทียมก่อนผ่าตัด (ค่า A-scan) ที่โรงพยาบาลตราด และผ่าตัดต้อกระจกด้วยวิธี Extracapsular cataract extraction และใส่เลนส์แก้วตาเทียม (Intraocular lens Implantation) ที่โรงพยาบาลคลองใหญ่ มีผู้

ได้รับการผ่าตัด 26 ราย จำนวน 31 ตา ก่อนผ่าตัดจำนวน 27 ตา เห็นแก่นับนิ้วได้ (ระดับสายตาน้อยกว่าหรือเท่ากับ Fingers count) หลังผ่าตัด 3 เดือนจำนวน 30 ตา (96.77%) มีสายตาดีขึ้นชัดเจน (ระดับสายตามากกว่าหรือเท่ากับ 20/60) จำนวน 7 ตา เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดที่ไม่รุนแรง หลังได้รับการรักษาสามารถเห็นได้เป็นปกติ ผลการผ่าตัดช่วยให้ผู้ด้อยโอกาสมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

แซง โกดินิค และคณะ (Chang-Godinich et al., 1999) ได้ผลลัพธ์ภายหลังการผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยเครื่องเสียงความถี่สูงของผู้ป่วยต้อกระจก เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรักษาแล้วการมองเห็นดีขึ้น กับกลุ่มที่ได้รับการรักษาแล้วการมองเห็นไม่ดีขึ้น ศึกษาย้อนหลังผลของการผ่าตัดต้อกระจกชนิดบอดจำนวน 106 ตา ของผู้ป่วย 102 คน ในอเมริกา เก็บข้อมูลก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด 1 เดือน ด้วยการผ่าตัดโดยแพทย์เพียงคนเดียว หากความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการรักษาและการทำหน้าที่การมองเห็น พบว่า ผู้ป่วยที่มีการมองเห็นที่ดีขึ้น แต่ยังมีอีก 14 % ไม่ดีขึ้น หรือการมองเห็นเลวลงมีรายงานว่าแนวโน้มของผู้ที่มีการมองเห็นไม่ดีขึ้นพบในผู้สูงอายุและไม่พึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตและมีการรักษาที่มากกว่าผู้ที่มีการมองเห็นที่ดีขึ้น มีผู้สูงอายุบางคนขาดความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตของตนเองและมีรายงานว่าการทำงานที่ไม่ดีขึ้นแม้ว่าสายตาจะดีขึ้น

โรคประจำตัว ความผิดปกติ หรือ ความพิการทางร่างกาย

ผู้สูงอายุมักจะประสบปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพที่ทรุดโทรมลงเนื่องจากความมีอายุ ซึ่งทำให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงในลักษณะของการเสื่อมถอย เป็นผลให้ความสามารถทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุลดน้อยลง และมักจะประสบปัญหาสุขภาพ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจำเป็นต้องพึ่งพิงผู้อื่นและการที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นนี้เองที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกด้อยในสายตาของบุคคลทั่วไปและจะส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุ

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาทางด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านสุขภาพ (วาสนา เกื่อนวงศ์, 2540) รวมทั้งปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยา เช่นเดียวกับผู้พิการประเภทหนึ่งด้วย นั่นคือ ผู้ซึ่งมีความบกพร่องและสูญเสียหรือสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย หรือจิตใจ ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการกระทำกิจวัตรประจำวัน การเรียน การประกอบอาชีพ และมีความสัมพันธ์ทางสังคมได้เหมือนปกติ (คง สุวรรณรัต, 2529: 33) ดังนั้นโรคประจำตัว ความผิดปกติ หรือความพิการทางร่างกายโรคประจำตัวนับว่าเป็นตัวแปรหนึ่งที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดต่ำลงได้

ความหมายโรคเรื้อรังและความพิการ

โรคเรื้อรัง ตามนิยามที่กระทรวงสาธารณสุขใช้มี 2 นิยาม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2549: 4) คือ

โรคเรื้อรัง คือ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ไม่ติดต่อหรือภาวะที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายตามอายุ ส่วนใหญ่จะไม่มีสาเหตุที่แน่นอน มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง มีระยะพักตัวของโรค รวมถึงระยะเวลาของการดำเนินโรคที่ยาวนาน ไม่ติดต่อโดยการสัมผัส สามารถทำให้เกิดความพิการหรือการทำงานที่ผิดปกติของร่างกาย และรักษาไม่หาย

โรคเรื้อรัง คือภาวะที่มีความผิดปกติหรือเบี่ยงเบนไปจากปกติของร่างกาย เป็นภาวะที่เป็นถาวร ทำให้เกิดความพิการ เกิดจากความเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพที่ไม่สามารถรักษาให้กลับคืนเป็นปกติได้ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะนี้ต้องการกายภาพบำบัดหรือการปรับตัวสำหรับภาวะนี้ นอกจากนี้ยังต้องการรักษาติดตามการดูแลในระยะยาว

ความพิการทางร่างกาย คือ ผู้ที่มีลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ได้แก่ พิกัด แขนขา สูญเสียการเคลื่อนไหว พิกัดทางการได้ยิน เช่น หูหนวก เป็นใบ้ พิกัดทางสมอง ปัญญา หรือพิการทางตา ตาบอด (ฉวีวรรณ บุญสุยา และคณะ, 2550: 132)

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยให้ความหมายโรคประจำตัว ความผิดปกติ หรือความพิการทางร่างกาย หมายถึง การเป็นโรคเรื้อรัง คือ โรคประจำตัวที่รักษาติดต่อกันเกิน 3 เดือนแล้วไม่หาย ยังต้องรักษาต่อไป (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2549: 4)

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคประจำตัว ความผิดปกติ หรือความพิการทางร่างกาย

กอบกุล สุดสวัสดิ์ (2541) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า การมีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการผันแปรของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

มัลโรว์และคณะ (Mulrow CD et al., 1990) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความบกพร่องในการได้ยินและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุชาวอเมริกา โดยการออกแบบเครื่องมือให้ระบุถึงชนิด บริเวณที่บกพร่องในการได้ยิน ประสิทธิภาพของผู้สูงอายุ การสูญเสียการได้ยิน และกำหนดคำแนะนำให้เหมาะสม ผู้ประเมินเป็นผู้สูงอายุชายที่มีความชำนาญในการตรวจความบกพร่องในการได้ยินที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นผู้คัดกรองการสูญเสียการได้ยิน และประเมินคุณภาพชีวิตด้วยเนื้อหาที่มีความครอบคลุมทั้งแบบเฉพาะโรคและแบบทั่วไป ในกลุ่มตัวอย่าง 472 คน ซึ่งจากการทดสอบการได้ยิน มีจำนวน 106 คนที่สูญเสียการได้ยิน พบว่าการสูญเสียการได้ยินมีความสัมพันธ์กับด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) และมีความสัมพันธ์กับด้านสังคม ($p=0.001$) รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับปัญหาในการติดต่อสื่อสาร ($p=0.02$)

สุริชัย จิตตะพันธ์กุลและคณะ (2545: 1-4) อ้างในสถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2547: 9) ได้ประมวล วิเคราะห์ และสังเคราะห์ ผลการประชุมที่

เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า โรคและปัญหาสุขภาพ ที่สำคัญในประชากรสูงอายุของไทย คือ โรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคที่มีผลต่อประสาทสัมผัส เช่น การมองเห็น การได้ยิน เป็นต้น โรคที่มีผลต่อการเคลื่อนที่ เช่น โรคหลอดเลือดในสมอง โรคข้อ อุบัติเหตุ เป็นต้น นอกจากนี้โรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคกระดูกพรุน โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และกลุ่มอาการสมองเสื่อม เป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุไทย โดยพบว่าเป็นปัญหาในเขตเมืองในมากกว่าเขตชนบทโดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร ปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ การหกล้ม และ โรคซึมเศร้า เป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีความสำคัญเช่นเดียวกันทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ผู้สูงอายุร้อยละ 40 มีโรคหรือปัญหาสุขภาพมากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 19 มีโรคที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำและควรจะได้ (ทุพพลภาพระยะยาว) และร้อยละ 7 ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลกิจส่วนตัว เช่น อาบน้ำ การสวมเสื้อผ้า หรือการรับประทานอาหาร เป็นต้น แนวโน้มของปัญหาสุขภาพทั้งโรค ภาวะทุพพลภาพ และภาวะพึ่งพาจะสูงขึ้นในอนาคต ทำให้การใช้จ่ายทางทรัพยากรด้านการแพทย์ การสาธารณสุขและด้านอื่นๆ ในอนาคตจะสูงขึ้นอย่างมาก

เขมิกา ขามะรัต และคณะ (2541) ศึกษา สุขภาพทางเพศของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสอบถามชนิดให้เขียนตอบเอง และส่งทางไปรษณีย์ผ่านชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2539 รวม 275 คน พบว่า ผู้สูงอายุเห็นด้วยที่ชายอายุ 60 ปีขึ้นไปยังคงมีเพศสัมพันธ์ต่อไป ส่วนผู้ที่คิดว่าผู้สูงอายุหญิงควรร่วมเพศได้ต่อไปนั้นลดน้อยลง ผู้สูงอายุทั้งหญิงและชายคิดว่า ผู้สูงอายุควรร่วมเพศโดยเฉลี่ยเดือนละ 2 ครั้ง ซึ่งมีอัตราสูงกว่าค่าเฉลี่ยของการร่วมเพศที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ตอบ คือ ส่วนใหญ่มีการร่วมเพศประมาณเดือนละ 1 ครั้ง รองลงมาเดือนละ 2-3 ครั้ง ความบ่อยครั้งของการร่วมเพศขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น สุขภาพทางกาย สมรรถภาพทางเพศ ความพร้อมของคู่ และโอกาส เป็นต้น หรืออีกส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากการไม่มีการร่วมเพศแล้ว โดยมีสาเหตุจากเหตุผลดังกล่าวและ/หรือการไม่มีความต้องการทางเพศ การไม่สามารถร่วมเพศได้ การขาดคู่อุปการะ คู่สมรสเจ็บป่วยหรือปฏิเสธการร่วมเพศ รวมทั้งเหตุผลเนื่องจากการอายุลูก และสนใจในการศึกษาธรรมะมากกว่า เป็นต้น ประกอบกับปัญหาสุขภาพทางเพศที่พบได้แก่ ความต้องการทางเพศ และสมรรถภาพทางเพศลดลง สุขภาพทางกายด้านอื่น ๆ มีผลกระทบต่อสุขภาพทางเพศ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น ปัญหาในการร่วมเพศของชายส่วนใหญ่ คือ การหลั่งน้ำอสุจิเร็ว รองลงมา คือ การหลั่งน้ำอสุจิช้า สำหรับปัญหาของฝ่ายหญิง คือ ความเมื่อยหน่ายในการร่วมเพศ ซึ่งปรากฏตรงกับปัญหาของฝ่ายชายที่คู่สมรสปฏิเสธการร่วมเพศ ไม่มีความต้องการทางเพศ หรือสุขภาพไม่ดี หรือขาดคู่อุปการะเป็นหม้าย

วรรณภา ศรีธีรรัตน์ และพ้องพรรณ อรุณแสง (2546) ได้ศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุจากเสียงสะท้อนหนังสือพิมพ์รายวันไทย พบว่า สมรรถภาพทางเพศและความต้องการทาง

เพศ เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุรวมทั้งเป็นการสะท้อนถึงภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ

สิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเป็นกลุ่มตัวแปรเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อกระดูก ประกอบด้วยประเภทบ้านที่อาศัย เขตที่อยู่อาศัย ปัญหาสภาพที่อยู่อาศัยบริเวณใกล้บ้าน ชุมชน

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสภาพแวดล้อม นับว่าเป็นเรื่องที่ซับซ้อนมาก จึงเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกที่ดีต่อบ้าน ชุมชน ที่อยู่อาศัย ทำให้มีความสะดวก เกิดความสงบความเป็นส่วนตัว ปราศจากโจร รวมทั้งมีความพึงพอใจในสถานบริการบริเวณใกล้บ้าน ย่อมทำให้ชีวิตเป็นสุข สามารถสะท้อนถึงประสบการณ์ที่ดี มีความสุข หรือคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีผลต่อสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ

สิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ซึ่งรวมทั้งตัวบ้านและบริเวณบ้าน นับว่ามีความสำคัญต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุ เพราะสภาพที่อยู่อาศัยถาวร มั่นคง แข็งแรง ย่อมทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในที่อยู่อาศัย ไม่ต้องกลัวว่าจะได้รับอุบัติเหตุอันเกิดจากความไม่แข็งแรงของตัวบ้าน จากการศึกษาประชากรไทย สภาพแวดล้อมอื่นๆ เช่น ความสะอาดภายในบ้าน การถ่ายเทอากาศ และบรรยากาศ ที่ปลอดโปร่งย่อมจะมีผลต่อจิตใจ อารมณ์ของผู้อยู่อาศัย มีความสงบเยือกเย็น โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นบุคคลที่ผ่านชีวิตการทำงาน ความเหน็ดเหนื่อยมาเป็นเวลานาน และอยู่ในวัยที่ต้องการความพักผ่อน การมีสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่ดีย่อมเป็นผลดีต่อสภาพร่างกาย อารมณ์จิตใจของคนชรา

ดังนั้น สภาพที่อยู่อาศัย เป็นสภาพแวดล้อมทางกายและเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ

สมพร ชัยยุทธ์ (2542) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันเมื่อมีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะโภชนาการ และลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัวแตกต่างกัน

เกริกศักดิ์ บุญยานุพงศ์ และคณะ (2534) อ้างในสุริย์ กาญจนวงศ์ และคณะ (2538: 20) จากการสัมภาษณ์และผลการบันทึกจากการสังเกตสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยในเขตชนบทและเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า 3 ใน 4 ของผู้สูงอายุทั้งหมดเป็นเจ้าของบ้านที่อยู่อาศัย และเมื่อ

พิจารณากำแพงบ้านและวัสดุที่สร้างบ้านพบว่า ร้อยละ 70 เป็นบ้านชั้นเดียว มีอากาศถ่ายเทเป็นอย่างดีและสะอาด เมื่อเปรียบเทียบสภาพความมั่นคงแข็งแรงของที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเมืองได้อยู่ในบ้านที่มีสภาพมั่นคง แข็งแรง และปลอดภัยกว่าคนชราในชนบท แต่ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีโอกาสสัมผัสกับธรรมชาติหรือสิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัยมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง

วรรณ กุมารจันทร์ (2543) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน เปรียบเทียบระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศรีเมือง พลัณฑุทธิ์, ฟรีด แวน เกรียนแวน และ เกื้อ วงศ์บุญสิน (2549: 171) ได้ศึกษา การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบคลุม ชุมชน พบว่า สภาพแวดล้อมที่บ้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษาของณัฐเศรษฐ มนินนาร และคณะ (2551: 394-399) เรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในเมืองและในชนบทของประเทศไทย เพื่อศึกษาความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง สภาพจิตใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ซึ่งอาศัยในเขตเมือง และเขตชนบท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟู รูปแบบเป็นการศึกษาไปข้างหน้าเชิงวิเคราะห์ แบบ multi-center โดยวัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ เก็บข้อมูลจากสถาบันที่เข้าร่วมโครงการ 9 แห่ง พบว่า การอาศัยในเขตเมืองและในชนบทของผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ไม่มีผลต่อความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง สภาพจิตใจ และคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

เป็นกลุ่มตัวแปรเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย กิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐาน กิจกรรมประจำวันต่อเนื่อง กิจกรรมทางศาสนา ดังนี้

กิจกรรมในชีวิตประจำวันขั้นพื้นฐานและต่อเนื่อง

กิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily living) เป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นสำหรับมนุษย์ ที่ทุกคนจะต้องปฏิบัติให้แก่ตนเอง เพื่อให้มีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขโดยไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น แจคเคิล (Jackle, 1974: 362 อ้างใน จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์, 2535: 45) ได้กล่าวว่า บุคคลที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองจะรู้สึกว่าคุณค่า และชีวิตนี้ยังมีความหมาย

อีกประเด็นหนึ่ง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุบ่งบอกถึงสมรรถภาพทางกายที่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงภาวะสุขภาพ และความสุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุได้

โรคข้อกระดูก เป็นสาเหตุทำให้เกิดตามัวจนถึงขั้นมองไม่เห็น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็น ข้อกระดูกเนื่องจากเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมตามวัย ในประสาทสัมผัสทั้งห้าที่มนุษย์เราต้องอาศัยนั้น ต้องอาศัยดวงตาถึงร้อยละ 80 ต่อวันในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ อาทิเช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานและต่อเนื่อง กิจกรรมอดิเรก หากดวงตาของบุคคลใดถึงกับตาบอด ทำให้เกิดข้อบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง ฯลฯ การได้รับบาดเจ็บ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง สามารถในการดูแลตนเองได้ถือเป็นสิ่งสำคัญ เพราะไม่ใช่เป็นการแสดงถึงการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีเท่านั้น แต่นั้นหมายถึงทำให้ผู้สูงอายุ มีความเป็นอยู่ที่ดี มีความผาสุกทางสังคม

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันขึ้นพื้นฐานและต่อเนื่อง

จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน กับ ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า กิจกรรมผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตระดับสูงมีกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง และลักษณะประชากร ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะที่อยู่อาศัย และภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งภาวะสุขภาพ กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน และลักษณะที่อยู่อาศัยสามารถร่วมกันทำนายความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้ถึงประมาณ ร้อยละ 61.0 อีกทั้งยังพบว่า ปัจจัยทางประชากรมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน ยกเว้นเพศ

ประนอม โททกานนท์ ชวนพิศ สันธูรการและผ่องใส เจนสุกการ (2543: 89) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มที่มีความพึงพอใจในชีวิต กับกลุ่มที่ไม่มีความพึงพอใจในชีวิต ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจในชีวิตกับกลุ่มที่ไม่มีความพึงพอใจในชีวิตจำนวน 73 คู่ ทำการจับคู่ใน 3 เรื่อง คือ เพศ อายุ ศาสนา และระดับการศึกษา เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในชีวิต มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และโดยรวมดีกว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่มีความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

วลัยพร ศรีสาธิต (2542) ได้ศึกษา การทำงานบ้านของผู้สูงอายุโครงการนำร่องของกรมประชาสัมพันธ์ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะทำงานบ้านเรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ ทำ

ความสะอาดบ้านมากที่สุด รองลงมาคือ การทำกับข้าว การซัก/รีดเสื้อผ้า และการดูแลเด็กเล็ก ส่วนงานบ้านที่ทำน้อยที่สุด คือ การไปซื้อกับข้าว

อรุณี บุญอุรพิภิญโญ (2542) ได้ศึกษา ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธิตารณสุข ภาค 2 กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในชีวิตสูง และผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีการมองเห็นคุณค่าในตนเองสูง ซึ่งสามารถเป็นที่พึ่งพาของผู้อื่น ได้รับความเข้าใจจากครอบครัว และมีความพร้อมในการเรียนรู้ได้มาก

กิจกรรมทางศาสนา

กิจกรรมทางศาสนา เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นแบบแผนความคิด ความเชื่อ การกระทำในเรื่องเกี่ยวกับจิตใจและเป็นสถาบันที่ครอบคลุมในเรื่องต่าง ๆ เช่น การปฏิบัติของพระภิกษุต่อพระภิกษุ พิธีกรรมต่างๆ ความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตในโลกนี้โลกหน้า เป็นต้น คนไทยนิยมไปทำบุญที่วัด งานบุญเป็นงานที่ผู้สูงอายุมีบทบาทมากในการชักนำ หรือเป็นผู้นำประกอบพิธีกรรมต่างๆ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542: 173) นับว่าศาสนาและผู้สูงอายุมีความใกล้ชิดกันอยู่ค่อนข้างมากทั้งในสังคมสมัยเดิมและสมัยใหม่ ผู้สูงอายุมีชีวิตรยาวนานนั้นเป็นคุณลักษณะอย่างหนึ่ง กล่าวคือ คนที่มีอายุมากมักจะมีประสบการณ์ชีวิต สะสมความรู้ มีการปฏิบัติภารกิจทางศาสนาмаยาวนาน และใช้เวลาในการไตร่ตรองเรื่องศาสนา ศาสนาช่วยเป็นสื่อกลางที่จะเชื่อมโยงคนในปัจจุบันกับคนที่เป็นบรรพบุรุษได้ดี ศาสนามีความสำคัญกับผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม จากทฤษฎีกิจกรรมเชื่อว่า ผู้ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้มาก ย่อมมีโอกาสพบปะเพื่อนฝูงวัยเดียวกันและมองเห็นโลกกว้างขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาเหงาหรือเศร้าซึม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตและคุณภาพชีวิตสูงตามไปด้วย (Berghorn et al, 1981)

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางศาสนา

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะให้ความสนใจหรือหันเข้าหาวัดหรือธรรมะเมื่อมีอายุมากขึ้น (บริบูรณ์, 2528: 113) ซึ่งสุนทรี โคมินและสนิท สมักรการ (2522) อ้างในสถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2547: 43) ได้ทำการศึกษาแล้ว พบว่าชาวชนบทมีความเชื่อทางศาสนาสูงกว่าชาวเมือง ผู้มีระดับการศึกษาต่ำมีความเชื่อสูงกว่าผู้มีการศึกษาสูง ผู้มีอาชีพชาวนา ค้าขายเล็กน้อย มีความเชื่อมากกว่าผู้มีอาชีพธุรกิจและข้าราชการ ผู้มีรายได้ต่ำ มีความเชื่อมากกว่าผู้มีรายได้สูง ในขณะที่สายสีทอง ณ ภูเก็ต (2543) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปฏิสัมพันธ์กับวัดและศาสนามาก คือ เพศหญิง อยู่อาศัยในพื้นที่ชนบทไม่มีความเจ็บป่วยมีการศึกษาสูงและเป็นโสดหรือหย่าร้าง และจักรวาล ต่างมงคล (2545) อ้างในสถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่ง

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2547: 44) พบว่า ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาสูงที่สุดมีความเชื่อทางพุทธศาสนาและการปฏิบัติทางพุทธศาสนาในระดับสูง โดยผู้เป็นสมาชิกชมรมมีการปฏิบัติทางศาสนามากกว่าผู้ไม่เป็นสมาชิกชมรม

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2544: 176) อ้างถึงใน สมหมาย ขวัญพราย (2545: 13) จากการศึกษาเกี่ยวกับสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุ พบว่า บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนนั้น มักเป็นการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้กับชุมชนตนเอง เป็นการรวมกลุ่มกันอย่างไม่เป็นทางการ ความจริงผู้สูงอายุเองได้มีการรวมกลุ่มมานานแล้วตามธรรมชาติ เช่น รวมกลุ่มตัวกันประกอบกิจกรรมทางศาสนา และประเพณีต่างๆ ให้ผู้สูงอายุเป็นผู้นำโดยปริยาย เช่น งานบวช งานมงคลสมรส งานทอดกฐิน งานผ้าป่า งานตักบาตร และงานศพ เป็นต้น นอกจากนั้นชุมชนช่วยสนับสนุนและส่งเสริมคุณค่าของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุได้ถ่ายทอดความรู้ความสามารถของตนให้แก่ลูกหลานได้เรียนรู้สืบทอดไป เช่น การทำขนมไทย การทำอาหาร การขับร้องเพลงพื้นบ้าน ดนตรีไทย นาฏศิลป์ งานช่าง ศิลปะ งานประดิษฐ์ และภูมิปัญญาชาวบ้าน ต่างๆ อีกด้วย

ปัจจัยการบริการ ด้านสุขภาพและ ด้านคุณภาพชีวิต

ปัจจัยการบริการ ด้านสุขภาพและ ด้านคุณภาพชีวิต แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวแปรเกี่ยวกับการบริการด้านสุขภาพและการบริการด้านคุณภาพชีวิต โดยแต่ละกลุ่มจะประกอบ ด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่ สถานบริการ ลักษณะบริการ การเข้าถึงบริการ และ ผู้บริการ

ระบบการจัดบริการทางสังคม มีความเกี่ยวข้องกับการป้องกัน การแก้ไขปัญหการพัฒนา และการส่งเสริมความมั่นคงทางสังคม เพื่อตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานของประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้อย่างทั่วถึง เหมาะสม เป็นธรรม และให้เป็นไปตามมาตรฐานทั้งทางด้านการศึกษา สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย การทำงานและการมีรายได้ นันทนาการ กระบวนการยุติธรรม และบริการทางสังคม ทั่วไปโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิที่ประชาชนจะต้องได้รับ และการมีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการสังคมทุกระดับ (มาตรา 3)

ความหมายที่เกี่ยวข้องกับการบริการด้านคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ

จากความหมายข้างต้นดังกล่าว งานสวัสดิการสังคม เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ที่ดี (Well - being) ของคนในสังคม ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดสวัสดิการสังคม ที่ได้กล่าวไว้ในตอนต้นว่า คุณภาพชีวิตของบุคคลและสังคม ประกอบด้วยหลายด้าน (ทัศนีย์ ลักษณะวิชานิช, 2548:42 -143) คือ

1. การศึกษา
2. สุขภาพอนามัย

3. ที่อยู่อาศัย
4. การทำงานและการมีรายได้
5. การพักผ่อนหย่อนใจ
6. ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
7. การบริการสังคมระดับบุคคล

นอกจากนั้นในมาตรา 5 ของพระราชบัญญัตินี้ได้กำหนดแนวทางการจัดสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้รับบริการสวัสดิการสังคมโดยคำนึงถึงเรื่องต่อไปนี้

1. สถานะต่าง ๆ ที่จะดำเนินการตามความจำเป็นและเหมาะสม เช่น การบริการทางสังคม การศึกษา สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย การฝึกอาชีพ การประกอบอาชีพ นันทนาการ และกระบวนการยุติธรรม เป็นต้น

2. ลักษณะหรือรูปแบบ และวิธีการในการดำเนินการ เช่น การส่งเสริม การพัฒนา การสงเคราะห์ การคุ้มครอง การป้องกัน และการบำบัดฟื้นฟู เป็นต้น

ทั้งนี้ ในการจัดสวัสดิการดังกล่าว ควรให้มีการส่งเสริมและสนับสนุนของบุคคล ครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรวิชาชีพ สถาบันศาสนา และองค์กรอื่นได้มีส่วนร่วมด้วย (ระติพรรณ คำหอม, 2545: 2526 อ้างถึงในทัศนีย์ ลักษณะภิชนชัย (2548: 142 - 143)

เวิร์ด (Word, 1979: 302 อ้างใน จุลเทพ ชีระชาดา, 2537: 22-23 อ้างใน สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2547: 38) อธิบายถึงบริการที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุและสามารถบรรเทาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี ต้องมีลักษณะดังนี้

1. เป็นบริการที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นการให้บริการที่มีจุดมุ่งหมายไปที่ผู้กำลังเข้าสู่วัยที่จะต้องเข้ามาอยู่ในสังคมใหม่ และปรับตัวต่อบทบาทและสถานการณ์ใหม่ กิจกรรมต่างๆของการบริการนี้ ได้แก่ การให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับรายได้และความทุกข์ใจ กังวลใจต่างๆและการชักชวนผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น

2. บริการที่ให้การสนับสนุน (Supportive Service) บริการประเภทนี้มีจุดมุ่งหมายไปที่ผู้สูงอายุที่อายุมากแล้ว เพื่อช่วยเหลือให้ดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เช่น การเยี่ยมเยียนบ้านเพื่อให้บริการดูแลสุขภาพ ให้ความปรึกษาแนะนำในเรื่องต่างๆและการจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดความสนุกเพลิดเพลิน เป็นต้น

3. บริการด้านที่พักอาศัย (Congregate and Shelter Care Service) เป็นการ จัดที่พักอาศัยและให้การดูแลอย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุข

4. บริการด้านการป้องกันและรักษาความปลอดภัย (Protective Service) เป็นการ จัด บริการทางด้านการป้องกันรักษาความปลอดภัย รักษาสิทธิและสวัสดิการ กิจกรรม บริการประเภทนี้ ได้แก่ บริการด้านกฎหมาย การให้ความช่วยเหลือในเรื่องการการด้านการเงิน เป็นต้น

5. บริการทางด้านอำนวยความสะดวกในการดูแลรักษา (Care Facilities and Service) บริการประเภทนี้จะมีจุดมุ่งหมายที่ผู้สูงอายุจะเจ็บป่วยให้ได้รับความสะดวกในด้านการรับการรักษาพยาบาล

จากแนวคิดการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุดังกล่าว จุลเทพ ธีระธาดา (2537: 23-24) อ้าง ในสถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2547: 39) ได้จำแนกการให้บริการ ตามลักษณะกิจกรรมที่จะจัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งดำเนินการอยู่ในประเทศไทย เป็นด้านต่างๆ เช่น

- บริการด้านสุขภาพอนามัย เช่น บริการคลินิกผู้สูงอายุ บริการอาสาสมัคร สาธารณสุข บริการส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกาย บริการฟื้นฟูด้านกายภาพบำบัด บริการบัตร สุขภาพ รักษาพยาบาลฟรี เป็นต้น
- บริการด้านการศึกษา เช่น การจัดสัมมนาและการบรรยายเรื่องที่เป็นประโยชน์ ต่อผู้สูงอายุ การฝึกอาชีพเพื่อเป็นรายได้ หรือเพื่อเป็นกิจกรรมเวลาว่าง ฯลฯ
- บริการด้านนันทนาการวัฒนธรรมและสังคม เช่น การจัดกิจกรรมเพื่อความ บันเทิง การแสดง การร้องรำทำเพลง การจัดกิจกรรมในวันสำคัญทางศาสนา การจัดกิจกรรมพัฒนา สังคม ฯลฯ
- การบริการให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เป็น ศูนย์ บริการทางสังคมสงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ฯลฯ
- ด้านบริการที่พักอาศัย เป็นกิจกรรมด้านการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ เช่น การจัด สถานสงเคราะห์ หรือบ้านพักฉุกเฉิน เป็นต้น

การจัดบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย

การปรับเปลี่ยนที่สำคัญในกระบวนการจัดบริการสุขภาพ คือ วิวัฒนาการ แนวคิดจากแนวทางที่รัฐจัดบริการสุขภาพให้ประชาชนอย่างทั่วถึงในรูปแบบของการช่วยเหลือเยี่ยง สังคมสงเคราะห์ (Charity) มาเป็นแนวคิดเป็นผู้รับผิดชอบต่อบริการทางสุขภาพของประชาชน (State Welfare) หรือร่วมกับแนวคิดการพึ่งพาตนเองโดยส่งเสริมการออมของประชาชน (Saving Fund) ให้เป็นเครื่องมือนำไปสู่อุดมการณ์ประชาชนสามารถเข้าถึงสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน (Universal Coverage) (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2549: 233-234)

การกำหนดโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพให้แยกบทบาทภารกิจอย่างชัดเจนจะช่วยให้ครอบคลุมได้ทั่วถึงและเป็นธรรม ในขณะที่การจัดประสิทธิภาพและคุณภาพได้มาตรฐานเดียวกัน การบริการสุขภาพจึงจำแนกเป็น

1. การบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการที่เป็นชุมชน ดูแลให้บริการแก่ประชาชนในชุมชนอย่างใกล้ชิดสอดคล้องกับลักษณะปัญหา และเงื่อนไขทางเศรษฐกิจและสังคมของชุมชนโดยเป็นผู้ส่งต่อผู้มีปัญหาทางสุขภาพไปสู่บริการในระดับที่สูงขึ้นไปตามความจำเป็น
2. การบริการสุขภาพทุติยภูมิ เป็นบริการที่ดูแลปัญหาสุขภาพประชาชนที่ซับซ้อน และเกินความสามารถของบุคลากรวิชาชีพในระดับปฐมภูมิ เป็นผู้ให้บริการที่ส่งต่อขึ้นมาแต่เป็นการดูแลสุขภาพด้วยมาตรฐานที่กำหนดเท่าเทียมกัน
3. การบริการสุขภาพตติยภูมิ เป็นบริการในระดับส่วนกลางซึ่งเน้นหนักในการศึกษาวิจัย นอกเหนือจากมาตรฐานการรักษาพยาบาลสำหรับประเทศไทย เนื่องจากวิวัฒนาการของระเบียบวิธีการรักษาพยาบาลและดูแลชุมชนปรับเปลี่ยนไปรวดเร็วมาก นอกจากนั้นยังทำหน้าที่ผลิตบุคลากรวิชาชีพเฉพาะด้านให้กับสถานบริการด้านสุขภาพในระดับต่างๆ
4. การบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ เป็นบริการที่เป็นของท้องถิ่นเชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ระดับปฐมพยาบาล การนำส่งผู้ป่วย และสถานให้บริการฉุกเฉินที่ช่วยกู้ชีพ และป้องกันการเสียชีวิต หรือความพิการ

ความหมายของการบริการ ด้านสุขภาพ

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2547) กล่าวว่า การบริการสุขภาพ หมายถึง การบริการต่างๆที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพรวมถึงการบริการสาธารณสุขด้วย

คณะกรรมการการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม วุฒิสภา (2534: 26) ได้กำหนดขอบเขตของการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ดังนี้

- การให้บริการสาธารณสุขพื้นฐาน หมายถึง การให้บริการสาธารณสุขผสมผสานทั้งทางด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ประชาชน โดยสถานบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- การให้บริการรักษาพยาบาล หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ด้านการตรวจวิเคราะห์โรคและการรักษาพยาบาล รวมทั้งการให้โลหิตและส่วนประกอบของโลหิตทดแทนน้ำยา หรืออาหารทางหลอดเลือด ออกซิเจน และอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการรักษาพยาบาลตลอดจนอาหารผู้ป่วย ตลอดเวลาที่เข้ารักษาพยาบาล โดยยึดหลักการช่วยชีวิตเป็นหลักสำคัญ รวมทั้งการการถอนพิษ การอุดฟันและการขูดหินปูน ไม่รวมถึง การบริการ

พิเศษ หรืออาหารพิเศษ การบริการด้านสัลยกรรมตกแต่ง แวนตา อวัยวะเทียม (ยกเว้น แขน ขาเทียม ที่หน่วยงานราชการผลิตได้)

ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพ

คราวิทและแอนเดอร์สัน (Kravits and Anderson, 1975 อ้างในกุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไทมม, 2539: 7) ได้เสนอกรอบของการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพว่า การตัดสินใจในการแสวงหาบริการทางการแพทย์และปริมาณการใช้บริการจะมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก ๆ 3 อย่าง คือ

1. ปัจจัยโน้มนำที่มีอยู่ก่อน (Predisposing factors) หมายถึง ตัวแปรต่างๆ ของแต่ละบุคคลที่โน้มนำไปสู่การใช้บริการสุขภาพ คุณสมบัติเหล่านี้มีอยู่ก่อนที่จะเกิดการเจ็บป่วยได้แก่

1.1 ปัจจัยทางประชากร เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ขนาดครอบครัว เป็นต้น

1.2 ปัจจัยทางสังคม เช่น การศึกษา อาชีพ ศาสนา เชื้อชาติ เป็นต้น

1.3 ความเชื่อด้านสุขภาพ เช่น ความเชื่อว่าการรักษาด้วยแผนปัจจุบันสามารถรักษา อาการเจ็บป่วยได้ดีกว่า

2. ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factors) หมายถึงปัจจัยที่บ่งบอกหรือส่งเสริมความสามารถของแต่ละบุคคลในการใช้บริการสุขภาพทั้งความสามารถเชิงเศรษฐกิจและการเข้าถึงบริการ ได้แก่ ทรัพยากรของครอบครัว เช่น รายได้ การประกันสุขภาพ ที่อยู่อาศัย และทรัพยากรชุมชน เช่น การมีสถานบริการ และ บุคลากร ในชุมชน

3. ปัจจัยด้านความจำเป็น (Need factors) ประกอบด้วยความจำเป็น 2 อย่าง คือ ความจำเป็นที่เกิดจากการรับรู้ (Perceived need) ของแต่ละบุคคล เช่น การรับรู้เกี่ยวกับลักษณะความเจ็บป่วยและความรุนแรงของความเจ็บป่วย และความจำเป็นที่ได้รับการประเมินจากระบบการบริการ เช่น แพทย์ลงความเห็นว่าต้องรับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เป็นต้น

การศึกษาปัจจัยกำหนดการใช้บริการสุขภาพของแต่ละบุคคลได้รับการขยายกรอบการศึกษาโดยอเดย์ แอนเดอร์สัน (Aday and Anderson, 1979) อ้างในกุศล สุนทรธาดาและวรชัย ทองไทม (2539: 9) ว่าการใช้บริการสุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับการใช้ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านโครงสร้างข้างต้นเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือลักษณะด้านระบบบริการสุขภาพ (เช่น ปริมาณของสถานบริการ การกระจายตัวของสถานบริการ สถานที่ตั้งหรือผู้ให้บริการ เป็นต้น) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวทำให้เกิดความเป็นไปได้ในการเข้าถึงบริการ รวมทั้งความพอใจของผู้ใช้บริการ (Consumer

satisfaction) ในแง่ของความสะดวกสบาย การมีบริการที่ต้องการ ค่าใช้จ่าย ลักษณะของผู้ให้บริการ และคุณภาพของบริการ ซึ่งจะก่อให้เกิดการเข้าถึงบริการและการใช้บริการสุขภาพ

นอกจากนี้แนวคิดทางเศรษฐศาสตร์ของเฮร์ชชีและคณะ (Hershy et al., 1975) อ้างในกุศล สุนทรธาดาและวรชัย ทองไทย (2539: 7) เกี่ยวกับแบบจำลองของพฤติกรรมการใช้บริการ (Model of utilization behavior) ว่าเป็นผลมาจากปัจจัยทั้งสองด้านนี้ คือ ด้านผู้รับบริการ (Demand) และด้านผู้ให้บริการ (Supply) โดยที่ความต้องการบริการนั้นถูกกำหนดมาจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในร่างกาย (Pathology) ซึ่งอาจจะอาศัยประสบการณ์จากอดีต (Recognition of symptoms) ความจำเป็นหรือความต้องการในการรักษา (Want/Need) และถ้าเขามีอำนาจซื้อก็จะทำให้เกิดความต้องการในการรักษา (Demand) แล้วส่งผลให้เกิดการใช้บริการ (Utilization)

อเดย์ และ แอนเดอร์สัน (Aday and Anderson, 1979) อ้างในกุศล สุนทรธาดาและวรชัย ทองไทย (2539: 8) ได้สรุป รวบรวมแนวคิดของนักวิจัยหลายๆ คน พบว่า กลุ่มของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาปัจจัยกำหนดการใช้บริการสุขภาพ มี 7 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มตัวแปรทางประชากร เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส
2. กลุ่มตัวแปรด้านโครงสร้างสังคม ได้แก่ การศึกษา อาชีพ และเชื้อชาติ
3. กลุ่มตัวแปรทางด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ การรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค
4. กลุ่มตัวแปรด้านทรัพยากรของครอบครัว ได้แก่ รายได้ ความครอบคลุมถึงของการประกันสุขภาพ มีสถานบริการที่จะไปใช้เป็นประจำ
5. กลุ่มตัวแปรด้านทรัพยากรชุมชน ได้แก่ อุปทานของบริการสุขภาพในชุมชนเขตที่อยู่อาศัย ลักษณะของชุมชนและการเข้าถึงบริการของชุมชน
6. กลุ่มตัวแปรด้านองค์กร ได้แก่ แบบแผนของผู้ให้บริการ ลักษณะของระบบบริการ และบุคลากรที่ผู้ป่วยพบเป็นด่านแรก
7. กลุ่มตัวแปรด้านระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ นโยบายทางด้านสาธารณสุขและระบบเศรษฐกิจโดยรวม

ปัจจุบันการบริการ ด้านสุขภาพและ ด้านคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุทั้งของภาครัฐและเอกชน นับว่ามีความสำคัญอีกด้านหนึ่ง เป็นลักษณะการจัดบริการที่สนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ คือ มีปัจจัยพื้นฐานเพียงพอต่อการครองชีพ มีกิจกรรมที่สร้างคุณค่าให้แก่ตนเอง และ โอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของครอบครัวและสังคม เพื่อการพึ่งตนเองได้

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริการ ด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิต

สมพร ใจสมุทร (2547) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตลาดกระบัง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (87.4%) และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า การเข้าถึงการบริการสุขภาพ ความสามารถในการช่วยตนเองและการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต ($p < 0.05$)

กันยาลักษณ์ เตชะพงศ์วรชัย (2545) ได้ศึกษา ผลของการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL-Brief) พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนที่ใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนสูงกว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการบริการสุขภาพตามปกติ

วันทนิย์ จำเพ็ง (2540) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนบทจังหวัดนครราชสีมา จากผลการศึกษา มีข้อเสนอแนะกับผู้เกี่ยวข้องควรดำเนินการดังนี้คือ ส่งเสริมการสร้างความสัมพันธ์อันดีในครอบครัว สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม จัดตั้งกลุ่มอาชีพที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ สำหรับการให้บริการสุขภาพ ควรดำเนินการทั้งเชิงรับและเชิงรุกไปพร้อมๆ กัน

มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ (2541) ได้ศึกษารอบครัวและผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีกรุงเทพมหานครและจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในสัดส่วนที่สูงไม่ทราบถึงบริการที่มีให้กับผู้สูงอายุในชุมชน และส่วนใหญ่ต้องการบริการด้านสุขภาพ บุคคลหลักที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในชนบท มักเป็นหลาน บทบาทของผู้ดูแลนั้น คือ การช่วยผู้สูงอายุเตรียมและทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน พาไปพบแพทย์ จะเพิ่มมากขึ้น

สุมาลี สังข์ศรี (2524) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสังคมและนันทนาการ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 55-70 ปี จาก 8 จังหวัดทั่วประเทศ พบว่า มีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 90 ยังร่วมกิจกรรมทางสังคมอยู่เป็นครั้งคราว เช่น งานบุญประเพณี งานของเพื่อนบ้านในชุมชน โดยมีข้อเสนอว่าต้องการให้ผู้ผู้นำหมู่บ้านหรือเจ้าหน้าที่จัดประชุมรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน หางานอดิเรกให้ผู้สูงอายุร่วมกันทำ และต้องการให้ครอบครัวช่วยพาไปร่วมกิจกรรมสังคมเป็นครั้งคราว ส่วนด้านการทำกิจกรรมนันทนาการ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นความจำเป็นที่จะต้องทำกิจกรรมพักผ่อนในยามว่างบ้าง กิจกรรมนันทนาการที่ชอบ คือ การพบปะพูดคุยกับลูกหลาน ญาติ เพื่อน รองลงมา คือ ดูโทรทัศน์ ศึกษาปฏิบัติธรรม และปลูกต้นไม้ ผู้สูงอายุต้องการได้รับรู้เกี่ยวกับ

ข้อควรระวังเรื่องสุขภาพในการทำกิจกรรมนันทนาการและกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ พร้อมทั้งต้องการให้ชุมชนจัดสถานที่สำหรับกิจกรรมนันทนาการของผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ

ส่วนที่ 2 ผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และในดวงตาของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Biological Change)

เมื่อเข้าสู่วัยชรา ร่างกายจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของเซลล์ เนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อลดความแข็งแรงลง ระบบประสาทและกล้ามเนื้อเสื่อมสภาพ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความมีอายุเกิดขึ้นในระบบต่าง ๆ (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2532; ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545: 542-547; สุรกุล เจนอบรม, 2534: 11-19; สุธีร์ อินตะประเสริฐ, 2547: 40-51) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายแต่ละระบบของผู้สูงอายุดังนี้

- ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular System)

ขนาดของหัวใจไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปมากในผู้สูงอายุ สำหรับผู้ที่มีหัวใจค่อนข้างโตนั้น มีความสัมพันธ์กันกับการเป็นโรคหัวใจ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ขาดการออกกำลังกายอาจส่งผลให้หัวใจห่อเหี่ยว กล้ามเนื้อหัวใจมีประสิทธิภาพลดลง แรงบีบของหัวใจก็ลดลง ซึ่งทำให้การทำงานของหัวใจเสื่อมลง การสูบฉีดเลือดของหัวใจต้องใช้เวลามากขึ้น อันส่งผลให้ร่างกายทำงานด้อยลง

ผนังหลอดเลือดแดงเล็ก ๆ จะหนาขึ้นและมีเกล็ดเคลือบมาจับที่ผนัง ทำให้รูของหลอดเลือดแคบ ไม่ยืดหยุ่น ขยายตัวได้น้อย เกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง ทำให้ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้น้อยลงถ้าหลอดเลือดแข็งเกิดที่อวัยวะตรงไหนก็จะเกิดความขัดข้องตรงอวัยวะนั้น เช่น ถ้าหลอดเลือดแข็ง ที่สมองทำให้สมองเกิดพิการ ถ้าเกิดที่หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจทำให้หัวใจเสื่อมทำงานไม่ได้เต็มที่ อนึ่งเลือดซึ่งจับตัวเป็นลิ่มอาจหลุดลอยไปตามกระแสเลือดไปอุดตันหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ หรือสมองก็ได้ ทำให้เป็นโรคหัวใจ อัมพฤกษ์และอัมพาตได้

- ระบบกล้ามเนื้อโครงกระดูก (Musculoskeletal System)

มีการเปลี่ยนแปลงในส่วนประกอบของกระดูก เช่น เกล็ดเคลือบมาจับที่กระดูกน้อยลง กระดูกหักง่าย ความแข็งแรงในการรองรับน้ำหนัก หรือรับน้ำหนักได้น้อยลง กระดูกผู้สูงอายุจึงเปราะและหักง่าย โดยเฉพาะในผู้หญิง นอกจากนั้นอาจมีธาตุแคลเซียมไปจับอยู่ในกระดูกอ่อน โดยเฉพาะอาจไปจับที่กระดูกอ่อนซี่โครงซึ่งจะแข็งตัวเมื่อมีแคลเซียมจับ ทำให้จำกัดการเคลื่อนไหวของกระดูกซี่โครง และทำให้การหายใจพลอยถูกจำกัดไปด้วย คือ หายใจไม่สะดวก

ความยืดหยุ่นของเอ็นรอบข้อต่อและเอ็นต่างๆของข้อต่อเสื่อมลง ทำให้เคลื่อนไหวได้ ไม่คล่องแคล่ว ยิ่งอยู่เฉยๆ ไม่ใช้ข้อ ทำให้ข้อต่อและเอ็นต่างๆ จะยิ่งแข็งขึ้นและเคลื่อนไหวยากขึ้น

กำลังและความเร็วในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง เนื่องจากความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและจำนวนกล้ามเนื้อลดลง แต่มีเนื้อเยื่ออย่างอื่นเข้าไปแทรกแทนที่ ส่งผลให้จำนวนของเซลล์กล้ามเนื้อจะยิ่งลดลง ไปจนปรากฏลักษณะพอมเหี่ยวแห้ง ทำให้ไม่มีแรง ไม่มีกำลัง ปวดเมื่อยตัวมือสั่น ขาสั่น

การหย่อนกำลังของกล้ามเนื้อหน้าท้องทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถเกร็งกล้ามเนื้อเพิ่มความดันในท้องได้ เบ่งไม่ไหว จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุท้องผูก ปัสสาวะลำบาก

- ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory System)

ผู้สูงอายุจะมีปอดที่มีขนาดเล็กลงและมีความยืดหยุ่นน้อยลง ทำให้มีการขยายและหดตัวไม่ได้เต็มที่ ทำให้ไม่สามารถขับสิ่งแปลกปลอมที่มาสะสมในปอดออกไปได้หมด การหายใจออกของปอดจะมีประสิทธิภาพลดลง ทำให้ปริมาณสิ่งตกค้างมีเพิ่มขึ้น ความสามารถในการหายใจมีประสิทธิภาพลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อและโรคติดเชื้อเกี่ยวกับทางเดินหายใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป หรือผู้ที่มีโรคประจำตัวเช่น เบาหวาน และสมองเสื่อมบางชนิด เช่น Alzheimer's disease จะมีโอกาสเป็นโรคปอดบวม (Pneumonia) ได้ง่าย

- ระบบการย่อยอาหาร (Gastrointestinal system)

เริ่มตั้งแต่การสูญเสียฟัน ซึ่งการสูญเสียฟันไม่ได้เกิดจากการที่คนเรามีอายุมากขึ้นโดยตรง แต่เป็นเพราะการดูแลฟันที่ไม่ดีพอ การรับประทานอาหารที่มีผลเสียต่อฟัน ตลอดจนจนสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีผลต่อรากฟันที่ถูกทำลาย ฟันผุและการสูญเสีย

ในแง่ของความรู้สึกในรสชาติของอาหารก็จะลดน้อยลง เป็นเพราะปุ่มรับรสของลิ้นเสื่อมลงไป นอกจากนี้คนที่สูบบุหรี่ก็จะมีอาการรับรสของลิ้นเสื่อมไปมากกว่าคนสูงอายุที่ไม่สูบบุหรี่ บริเวณที่รับรสหวานคือที่ปลายลิ้นจะมีการสูญเสียความรู้สึกในการรับรสมากกว่าส่วนอื่นๆ ที่รับรสเปรี้ยว เค็ม และขม ดังนั้นผู้สูงอายุมักชอบรับประทานอาหารที่ออกรสหวานมากกว่าปกติ

ในส่วนของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ ก็จะมีการหดและฝ่อเล็กน้อยลง เป็นเพราะปุ่มผนัง จำนวนเซลล์บริเวณพื้นผิวของการดูดซึมตรงผนังของลำไส้จะลดจำนวนลง การดูดซึมไขมันจะช้าลงและดูดซึม Dextrose และ Xylose ได้ยากขึ้น ตลอดจนความสามารถในการดูดซึมวิตามิน B,

B12, D, แคลเซียมและเหล็ก ถ้าได้มากเกินไปจะมีการหลั่งของน้ำเมือกลดลงและความยืดหยุ่นของผนังลำไส้ตรง ลดลง อย่างไรก็ตามในผู้สูงอายุที่แก่อย่างปกติหรือผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงตามวัยอย่างปกติ (Normal aging) จะไม่ค่อยมีปัญหาที่ทำให้การเคลื่อนไหวของอุจจาระผ่านลำไส้เสื่อมลง ซึ่งทำให้ท้องผูกแต่ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาท้องผูกบ่อย ๆ มักจะเป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพหลายประการ อันมีหลายปัจจัยด้วยกันที่ทำให้ผู้สูงอายุท้องผูก

- ระบบขับถ่าย (Excretory System)

การขับถ่ายปัสสาวะเกิดการเสื่อมหน้าที่ ทำให้ไตขับถ่ายของเสียได้น้อยลง ถ่ายเป็นปัสสาวะน้อย เนื่องจากกระเพาะปัสสาวะมีความจุลดลง ผู้สูงอายุบางรายอาจมีปัสสาวะขัดโดยเฉพาะในเพศชายจากต่อมลูกหมากโต ส่วนในเพศหญิงอาจมีการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เพราะกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อน เนื่องจากการคลอดบุตรหลายคน นอกจากนี้ ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง การดูดกลับของสารต่างๆ น้อยลง เป็นผลทำให้ร่างกายเกิดการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ได้

การขับถ่ายอุจจาระ ผู้สูงอายุมักจะท้องผูกจากระบบการย่อยอาหารไม่ปกติและร่างกาย มีกิจกรรมต่างๆ น้อยลง

- ระบบผิวหนัง (Integumentary System)

ไขมันใต้ผิวหนังจะค่อยๆ หดไปพร้อมกับกล้ามเนื้อฝ่อลีบไปด้วย ผิวหนังที่ไม่มีความยืดหยุ่นเพราะขาดไขมันใต้ผิวหนังหย่อนยาน เช่น ใต้ท้องแขน รอยย่นที่หน้าผาก ตีนกาที่หางตา แก้มตอบ เบ้าตาลึก เต้านมจะนุ่มนวลและเหี่ยวแห้ง บางคนจะมีฝ้าขึ้นตามใบหน้าและที่อื่น ๆ เมื่อไขมันใต้ผิวหนังลดลงร่างกายจะควบคุมความร้อนได้ไม่ดี ผู้สูงอายุจึงทนความหนาวไม่ค่อยได้ ผิวหนังซีดแห้ง มีจุดด่างมากขึ้น พร้อมกับที่ไขมันใต้ผิวหนังลดลง ปลายประสาทความรู้สึกรู้สึกก็มีความเสื่อมโทรมด้วย อาจมีความกดดันที่ผิวหนังจากปุ่มกระดูกต่าง ๆ ร่างกาย ทำให้มีอาการเจ็บปวด ณ บริเวณที่ผิวหนังถูกกดดัน ผู้สูงอายุมาก ๆ ถ้านอนหรือนั่งในท่าเดิมนาน ๆ อาจจะทำให้เกิดแผลเรื้อรัง ที่ผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกได้ง่าย

ผม สีของผมอาจลงเป็นสีเทาหรือสีขาว เชื่อว่าเกิดจากการที่เอนไซม์ทำงานลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ชายที่มีผมน้อยลงเรียกว่า ศรีษะล้าน (Lewis, Sandra Cultler.1983:43 อ้างถึงในรัชนิกรณ์ ภูกร, 2538: 27)

- ระบบประสาท (Nervous System)

การทำงานของระบบประสาทอาจเสื่อมลงโดยที่เราไม่สังเกตเห็นเพราะการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นอย่างช้าๆ ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะจุดใดจุดหนึ่ง มีการลดลงของเซลล์ประสาทเล็ดไปเลี้ยงสมองค่อยๆ ลดลงและตลอดถึงเมตาบอลิซึมที่ลดลง ผู้สูงอายุจะมี

รีเฟล็กซ์(Reflexes) ที่ช้าลงและมีการตอบสนองต่อ Multiple stimuli ช้าลง สมรรถนะของผู้สูงอายุมีผลต่อวงจรการหลับและตื่นแบบแผนการหลับ (Sleep pattern) มีการเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุมักตื่นบ่อยเวลากลางคืน

- อวัยวะต่างๆ ด้านประสาทสัมผัส (Sensory organs)

ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ของคนเราจะมีประสิทธิภาพลดลงเมื่อคนเรามีอายุมากขึ้น ซึ่งผลกระทบต่อความปลอดภัยในการดำเนินกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ตลอดจนชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีและมีคุณภาพ

การมองเห็น (Vision)

ปัญหาการมองเห็น นับว่าเป็นอุปสรรคอันใหญ่หลวงประการหนึ่ง ลักษณะสายตายาวในวัยสูงอายุ (Presbyopia) คือการที่ตาไม่สามารถโฟกัสหรือมองเห็นได้ชัดเจนอันเนื่องมาจากกระจกตาลดความยืดหยุ่นซึ่งเป็นลักษณะสายตาของผู้สูงอายุและมักจะเริ่มเป็นเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป ปัญหาทางสายตาที่มักจะเกิดขึ้นในวัยกลางคนและวัยสูงอายุนั้นส่งผลให้ต้องมีการแก้ไข ปัญหาเกี่ยวกับสายตา เช่น การใส่แว่นตาเพื่อปรับระยะโฟกัส เป็นต้น นอกจากนี้รูม่านตาแคบลงและมีขนาดเล็กลง ประสาทตาอาจจะเสื่อม ไขมันในเบ้าตาจะค่อย ๆ หายไปทำให้เบ้าตาลึก การกระพริบตาช้าและน้อยลง หนังตาห้อยปิดลูกตาอย่างหลวม ๆ เพราะกล้ามเนื้ออ่อนกำลังลง สารสี (Rhodopsin) ที่อยู่ในส่วนเซลล์รูปแท่ง (Rods) ลดลง มีผลต่อการมองเห็นในที่มืดหรือเวลากลางคืนยากขึ้น ผู้สูงอายุจะต้องการแสงสว่างมากกว่าคนหนุ่มสาวในการมองเห็นอะไรให้ชัดเจนในที่มืด

การได้ยิน (Hearing)

ในผู้สูงอายุจะเกิดภาวะหูตึงในผู้สูงอายุ (Presbycusis) คือการสูญเสียการได้ยินซึ่งเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงในหูชั้นใน ซึ่งรวมไปถึง Hair cell, การลดลงของเลือดที่ไปหล่อเลี้ยง, ความยืดหยุ่นของ Basilar membrane ลดลง การเสื่อมลงของ Spiral ganglion cells และการผลิต Endolymph ลดลง ความพิการทางการได้ยินเกิดจากปัญหาที่หูชั้นใน (Inner ear) และ Retrocochlea มีการสูญเสียการได้ยินเสียงที่มีความถี่สูง (High frequency sounds) ไปก่อนและเมื่ออาการเป็นมากขึ้น การสูญเสียการได้ยินเสียงที่มีความถี่ระดับกลางและต่ำก็จะเกิดขึ้นตามมา

มีองค์ประกอบหลายประการรวมไปถึงการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีเสียงดังมากจะเสริมให้การได้ยินเสื่อมลงไป แบบหูตึงในผู้สูงอายุ (Presbycusis) ปัญหาการได้ยินที่เสียไปนี้ส่งผลให้การพูดในบางเสียงเพี้ยนไปด้วย

ผู้สูงอายุมักไม่ค่อยชอบใส่เครื่องช่วยฟัง เพราะเครื่องช่วยฟังจะช่วยขยายเสียงทุกเสียงเข้าหู ทำให้เกิดความรำคาญและใช้ลำบาก เวลาพูดคุยกับผู้สูงอายุไม่ควรพูดในที่ที่มีเสียงอื่นรบกวนมาก เพราะจะทำให้การได้ยินลำบากมากขึ้น

การได้กลิ่น (Smelling)

การได้กลิ่นก็จะลดลงตามอายุที่มากขึ้น เพราะจำนวนเซลล์รับความรู้สึก (Sensory cell) ในจมูกลดลงและเซลล์ใน Olfactory bulb ของสมองลดลง เมื่อคนเราอายุ 80 ปี การรับรู้กลิ่นจะเหลือเพียงครึ่งเดียวของเมื่ออายุน้อยซึ่งสามารถรับกลิ่นได้ดีที่สุด

การรับรส (Taste)

การฟ่อของลิ้นไปตามอายุที่มากขึ้นมีผลให้การรับรสเสียไป โดยเฉลี่ยทั่วไปคนในวัยหนุ่มสาวนั้นจะมีปุ่มรับรส (Taste buds) 250 ปุ่มแต่ในผู้สูงอายุนั้นปุ่มรับรสเฉลี่ยน้อยลงเหลือไม่เกิน 100 ปุ่ม

การสัมผัส (Touch)

การรับรู้ในทางสัมผัสลดลงในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีความสามารถน้อยลงในการรับรู้ความรู้สึกที่กดทับ ความเจ็บปวด และบอกความต่างของอุณหภูมิ ความร้อนหรือเย็น

ประสาทที่เกี่ยวข้องกับการสมดุลของการทรงตัวก็เสื่อมประสิทธิภาพลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุหกล้มง่าย

- ระบบอวัยวะสืบพันธุ์และอวัยวะปัสสาวะ (Genitourinary System)

มวลของไตจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นตลอดถึงการเติบโตของเนื้อเยื่อไตก็ลดลง มีการลดลงของ Tubular function ไตมีการสูญเสีย Nephrons นอกจากนี้ Renal blood flow ลดลง 53 % ระหว่างอายุ 20-90 ปีและ Glomerular filtration rate ลดลง 50% ส่วนกระเพาะปัสสาวะก็ลดความจุลงและกล้ามเนื้ออ่อนแอลง

ในผู้สูงอายุจะมีต่อมลูกหมากโตขึ้นและบางรายจะเป็นมะเร็งของต่อมลูกหมาก อวัยวะเพศชายแข็งตัวช้าแต่รักษาความแข็งตัวได้นานกว่าวัยหนุ่ม น้ำอสุจิลดปริมาณลง แต่ในเพศชายยังสามารถรักษาภาวะเจริญพันธุ์ไว้ได้ ดังนั้นผู้สูงอายุที่รักษาสุขภาพเป็นปกติก็ยังสามารถมีลูกได้อีก หากแต่งงานกับหญิงในวัยเจริญพันธุ์ ส่วนในผู้สูงอายุหญิงก็จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลันนับตั้งแต่หมดประจำเดือนในวัยกลางคน (มีอายุ 50 ปีขึ้นไป) ซึ่งไม่สามารถมีลูกได้อีก รังไข่ฝ่อ ไม่มีไข่ตกและช่องคลอดจะหดสั้นขาดความยืดหยุ่นและมีน้ำหล่อลื่นลดลง ซึ่งในเพศหญิงอาจเกิดอาการใจร้อน ร้อนวูบวาบในตอนกลางคืน อาจมีโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมา

- ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine System)

มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมสภาพ พบว่า ต่อมใต้สมองทำงานลดลง เป็นผลให้ต่อมไร้ท่ออื่นๆซึ่งถูกควบคุมโดยฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองทำหน้าที่ลดลงด้วย เกิดอาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย อวัยวะเหี่ยวและเล็กลง นอกจากนี้ยังพบว่าต่อมธัยรอยด์มีขนาดเล็กลง

เมื่ออายุเกิน 50 ปีแล้ว การผลิตฮอร์โมนได้น้อย ทำให้พฤติกรรมทั่วไปในผู้สูงอายุเชิงซ้ำได้ ต่อมา หมดไ้ผลิตฮอร์โมนคอร์ติซอลได้น้อย จึงเป็นผลให้เกิดอารมณ์เครียดและหงุดหงิดง่าย และการผลิตฮอร์โมนอัลโดสเตอโรนน้อยลง เป็นผลให้ลดการดูดกลับโซเดียมที่ไต ส่วนดื่บอ่อนการทำหน้าที่จะลดลง มีการหลั่งอินซูลินออกมาน้อย ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น จนอาจเกิดโรคเบาหวานในผู้สูงอายุได้

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ (Psychological Change)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เนื่องจากความเสื่อมต่างๆของร่างกาย การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การแยกออกไปของสมาชิกในครอบครัว และการหยุดจากงานที่ทำอยู่เป็นประจำ เป็นต้น เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคล รวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่างๆ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจที่พบคือ

1. การรับรู้ ผู้สูงอายุมักจะยึดมั่นกับความคิดและเหตุผลของตนเอง การรับรู้ต่อสิ่งใหม่เป็นไปได้ยาก ด้วยลักษณะดังกล่าวนี้ ผู้สูงอายุจึงมักมีความคิดเห็นไม่ตรงกับผู้อ่อนวัยกว่า และมักจะขัดแย้งกัน
2. การแสดงออกทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นกลไกที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการของจิตใจต่อการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม ผู้สูงอายุมักจะท้อแท้ น้อยใจ รู้สึกว่าสังคมไม่ได้ให้ความสำคัญกับตน อารมณ์ไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนจิตใจเพียงเล็กน้อย จะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หรือโกรธได้ง่าย
3. การสร้างวิถีดำเนินชีวิตของตนเอง การยอมรับต่อสภาวะสูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุพัฒนาวิธีการดำเนินชีวิตแตกต่างกันไปตามเหตุผลและความพอใจของแต่ละคน เช่น การมุ่งสร้างความดีแสวงหาความสงบในชีวิต เข้าวัดถือศีล เลี้ยงสัตว์ หรือ การแยกตัวอยู่ตามลำพัง
4. ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดน้อยลง พึ่งพอใจในชีวิตที่เรียบง่าย ความมุ่งหวังหรือความใฝ่ฝันในชีวิตลดลงหรือไม่มีเลย

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Sociological Change)

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องประสบ กล่าวคือ ภาระหน้าที่และบทบาทของผู้สูงอายุจะลดลง มีข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้ขาดความคล่องตัวในความคิด การกระทำและการสื่อสาร สัมพันธภาพทางสังคมมีขอบเขตจำกัด ความห่างเหินจากสังคมมีมากขึ้น เป็น

ที่ยอมรับของสังคมต่อการมีอายุมากขึ้นไปในทางลบ เพราะสังคมมักจะประเมินความสามารถในแง่การปฏิบัติ ถึงแม้จะมีผู้สูงอายุบางคนได้แสดงให้เห็นว่า ความมีอายุไม่ได้มีอุปสรรคต่อการมีบทบาทและหน้าที่ทางสังคม แต่ยังสามารถทำงานในหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมือนคนหนุ่มสาว สำหรับสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุ สรุปได้ดังนี้ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในปัจจุบัน สังคมไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมไปเป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้น ทำให้บุคคลภายในครอบครัวที่เป็นประชากรวัยแรงงานอาจต้องไปประกอบอาชีพและศึกษาในต่างถิ่น ส่งผลให้ระบบครอบครัวจากเดิมที่เป็นครอบครัวขยาย และผู้สูงอายุมีความรู้สึกอบอุ่น มาเป็นครอบครัวเดี่ยวทำให้ผู้สูงอายุเกิดความว้าเหว่ได้

2. การตายของกลุ่มสมรส เมื่อสามีหรือภรรยาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งตายจากไป ทำให้ผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่เศร้าซึมและว้าเหว่มากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่มีงานอดิเรกหรือไม่มีโอกาสได้ไปเข้ากลุ่มสังสรรค์กับผู้อื่น ความรู้สึกเศร้าซึมจะมีมากขึ้น

3. ความมั่นคงของครอบครัว ผู้สูงอายุควรจะมี ความมั่นคงทางเศรษฐกิจพอควร มีบ้านหรือที่พักอาศัยของตนเอง การที่ผู้สูงอายุเป็นเจ้าของบ้าน จะทำให้ตัวเองรู้สึกว่าเป็นที่พึงพิงของบุตรหลาน ทำให้ได้รับความเกรงใจในฐานะเจ้าของบ้าน นอกจากนี้จะรู้สึกมั่นคงปลอดภัยว่าเป็นบ้านของตนเอง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชรและคนอื่น ๆ 2540:28) มีบุตรหลานที่เติบโตและพึ่งตนเองได้ ผู้สูงอายุที่ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตไม่สามารถสร้างหลักฐานให้แก่ครอบครัว ผิดหวังในความสำเร็จของบุตร ผิดหวังในการประกอบอาชีพ หรือบางคนปรับตัวให้เข้ากับภรรยาหรือสามีไม่ชองเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ปัญหาจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยชรา

4. การเปลี่ยนที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุบางรายอาจต้องเปลี่ยนที่อยู่อาศัยเดิมไปสู่แหล่งใหม่ เนื่องจากการตายของกลุ่มสมรส หรือบุตรหลานมารับไปอยู่กับครอบครัวส่วนใหญ่ในรายที่ไม่มีบุตรหลานหรือผู้ดูแลใกล้ชิด อาจต้องอาศัยสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ การเปลี่ยนที่อยู่อาศัยนี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องเรียนรู้และปรับตัวต่อสถานที่ใหม่และสิ่งที่ไม่คุ้นเคย

5. ความกลัวต่อการเจ็บป่วยและการตาย การเจ็บป่วยและ/หรือการตายของกลุ่มสมรส ญาติพี่น้อง เพื่อนในวัยเดียวกัน จะทำให้ผู้สูงอายุวิตกกังวลและหวาดกลัวต่อความตาย ถ้าบุตรหลานไม่ดูแล เอาใจใส่ ผู้สูงอายุจะมีความเครียดและเกิดความทุกข์ใจ

การเปลี่ยนแปลงในดวงตาของผู้สูงอายุ (Age-related change in the eye)

เมื่ออายุมากขึ้นอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงโดยเสื่อมลง ดวงตาของคนก็เช่นกัน ความสามารถในการมองเห็นจะค่อย ๆ ลดลง เกิดจากโครงสร้างต่าง ๆ ของ

ดวงตาเสื่อมลงและโรคในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นองค์ประกอบที่ทำให้การมองเห็นลดลงได้เร็วกว่าปกติ (อารี สุจินนัสกุล, 2545: 16-18)

ส่วนประกอบของตาที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นมีหน้าที่เป็นเกราะคอยป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับดวงตา เช่น เปลือกตา ขนตา กล้ามเนื้อตา ระบบน้ำตา เป็นต้น ในผู้สูงอายุวัยจะต่างๆเหล่านี้เสื่อมไปเช่นกัน ซึ่งมีผลต่อการมองเห็น เช่น เปลือกตาดำย่น ทำให้คิ้วขมวดตาหรือกำลังกล้ามเนื้อเปิดตาอ่อนแรง ทำให้ผู้สูงอายุจ้องมองข้างบนได้ลำบาก การมองเห็นเข้าหากันของตาสองข้างจะมองเห็นได้ยากเช่นกัน ปัญหาของระบบน้ำตาผู้สูงอายุจะมีน้ำตาไหล เกิดจากกล้ามเนื้อรอบเปลือกตาดำย่น เรียกว่า Senile ectropion หรือ Relaxation ectropion ทำให้รูเปิดท่อน้ำตาไม่แนบกับลูกตา ระบายน้ำตาไม่ได้ เกิดน้ำตาไหล นอกจากนี้สาเหตุของน้ำตาไหล อาจเกิดจากการอุดตันของท่อระบายน้ำตาได้เช่นกัน อาการตาแห้งในผู้สูงอายุ เกิดจากน้ำตาลดน้อยลงและเสื่อมคุณภาพ หรือกะพริบตาน้อย ไม่มีคุณภาพ อาการตาแห้ง พบได้ร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุ

การเสื่อมของอวัยวะที่ละเอียดอ่อนภายในดวงตา ซึ่งทำให้การมองเห็นลดลง คือ กระจกตา ผู้สูงอายุชั้นต่างๆ ของกระจกตามีวงสีขาวเรียกว่า Arcus senilis เป็นการเสื่อมของกระจกตามักเป็น 2 ข้าง พบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี และพบเกือบทุกคนในคนอายุมากกว่า 80 ปี เกิดในผู้ชายเร็วกว่าผู้หญิง สาเหตุของวงขาวนี้ คือ ไขมันสะสมแทรกตามชั้นต่างๆ ของกระจกตา มีมากในชั้นต้นและลึก มีน้อยในชั้นกลาง วงขาวนี้จะไม่รบกวนการมองเห็นเมื่ออายุ 65 ปีขึ้นไป ความโค้งของกระจกตาแบนลงในแนวดิ่ง ทำให้ความโค้งของผิวกระจกตาไม่สม่ำเสมอ เกิดสายตาสั้นแสงหักเหได้หลายมุม เกิดการมองเห็นภาพบิดเบี้ยว

ตาขาว การเปลี่ยนแปลงในคนอายุ 60 ปีขึ้นไป เนื้อตาขาวเสื่อมบางลง พบเป็นสีเทาขนาด 2-3 มิลลิเมตร อยู่บริเวณด้านหน้าใกล้จุดเกาะของกล้ามเนื้อ Medial rectus และ Lateral rectus ความทึบของดวงตาขาวลดลงทำให้แสงผ่านได้ มีไขมันเกาะและมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทุกวัน ปัญหาเหล่านี้มักจะไม่มีการแสดงและไม่มีการแทรกซ้อน

รูม่านตา ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี รูม่านตามีขนาดเล็กลง (Senile miosis) ทำให้แสงเข้าสู่ตาน้อยกว่าปกติ เกิดจากความเสื่อมของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective tissue) และ Hyaline รวมถึงการเสื่อมของหลอดเลือดในม่านตา การแข็งตัวของกล้ามเนื้อหูรูด (Sphinctor muscle) ข้างล่างการมองเห็นในที่มืด (Night vision) จะไม่เท่ากับคนปกติ ซ้ำกว่าหรือแทบไม่เห็นเลย ซึ่งจะสัมพันธ์กับเซลล์รูปแท่ง (Rod) ในจอประสาทตาด้วย

เลนส์แก้วตาเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไปเลนส์แก้วตาเริ่มแข็งการทำงานของกล้ามเนื้อขี้เลื่อย (Ciliary muscles) ลดน้อยลง ทำให้ผิวของเลนส์แก้วตาโค้งนูนได้น้อย ความสามารถในการเพ่งปรับสายตามองวัตถุที่ใกล้ลดลง เรียกว่า สายตาคอนแก่ หรือสายตาวัยชรา (Presbyopia) ดังนั้นเมื่ออ่าน

หนังสือทำให้ตาพร่ามัว ปวดตา ทำงานละเอียดไม่ได้ ต้องใช้แว่นขยายช่วย และเพิ่มแสงให้มากขึ้น เริ่มตั้งแต่วัยกลางคนสีของเลนส์แก้วตาจะค่อย ๆ เปลี่ยนไปเป็นสีเหลือง จะดูดซึมแสงสีน้ำเงินและแสงสีม่วงไว้มาก แสงทั้งสองสีนี้ผ่านไปยังจอประสาทตาได้น้อย ทำให้มองเห็นสีเหล่านั้นน้อยลง ภาวะที่เลนส์แก้วตาขุ่นหรือสูญเสียความโปร่งแสง ภาพตกไม่ถึงจอประสาทตา เรียกว่า ต้อกระจก ความชราเป็นสาเหตุของต้อกระจกร้อยละ 80 และจากสาเหตุอื่นร้อยละ 20 เช่น ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเลนส์แก้วตาจะขุ่นเร็วกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็น

วุ้นตา ในผู้สูงอายุพบวุ้นตาเสื่อม (Vitreous degeneration) เป็นก้อนกลมสีขาวเล็กๆประกอบด้วย แคลเซียมและไขมัน ลอยกระจายในวุ้นตา จะมองเห็นเป็นจุดดำหรือเส้นสีดำ ลอยไปมา (Floaters) ผ่านหน้าลานสายตามองเห็นมีหนึ่งจุดหรือหลายจุดเกิดได้ทั้งตาเดียวและสองตา จุดดำหรือเส้นดำอยู่ต่ำกว่าแนวสายตา ลอยไปตามทิศทางการกลอกตา และเห็นชัดเมื่อมองไปในที่สว่าง เช่น มองดูผนังสีขาว ดูท้องฟ้า จะสังเกตเห็นได้ไม่นาน พบในผู้สูงอายुर้อยละ 75 ส่วนใหญ่ จะไม่ทำให้สายตามัว การเสื่อมสภาพของวุ้นตา ส่วนมากตรงกลางวุ้นตาจะเป็นน้ำ (Liquefaction) ส่วนที่เป็นวุ้น จะตกลงด้านล่างหรือด้านหน้า ถ้าวุ้นตาเสื่อมสภาพมากขึ้น ทำให้เกิดความผิดปกติที่จอประสาทตาต่อไปได้มาก เช่น จอประสาทตาลอกหลุด หรือฉีกขาด (Rhegmatogenous retinal detachment)

จอประสาทตา เป็นส่วนสำคัญในการรับภาพ ในผู้สูงอายุแสงผ่านถึงจอประสาทตาได้น้อยลง สาเหตุจากกระจกตา ม่านตา เลนส์แก้วตา และน้ำวุ้นตาเสื่อมสภาพ ต้องเพิ่มแสงผ่านให้มากเพียงพอ ทำให้เห็นได้ชัดขึ้น จอประสาทตาและคอโรยด์ (Chorioid) ในผู้สูงอายุมีหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) ทำให้เสื่อมสภาพของเนื้อเยื่อบริเวณจอประสาทตา มักพบทางด้านริม จอประสาทตาเสื่อมบริเวณแมคูลาในผู้สูงอายุ (Age-related macular degeneration หรือ Senile macular degeneration) เป็นโรคที่พบได้บ่อยเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้ตาบอด พบว่าการฝ่อ (Atrophy) ของ Retinal pigment epithelium จอประสาทตาขาดออกซิเจน เสียหน้าที่ ส่งผลให้ระดับการปรับตัวในที่มืด และขนาดของลานสายตาลดลง

เส้นประสาทตา ในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงโดยเสื่อมสภาพได้เช่นกัน เนื่องจากหลอดเลือดแดงแข็งตัว เกิดการอุดตัน ขาดเลือดไปเลี้ยง การมองเห็นลดลงจนถึงมองไม่เห็นหรือมองเห็นสีผิดปกติ นอกจากนี้การขาดสารอาหาร ขาดวิตามิน การดื่มแอลกอฮอล์ประจำ การสูบบุหรี่จัด เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เส้นประสาทตาอักเสบเสื่อม และฝ่อ (Optic atrophy) ได้ โรคที่เกิดขึ้นในสมองเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยว่าทำให้สายตาเลือนราง เพราะไปทำลายหรือกดส่วนใดส่วนหนึ่งของทางเดินเส้นประสาท ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสมอง ทำให้การมองเห็นลดลงได้เช่นกัน

การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

การดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับสุขภาพมีความสำคัญเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในครอบครัว ควรมีการเตรียมตัวในการรองรับเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ การแนะนำความรู้ให้แก่ผู้สูงอายุ อีกทั้งการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ บุตรหลานควรแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องให้ผู้สูงอายุ ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถพึ่งพาตนเองในเรื่องการกิจวัตรประจำวันได้ บุตรหลานควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด Muller-Buhl et al. (2003: 36-40) อ้างถึงในศรีเมือง พลังฤทธิ์ (2547: 169) พบว่า บรรทัดฐานที่สำคัญที่สุดในการวัดคุณภาพชีวิตคือความสามารถของผู้ป่วยในการใช้งานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายได้

สำหรับการเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุ บุตรหลานต้องมีจิตสำนึก มีความกตัญญู ให้การเกื้อหนุนและช่วยเหลือดูแล รุนพ่อแม่ต้องอบรมสั่งสอนปลูกฝังให้บุตรหลานรู้จักความกตัญญูทดแทนบุญคุณ และควรเป็นแบบอย่างที่ดี รวมทั้งควรสร้างความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

ขณะเดียวกันบุตรหลานควรเข้าใจลักษณะของผู้สูงอายุ เคารพและเชื่อฟังผู้สูงอายุ โดยมีพ่อแม่อบรมบุตรหลานและต้องเป็นตัวอย่างที่ดี รวมทั้งเป็นผู้เชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างบุตรหลาน กับรุ่นปู่ย่าตายาย และมีการทำกิจกรรมร่วมกัน สำหรับสภาพแวดล้อมที่บ้านบุตรหลานควรมีความรู้ที่ถูกต้องแล้วปรึกษาผู้สูงอายุเพื่อปรับปรุงให้เหมาะสมและสมาชิกในครอบครัวควรเป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้สูงอายุ นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวควรส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน

ดังนั้น ในระดับครอบครัว สิ่งสำคัญประการแรก คือ สมาชิกในครอบครัวควรมีความกตัญญูโดยการให้ความรัก ความอบอุ่น ให้การช่วยเหลือดูแล และให้ความเคารพนับถือเชื่อฟังผู้สูงอายุ ในขณะเดียวกันบุตรหลานต้องไม่สร้างปัญหาหรือความเดือดร้อนมาให้ผู้สูงอายุ ประการที่สอง คือ ควรมีความรู้และปฏิบัติตัวด้านสุขภาพเพื่อให้คำแนะนำ และ/หรือปฏิบัติให้ผู้สูงอายุ อีกทั้งปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้าน และเป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุ ประการที่สาม คือ สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในเรื่องต่างๆ ทั้งการประกอบอาชีพ หรือการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เป็นต้น (ศรีเมือง พลังฤทธิ์, 2547: 168-170)

ส่วนที่ 3 โรคต้อกระจก

ความหมายของโรคต้อกระจก

โรคต้อกระจก (Cataract) หมายถึง ภาวะที่เลนส์ตาสูญเสียความโปร่งใส เกิดความขุ่น ทำให้แสงหรือภาพสะท้อนจากวัตถุที่มองอยู่ไม่สามารถผ่านเข้าไปยังจอรับภาพได้ เป็นผลให้การมองเห็นวัตถุต่าง ๆ ไม่ชัดเจนหรือผิดปกติไป (McCoy 1981: 406 อ้างในจันทร์ฉาย หวันแก้ว 2542: 14)

สายันห์ สวัสดิ์ และคณะ (2545: 284) กล่าวถึงโรคต้อกระจก คือ การขุ่นของเลนส์แก้วตา ซึ่งจะลดปริมาณของแสงที่ผ่านไปสู่จอรับภาพ ทำให้ประสิทธิภาพการมองเห็นแย่ลง และทำให้เกิดแสงจ้า (Glare) มากขึ้น

ศักดิ์ชัย วงศ์กิตติรักษ์ และโกศล คำพิทักษ์ บรรณาธิการ, 2548: 61 กล่าวถึงความหมาย ต้อกระจก คือ ภาวะที่เลนส์แก้วตาขุ่นเกิดขึ้น (Opacity of crystalline lens)

อภิชาติ สิงคาลวนิช และ ญาณิ เจียมไชยศรี บรรณาธิการ, 2540: 30 กล่าวถึงต้อกระจก คือ ภาวะที่เลนส์สูญเสียความโปร่งแสงไป

ยุพดี รัตตะรังสี (2545: 33) กล่าวถึงต้อกระจก คือ สภาวะที่มีรอยขุ่นที่ส่วนใดส่วนหนึ่งหรือทุกส่วนของเลนส์แก้วตา ซึ่งเกิดจากการบวมน้ำที่เลนส์แก้วตา หรือมีการเปลี่ยนแปลงของโปรตีนของเลนส์แก้วตา ทำให้เลนส์แก้วตาขุ่น การที่เลนส์แก้วตาขุ่นทำให้บดบังแสงที่ตกสู่จอประสาทตา ภาพวัตถุที่มองเห็นจึงไม่ชัดเจน

กายวิภาคของเลนส์แก้วตา

เลนส์แก้วตาหรือ Crystalline lens เป็นชิ้นส่วนที่มีลักษณะใส รูปโคงสองด้าน (Biconvex) หนาประมาณ 5 มิลลิเมตร และเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 9 มิลลิเมตร อยู่ระหว่างช่องหน้าม่านตาและช่องวิเทียสหลังม่านตา โดยมี Suspensory ligament หรือ Zonular fiber ยึดเปลือกหุ้มเลนส์แก้วตา (Lens capsule) ไว้กับขีลยรีบอดี้ ด้านหลังของเลนส์แก้วตามีความโค้งมากกว่าด้านหน้าเล็กน้อย เลนส์แก้วตาไม่มีเส้นเลือด นอกจากในระยะทารก (Fetal life) ดังนั้นเลนส์แก้วตาจึงได้รับอาหารจากน้ำเอควียส (สัญญา ปิณฑศิริ, 2522: 142)

เลนส์ประกอบด้วย แกนกลาง (Central core) ที่มีดัชนีหักเหสูง ล้อมรอบด้วยชั้น Cortex ซึ่งมีค่าดัชนีหักเหต่ำกว่า

เลนส์ตามีเปลือกหุ้มเลนส์ มีลักษณะบางใสและยืดหยุ่น ซึ่งแบ่งเป็นเปลือกหน้า (Anterior capsule) และเปลือกด้านหลัง (Posterior capsule) เปลือกด้านหน้าหนากว่าเปลือกด้านหลัง และมี Cuboidal epithelium ระบุอยู่ด้านหลัง (สัญญา ปีกศิริ, 2522: 142)

สาเหตุของการเกิดโรคต้อกระจก

- ความชรา การเกิดต้อกระจก เป็นสาเหตุที่พบมากที่สุดของต้อกระจก
- เป็นตั้งแต่เกิด (Congenital) อาจเกิดจากพันธุกรรม (Hereditary) หรือการติดเชื้อตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา (Intrauterine infection)
- เกิดอุบัติเหตุที่ตา เกิดได้ทั้ง Contusion หรือ Penetrating wound injury
- เกิดจากสาเหตุจากโรคตาเอง (Complicated cataract) เช่น จากต้อหิน (Glaucoma) ม่านตาอักเสบ (Uveitis)
- เกิดจากโรคทาง Systemic disease เช่น เบาหวาน, Wilson's disease, Galactosemia, Hypoparathyroid
- พิษหรือผลผลข้างเคียงจากยา เช่น Steroid, Anticholinesterases, Antipsychotic, Naphthaline
- จากการศึกษาเกี่ยวกับกลไกการเกิดโรคต้อกระจกวัยชราของชาแลค (Chalac, 1984: 111) ซึ่งสรุปว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดต้อกระจกไว้ดังนี้คือ แสงอัลตราไวโอเลต รังสีต่าง ๆ สารกัมมันตภาพรังสี พิษจากยาและสารเคมี ความดันโลหิตสูง เบาหวาน กรรมพันธุ์ และการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีบางอย่างของโปรตีน ไนมัน เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงภายในเลนส์แก้วตาของต้อกระจกวัยชรา

แบ่งออกเป็น 4 ระยะดังนี้

ระดับที่ 1 คือ ระยะเริ่มเป็น (Incipient cataract/Very early/No impairment) มีการเปลี่ยนแปลงที่ส่วนรอบ ๆ เลนส์แก้วตาชั้นมัว แต่ตรงกลางยังใส ระยะนี้ไม่มีการเปลี่ยนแปลงระดับสายตาหรือการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก

ระดับที่ 2 คือ ระยะเริ่มขุ่น (Immature cataract/Incomplete opacity) ระยะเลนส์ขุ่นมากขึ้นและแพร่กระจายออก

ระดับที่ 3 คือ ระยะสุก (Mature cataract/Complete opacity) ระยะนี้ต้อกระจกที่บวมขึ้นจนทั่วเลนส์ตา บางครั้งเลนส์มีการบวมน้ำเรียกว่า Intumescent stage เมื่อเลนส์มีขนาด

ใหญ่ขึ้นจะดันเอม่านตาไปข้างหน้าทำให้ช่องหน้านัยน์ตา (anterior chamber) ตื้นขึ้น จะมองเห็นเลนส์ตาขาวขุ่น ผู้ป่วยจะมองไม่เห็นวัตถุในระยะใกล้ แต่อาจเห็นแสงไฟได้บ้าง

ระดับที่ 4 คือ ภาวะสุกมาก (Hyperature cataract/ Hyperature Lens begun to Liquify) ระยะนี้ต้อกระจกขุ่นมัวมากเกินไป เปลือกหุ้มเลนส์เปื่อยยุ่ย เนื้อเยื่อภายในเลนส์เหลว แต่ส่วนนิวเคลียสจะยังแข็งมากขึ้น ต้อกระจกในระยะนี้หากไม่ได้รับการรักษา อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนถึงขั้นตาบอดได้

ลักษณะการขุ่นของต้อกระจกในผู้สูงอายุ

การขุ่นของเลนส์ตาของต้อกระจกในผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 ชนิด คือ เกิดขึ้นที่บริเวณนิวเคลียส บริเวณเนื้อส่วนรอบนอกหรือคอร์เท็กซ์ หรือเนื้อส่วนใต้เปลือกหุ้มเลนส์ตา โดยที่การเปลี่ยนแปลงในแต่ละส่วนของเลนส์นี้ อาจเกิดจากกลไกอันเดียวกันหรือต่างกันก็ได้ (วนิษา ชื่นกองแก้ว และ อภิชาติ สิงคามนิช, 2550: 237)

1. การขุ่นบริเวณนิวเคลียส (Nuclear cataract) เป็นต้อกระจกที่มีลักษณะแข็ง เกิดจากการที่นิวเคลียสของเลนส์แข็งตัวเพิ่มขึ้นจากภาวะปกติ ส่วนใหญ่มักปรากฏให้เห็นเมื่ออายุประมาณ 50 ปีขึ้นไป และขุ่นเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ จนนิวเคลียสขุ่นทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงอย่างแรกที่พบได้ คือ refractive index ของเลนส์เพิ่มขึ้น ทำให้สายตายาว (hyperopia) ลดลง หรือสายตาสั้น (myopia) เพิ่มขึ้น ทำให้มองเห็นใกล้ดีขึ้น นั่นคือสามารถอ่านหนังสือโดยไม่ต้องใช้แว่นตา ซึ่งผู้ป่วยอาจเข้าใจผิดว่าสายตาดีขึ้นแบบถาวร แต่เมื่อความขุ่นของเลนส์มากขึ้น การมองเห็นจะลดลงทั้งระยะไกลและใกล้ เนื่องจากความขุ่นที่เกิดขึ้นอยู่ในแนว visual axis ระดับสายตาดึงขึ้นกับขนาดของรูม่านตาด้วย

2. การขุ่นบริเวณคอร์เท็กซ์ (Cortical cataract) ซึ่งเป็นต้อกระจกที่มีลักษณะไม่แข็ง (Soft cataract) ความขุ่นจะเกิดขึ้นที่บริเวณ cortex lens fibers จะบวมน้ำและขุ่น เกิดเป็นร่องในแนวรัศมี ทำให้ความขุ่นมีลักษณะเป็นเหมือนซี่ล้อเกวียน (spoke-like pattern) ความขุ่นนี้มักเริ่มที่บริเวณ equator ก่อน ถ้าขุ่นโดยที่ในแนว visual axis ยังใสอยู่ทำให้การมองเห็นยังดี แต่ต่อมาเมื่อมีความขุ่นเกิดขึ้นที่บริเวณตรงกลาง การมองเห็นจะลดลง

3. การขุ่นของเนื้อเลนส์ตาสองส่วนใต้เปลือกหุ้มเลนส์ตา (Posterior subcapsular cataract) เป็นต้อกระจกที่เกิดจากความชรา (aging cataract) ที่พบได้บ่อยที่สุด ความขุ่นเกิดขึ้นที่เส้นใยเลนส์ที่สร้างขึ้นใหม่บริเวณติดกับถุงหุ้มเลนส์ด้านหลัง มีลักษณะเป็นเม็ดเล็กๆ สีทองและสีขาว (gold and white granules) จะบัง visual axis ตั้งแต่แรก ๆ จึงทำให้การมองเห็นลดลงไปมากเมื่อเปรียบเทียบกับขนาดและความทึบของความขุ่นที่เกิดขึ้น

การรักษาโรคต้อกระจกวัยชรา

1. การรักษาด้วยยา เนื่องจากการขุ่นของเลนส์แก้วตา เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของโปรตีนในเลนส์แก้วตา จึงไม่สามารถรักษาได้ด้วยยา การรักษาเป็นแบบประคับประคองในระยะแรก โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อชะลอการมองเห็นไว้ระยะหนึ่ง โดยการแก้ไขสายตาด้วยแว่นตาหรือจัดแสงสว่างให้เหมาะสม เช่น กรณีที่ตำแหน่งเลนส์แก้วตาขุ่นบริเวณตรงกลาง แพทย์จะให้ยาขยายม่านตา ชนิดอ่อนไปหยอด เพื่อให้การมองเห็นของผู้ป่วยดีขึ้น

2. การรักษาด้วยการผ่าตัด เป็นการรักษาด้วยการผ่าตัดเอาเลนส์แก้วตาที่ขุ่นออกเป็นวิธีการรักษาโรคต้อกระจกที่ดีที่สุด (Havener, 1984: p.321)

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด

1. มีสายตาลดลง ตามัวมากจนไม่สามารถประกอบภารกิจประจำวันได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับอาชีพของผู้ป่วย เช่น พวกที่ทำงานเกี่ยวกับการเขียนและอ่านหนังสือ อาจต้องผ่าตัดเร็วกว่าพวกที่อยู่บ้านเฉย ๆ ไม่ได้ทำงาน

2. มีโรคแทรกซ้อนจากต้อกระจก เช่น Phacomorphic glaucoma, Phacolytic glaucoma, Dislocation of cataract lens

3. Poor fundus examination or treatment เช่น โรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (Diabetic retinopathy) และต้องรักษาโดยการยิงเลเซอร์ ถ้ามีต้อกระจกทำให้มองเห็นจอประสาทตาไม่ชัด หรือแสงเลเซอร์ไม่สามารถผ่านต้อกระจกไปได้ ก็จำเป็นต้องผ่าตัดเอาต้อกระจกออกไปก่อน

การผ่าตัดต้อกระจก

จำแนกเป็น 3 แบบ คือ

1. Intracapsular Cataract Extraction (ICCE)

การผ่าตัดนำเลนส์ส่วนนิวเคลียส และถุงหุ้มเลนส์ (lens capsule) ออกทั้งหมด และใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าไปในช่องหน้าลูกตาโดยให้ขาอยู่ที่บริเวณมุมม่านตา (Iris angle) ปัจจุบันไม่ค่อยนิยมทำเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนมาก อาจจะทำในรายที่ Hypermature และ Subluxated cataract หรือเหมาะในที่ไม่มียืดขยายสำหรับผ่าตัดตา ข้อห้ามในการผ่าตัด Intracapsular Cataract Extraction ได้แก่ กลุ่มเด็ก ในรายที่มีอุบัติเหตุ Capsule ของเลนส์ฉีกขาด

2. Extracapsular cataract extraction (ECCE)

Extracapsular Cataract Extraction เป็นการผ่าตัดต้อกระจกโดยเปิดแผลกว้างที่ cornea ทำ Capsulotomy ด้วย Can opener technic โดยใช้เข็มเบอร์ 26 ที่ดัดโค้ง หลังจาก Express

nucleus ออกมาแล้วก็ใช้เข็ม Simcoe ดึง Cortex ออกจนหมดเหลือแต่ Capsular bag ที่ใส่ ขบวนการ ขึ้นสุดท้ายคือการสอดเลนส์แก้วตาเทียมเข้าไปให้อยู่ใน Capsular bag ซึ่งอาจใช้ Viscoelastic substance หรือไม่ได้ ขึ้นอยู่กับความถนัดและความชำนาญ หลังจากล้าง Anterior chamber จนสะอาดแล้วก็ปิด Corneal wound ด้วย 10-0 nylon จำนวนระหว่าง 5-10 stitches ตามขนาดความกว้างของแผล

ในประเทศไทยวิธี Extracapsular Cataract Extraction นี้ได้เริ่มนำมาใช้ครั้งแรกประมาณปี 1982 โดยจักษุแพทย์ในอเมริกาหลายท่าน นำเทคนิคนี้มาสาธิตในการประชุมวิชาการ ซึ่งในขณะนั้นถือว่าเป็นวิธี ที่ทันสมัยที่สุด มาสอนแสดงให้จักษุแพทย์ในประเทศไทย ก่อนหน้านี้จักษุแพทย์รุ่นเก่าทำผ่าตัดโดยใช้วิธี Intracapsular cataract extraction โดยนำเลนส์ส่วน นิวเคลียส และถุงหุ้มเลนส์ (lens capsule) ออกทั้งหมด หลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องใส่แว่นหนาๆ (เรียกกันว่า แว่นขมครก เพราะรูปร่างของแว่นตาเหมือนขมครก) หรือใส่ Contact lens ซึ่งจะทำให้เกิดความยุ่งยากและเพิ่มภาระในชีวิตประจำวัน เพราะการใส่แว่นตาหนาๆ จะเป็นปัญหามากโดยเฉพาะ ถ้าใส่ข้างเดียว ส่วนการใส่เลนส์สัมผัสสำหรับผู้สูงอายุก็ไม่ใช่ว่าเรื่องที่ทำได้ง่ายนัก การผ่าตัดด้วยวิธี Extracapsular Cataract Extraction และใส่เลนส์แก้วตาเทียมทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดต่อกระจกก็เปลี่ยนไป

วิธี Extracapsular Cataract Extraction นี้ปัจจุบันลดความนิยมลง แต่ก็ยังเป็นวิธี ที่มีคุณค่าในตัวเอง ประการแรก คือ ความประหยัด เพราะเครื่องมือราคาไม่แพง ดูแลรักษาและทำความสะอาดได้ง่าย ไม่ต้องมีการบำรุงรักษาซึ่งต้องใช้เทคนิคพิเศษ สำหรับต่อกระจกที่แข็งแรงวิธี นี้ จะประหยัดเวลาและลดความเครียดของจักษุแพทย์และลดความบวมชั่วคราว Cornea ได้มาก ข้อดีอีกประการหนึ่ง คือ เป็นการผ่าตัดที่ไม่ต้องใช้ความชำนาญมากเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีอื่น โอกาสที่ เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดก็น้อยกว่า และไม่รุนแรงเหมือนกับวิธี Small incision ทั้ง 2 วิธี ข้อเสียที่สำคัญของวิธีนี้ ก็คือ เนื่องจากแผลผ่าตัดกว้างจึงต้องดูแลรักษาแผลนานกว่าวิธี Small incision

3. Phacoemulsification

Phacoemulsification เป็นวิธีผ่าตัดต่อกระจกแบบแผลเล็ก (Small incision) เพราะไม่ต้องเอา Nucleus ออกมาทั้งอัน แต่ใช้เครื่องมือที่ปล่อย Ultrasound ออกไป Emulsify nucleus ให้และหรือเป็นก้อนเล็กๆและดูดออกมา ในการทำอาจเปิดแผลที่ Cornea หรือที่ Sclera โดย ทำ Scleral tunnel ขนาดของแผลประมาณ 3-5 มิลลิเมตร เมื่อเปิดแผลเข้า Anterior chamber แล้วฉีด Viscoelastic substance เข้าไปเพื่อ Maintain anterior chamber ไว้และทำ Capsulohexis จากนั้นก็ใช้ Ultrasound tip เข้าไป Emulsify และดูดส่วนนิวเคลียสออกจนหมด Cortex substance ที่เหลือจะถูก

สอดออกโดยใช้ I/A tip จนเหลือแต่ Lens capsule ที่ใส่ ขั้นตอนสุดท้ายก็คือใส่เลนส์แก้วตาเทียม เข้าไปในถุงหุ้มเลนส์ (lens capsule) โดยใช้ Viscoelastic นิดเข้าไป Form lens capsule ไว้ก่อน เมื่อปรับเลนส์แก้วตาเทียม ให้เข้าที่อยู่ในถุงหุ้มเลนส์ แล้วดูดเอา Viscoelastic ออกจนหมด แผลจะปิดเองโดยไม่จำเป็นต้องเย็บ

เลนส์แก้วตาเทียม (Intraocular Lens: IOLs)

เลนส์แก้วตาเทียม เป็นสิ่งประดิษฐ์ที่ผลิตขึ้นมาใช้แทนแก้วตามนุษย์ ส่วนใหญ่ทำจากสาร Polymethyl methacrylate (PMMA) หรือซิลิโคน (Silicone) ซึ่งไม่มีปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อของตา (ไพจิต พงษ์นุกุล, 2534: 93-108) และปัจจุบันมีการใช้สาร โพลีเอครีลิกมาใช้ในการทำเลนส์แก้วตาเทียม (วนิษา ชื่นกองแก้ว และอภิชาติ สิงคาวณิช, 2550: 242)

ลักษณะเลนส์แก้วตาเทียม ประกอบด้วย 2 ส่วนใหญ่ ๆ ได้แก่

1. ส่วนที่เป็นเลนส์แก้วตาเทียม (Optic portion) ทำหน้าที่หักเหแสงให้ตกบนจอประสาทตา เพื่อให้เห็นภาพชัดเจน
2. ส่วนที่เป็นขาเลนส์แก้วตาเทียม (Haptic portion) ทำหน้าที่ยึดหรือพยุงเลนส์ให้อยู่ในตำแหน่งที่ต้องการ ไม่ให้เคลื่อนหรือหลุดไป มีทั้งที่เป็นขาแข็งและที่ยืดหยุ่นได้แบบสปริง

การให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดทางจักษุ

การผ่าตัดทางจักษุ มักจะใช้ยาชาเฉพาะที่เนื่องจากเป็นการผ่าตัดใช้เวลาไม่นาน สามารถระงับความรู้สึกและทำให้ตาหยุดนิ่ง ไม่กลอกตาไปมา ไม่เจ็บปวด พอดีที่จะผ่าตัดได้ การดมยาสลบมักใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการผ่าตัด เช่น หูตึง ปัญญาอ่อน เป็นต้น

วิธีการให้ยาชาเฉพาะที่ในการผ่าตัด

- Retrobulbar block โดยการฉีด 2% Xylocaine อาจผสม 0.5% Marcaine เพื่อให้ฤทธิ์ยาชาอยู่ได้นานมากขึ้น ใช้ประมาณ 5 ซีซี เข็มฉีดยาเบอร์ 25 ยาว 1.5 นิ้ว เป็นการฉีดไปยังส่วนหลัง ลูกตา เพื่อยับยั้งการทำงานของเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อตาชั่วคราว ทำให้ลูกตากลอกไปมาไม่ได้ขณะผ่าตัดและยับยั้งการทำงานของเส้นประสาทรับความรู้สึกและ Ciliary ganglion ทำให้เกิดการชาของลูกตา ภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยาชาด้วยวิธีนี้ คือ แพลงซีมโคนลูกตา หรือหลอดเลือด ทำให้เลือดออกหลังลูกตา อาจเกิดพิษของยาชา ถ้าเข้าสู่กระแสเลือดผ่านเข้าสู่ระบบประสาททำให้ชักและกดการหายใจ ซึ่งแก้ไขด้วยการช่วยหายใจ ส่วน Adrenaline มีฤทธิ์หดหลอดเลือด ทำให้ยาชาอยู่ได้นาน แต่ก็อาจทำให้เกิดความดันเลือดสูง หรือหัวใจเต้นผิดปกติได้

- Lid Akinesia นิดยชาเพื่อให้กล้ามเนื้อบริเวณรอบเปลือกตาหยุดทำงานชั่วคราว ป้องกันการบีบตา วิธีนี้เรียกว่า Van Linct Block
- การนิดยชาเฉพาะที่ (Local infiltration) ที่ใช้บ่อย คือ นิดยชาใต้เยื่อตา (Subconjunctival injection) โดยต้องหยอดยชาในตาข้างนั้นก่อนแล้วใช้ 2% Xylocaine จำนวน 0.5 ml นิดเข้าเยื่อตาด้วยเข็มเบอร์ 26 หรือ 27 ยาว 0.5 นิ้ว
- การหยอดยชา (Topical anesthesia) เป็นการหยอด 0.5% Tetracain hydrochloride มีฤทธิ์ทำให้ชาที่เยื่อตาและกระจกตา

ส่วนที่ 4 ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

การวิจัยเชิงอธิบาย (Explanatory research)

ชญาดา ศิริภรณ์ (2529: 75) กล่าวว่า การวิจัยเชิงอธิบาย เป็นการวิจัยที่พยายามชี้ให้เห็นว่า ตัวแปรใดสัมพันธ์กับตัวแปรใดบ้าง และตัวแปรเหล่านี้สัมพันธ์กันอย่างไรในเชิงการเป็นเหตุเป็นผล หรือมีความสัมพันธ์กับข้อเท็จจริงอื่นหรือปรากฏการณ์อื่นได้อย่างไร (Association Relationship) หรือ สาเหตุของปรากฏการณ์นั้น

ธวัชชัย วรพงศธร (2543: 13) กล่าวว่า เป็นการวิจัยที่มีผลมุ่งหมายในการวิเคราะห์สาเหตุและผล การเกิดเหตุการณ์ใด ๆ พยายามหาคำตอบว่าทำไมถึงเกิด มีอะไรเป็นสาเหตุ ทำให้เกิดอะไรบ้าง เป็นการศึกษาในลักษณะเชิงลึก เพราะต้องการความเข้าใจมากขึ้นในสิ่งที่ศึกษาอยู่ รวมทั้งต้องควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลทำให้การแปรผลผิดพลาด

เทียนฉาย กีระนันท์ (2451: 19) กล่าวว่า เป็นลักษณะหนึ่งในการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) เป็นการวิเคราะห์หาเหตุผล เพื่ออธิบายด้วยวิธีการบรรยาย

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2549: 57,156-157) กล่าวว่า การวิจัยเชิงบรรยาย แบ่งตามลักษณะที่แตกต่างกันได้ 2 อย่าง ดังนี้

1. การศึกษาเชิงอธิบาย (Explanatory Studies) เป็นการค้นหาเกี่ยวกับความเป็นเหตุเป็นผลของตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ตามธรรมชาติ ไม่มีการจัดกระทำ เพื่อให้ตัวแปรอิสระมีผลต่อตัวแปรตาม
2. การสำรวจเชิงบรรยาย (Descriptive Survey) เป็นการค้นคว้าข้อเท็จจริงตามสถานการณ์ที่ปรากฏอยู่ มาบรรยายให้เห็นว่ามีข้อเท็จจริงปรากฏอยู่อย่างไรบ้าง หรือมีความถี่เกิดขึ้นมากน้อยเพียงใดเป็นสำคัญ ไม่สนใจว่าทำไมปรากฏอยู่ มีอยู่อย่างนั้น

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2546: 23) กล่าวว่า โครงการวิจัยต่าง ๆ จำแนกได้จากการพิจารณาวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. การวิจัยอธิบาย (Explanatory Research) เป็นการวิจัยที่มีวัตถุประสงค์ที่มุ่งตอบปัญหาว่าทำไมและอย่างไร ปรากฏการณ์นั้นถึงเกิดขึ้น อันเป็นวัตถุประสงค์เบื้องต้นของศาสตร์
2. การวิจัยพรรณนา (Descriptive Research) เป็นการวิจัยที่มุ่งศึกษาพรรณนาสภาพที่เป็นอยู่ของปรากฏการณ์นั้นๆ เท่านั้น

ผู้วิจัยขอสรุปว่า การวิจัยเชิงอธิบาย (Explanatory research) เป็นการค้นหาเกี่ยวกับความเป็นเหตุเป็นผลของตัวแปรอิสระ กับ ตัวแปรตาม เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ตามธรรมชาติ ไม่มีการจัดกระทำ เพื่อต้องการความเข้าใจมากขึ้นในสิ่งที่ศึกษาอยู่

การเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

การเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นวิธีหนึ่งในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่ใช่หลักความน่าจะเป็น (Non-Probability Sampling) มีผู้กล่าวถึงไว้ ดังนี้

กัลยา วาณิชบัญชา (2550: 24) กล่าวว่า เป็นการเลือกตัวอย่างที่ผู้วิจัยพิจารณาว่าควรให้หน่วยใดเป็นตัวอย่าง เนื่องจากเห็นว่าเหมาะสม หรือมีข้อจำกัดบางอย่าง ทำให้ต้องเลือก

บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธ์ (2549: 112) กล่าวว่า เป็นการคัดเลือกด้วยการพิจารณาตัดสินใจของผู้ทำวิจัยเอง ส่วนมากจะคัดเลือกลักษณะสมาชิกประชากรตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ตัวอย่างที่จะได้จะมีลักษณะเฉพาะ วิธีการคัดเลือกแบบนี้จะได้ผลดีมาก ขึ้น ถ้าผู้วิจัยมีความรอบรู้ มีความชำนาญและประสบการณ์เกี่ยวกับสมาชิกประชากรที่ศึกษานั้น

วิญญ ธรรมลิขิตกุล (2540: 116) กล่าวถึง การคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง คือ การคัดเลือกประชากรที่จะนำมาศึกษาโดยเจาะจงเฉพาะประชากรที่มีลักษณะตรงกับลักษณะบางประการที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2546: 123-124) กล่าวว่า การเลือกในกรณีนี้คิดว่าสามารถเป็นตัวแทนของประชากรเป้าหมายได้ เป็นการเลือกโดยใช้ดุลยพินิจของตนเอง ขอบกพร่อง คือ การสุ่มตัวอย่างประเภทนี้มีโอกาสที่จะผิดพลาดได้เสมอ เพราะผู้วิจัยอาจไม่คุ้นเคยกับประชากรทั้งหมดพอที่จะสุ่มออกมาเป็นตัวแทนได้ นอกจากนั้นผู้วิจัยอาจลำเอียงหรืออคติในการเลือก ขอบกพร่องเหล่านี้สามารถแก้ไขได้ โดยการตั้งกฎเกณฑ์เชิงวัตถุวิสัยขึ้นมา เพื่อใช้เป็นหลักในการตัดสินใจหากทำด้วยบุคคลหลายคนอาจจะลดความลำเอียงลงได้ การสร้างความคุ้นเคย

โดยการสำรวจพื้นที่รอบแรกเพื่อแสวงหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจ จะทำให้ตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกใกล้เคียงพอที่จะเป็นตัวแทนของประชากรได้ดีขึ้น

ธวัชชัย วรพงศธร (2543: 285) กล่าวว่า เป็นการสุ่มตัวอย่าง โดยเจาะจงเฉพาะตัวอย่างที่คิดว่าเป็นแบบฉบับตัวแทนของประชากรหรือตรงกับวัตถุประสงค์บางประการที่กำหนดไว้ การกำหนดหลักการเลือกบางครั้งต้องอาศัยประสบการณ์ของผู้สำรวจเองหรือผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้น ๆ ก็ได้

บุญใจ ศรีสถิตนรากร (2547: 198-199) กล่าวว่า การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นวิธีการสุ่มตัวอย่างโดยการเจาะจงของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเจาะจงคัดเลือกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด และเป็นตัวอย่างที่ผู้วิจัยคาดว่าจะทำให้สมมติฐานที่ทดสอบมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งวิธีนี้เป็นการสุ่มตัวอย่างที่มีความลำเอียง ผลการวิจัยที่ค้นพบจึงมีข้อจำกัดในการสรุปอ้างอิงไปยังประชากร หรือมีจุดอ่อนในด้านความตรงภายนอก (External Validity)

ประกาย จิโรจน์กุล (2548: 99) ให้ความหมายว่า การเลือกตัวอย่างโดยการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างไว้ว่า จะเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติอย่างไรจึงจะเหมาะสมกับการวิจัย และเป็นตัวแทนของประชากรที่ศึกษา ถ้าพบตัวอย่างใดที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามกำหนดก็จะเลือกตัวอย่างมาศึกษาได้ ซึ่งการเลือกตัวอย่างโดยวิธีนี้จะพบมากในการวิจัยทางการแพทย์

สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (2550: 113) กล่าวว่า การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง หมายถึง การที่ผู้วิจัยใช้วิจารณญาณของตนเองว่าจะเลือกหน่วยใดที่ผู้วิจัยคิดว่าหน่วยนั้นน่าจะเป็นตัวอย่างที่ดีของประชากร นั่นหมายความว่า โอกาสที่หน่วยประชากรจะถูกเลือกขึ้นมาศึกษาขึ้นอยู่กับวิจารณญาณของผู้วิจัยเป็นประการสำคัญ

ข้อดี คือ การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงมีข้อดีที่สำคัญคือ ทำให้ง่ายและรวดเร็ว ทั้งนี้เพราะขึ้นอยู่กับความพอใจหรือความนึกคิดของผู้วิจัยเท่านั้นที่คิดว่าหน่วยนี้น่าจะเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรได้

ข้อเสีย คือ การที่หน่วยตัวอย่างที่ถูกเลือกขึ้นมาศึกษานั้น อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรได้

สรุปว่า การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นวิธีหนึ่งในการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้หลักความน่าจะเป็น (Non-Probability Sampling) เป็นการเลือกตัวอย่างตามที่ตั้งใจ ผู้วิจัยจะเป็นผู้ตัดสินใจ หรือคัดเลือกตัวอย่าง โดยตั้งกฎเกณฑ์เชิงวัตถุประสงค์ขึ้นมาเพื่อใช้เป็นหลักในการตัดสินใจ หากผู้วิจัยมีความคุ้นเคย ความชำนาญและประสบการณ์เกี่ยวกับสมาชิก

ประชากรที่ศึกษานั้น เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ จะทำให้ตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกใกล้เคียงพอที่จะเป็นตัวแทนของประชากรได้ดีขึ้น

ข้อดี คือ ทำให้ง่ายและรวดเร็ว

ข้อบกพร่อง คือ เป็นการสุ่มตัวอย่างที่มีความลำเอียง หรือมีจุดอ่อนในด้านความตรงภายนอก (External Validity) อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรได้

การกำหนดระดับตัวแปร

การวิจัย เมื่อมีการกำหนดปัญหาวิจัย จำเป็นต้องรู้ว่า ตัวแปรที่ศึกษาจะวัดข้อมูลในลักษณะหรือชนิดใด ซึ่งข้อมูลแต่ละชนิดจะเกี่ยวข้องกับการใช้สถิติวิเคราะห์ที่ผู้วิจัยจะต้องเข้าใจก่อน เพื่อจะได้กำหนดปัญหาการวิจัยให้สอดคล้องกับสถิติการวิจัยต่อไป (บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธ์, 2547: 45)

บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธ์ (2549: 44, 237) กล่าวว่า ข้อมูลเมื่อแบ่งตามระดับการวัดจะมี 4 ระดับ ดังนี้

1. ระดับแบ่งกลุ่ม (Nominal scale) ระดับนี้ ข้อมูลจะบอกถึงลักษณะ ไม่มีความหมายเชิงปริมาณ เมื่อเก็บข้อมูลจะใช้วิธีการนับ และจะแบ่งข้อมูลที่นับได้เป็นกลุ่มๆ ข้อมูลเหมือนกันแบ่งไว้กลุ่มเดียวกัน ตัวแปรที่ศึกษาซึ่งวัดในระดับนี้จะวัดอย่างง่ายๆ เพียงแบ่งกลุ่มหรือแบ่งประเภทเท่านั้น หน่วยวิเคราะห์ใดมีคุณสมบัติเหมือนกันก็จัดไว้กลุ่มเดียวกัน ถ้าคุณสมบัติต่างกันก็จัดไว้คนละกลุ่ม

2. ระดับอันดับ (Ordinal scale) ระดับนี้ นอกจากบอกถึงลักษณะแล้ว ยังบอกปริมาณความมากน้อยด้วย แต่บอกเพียงว่าใครมากกว่าใครเท่านั้น ไม่ได้บอกว่ามากกว่ากันเท่าใด เพียงนำมาเรียงลำดับกันได้เท่านั้น

3. ระดับช่วง (Interval scale) ระดับนี้ บอกปริมาณความมากน้อยได้ และบอกปริมาณความมากน้อยแตกต่างกันเป็นช่วงๆ แต่ละช่วงอาจจะมีปริมาณเท่ากันหรือไม่เท่ากันก็ได้ แต่ส่วนมากไม่เท่ากันและปริมาณความมากน้อยของข้อมูลชนิดนี้ไม่เริ่มต้นที่ศูนย์แท้ จะเริ่มเท่าใดก็ได้ การบวก ลบ หรือคูณหาร ต้องปรับฐานให้เท่ากันก่อน

4. ระดับอัตราส่วน (Ratio scale) ระดับนี้ เป็นข้อมูลปริมาณแท้ บอกความมากน้อยกว่ากันอย่างแท้จริง เริ่มต้นที่ศูนย์แท้ ใช้บวก ลบ คูณ หารกันก็ได้ตามปกติ

รัตนศิริ ทาโต (2551: 61) กล่าวถึง ระดับการวัดตัวแปร ไว้ดังนี้

ระดับการวัดตัวแปร เป็นการกำหนดความละเอียดความหยابในการระบุความแตกต่างระหว่างคุณสมบัติของตัวแปรที่อยู่ในระดับเดียวกัน ได้แบ่งระดับการวัดตัวแปรออกเป็น 4 ระดับ

1. ระดับนามมาตรา (Nominal Scale) เป็นระดับที่หยาบที่สุด สามารถระบุความแตกต่างโดยจำแนกลักษณะ แบ่งกลุ่มแยกเป็นประเภทเท่านั้น โดยการแบ่งกลุ่มแยกเป็นประเภทนี้ไม่ได้บ่งบอกถึงความแตกต่างในแง่ของปริมาณ คุณค่า หรือคุณภาพแต่อย่างใด ตัวแปรที่มีการวัดอย่างหยาบๆ ในระดับนี้ มักจะเป็นตัวแปรที่มีข้อมูลในเชิงคุณลักษณะเป็นส่วนใหญ่

2. ระดับอันดับมาตรา (Ordinal Scale) เป็นการวัดระดับตัวแปรที่ถือว่ามีความแตกต่างแสดงความแตกต่างสูงขึ้นมาจากระดับนามมาตรา โดยแสดงความแตกต่างในลักษณะที่บอกได้ว่า มากกว่าหรือน้อยกว่า ดีกว่าหรือเลวกว่า แต่ความแตกต่างดังกล่าวไม่สามารถระบุปริมาณและความแตกต่างได้ว่า มากกว่า ดีกว่า เท่าใด และความแตกต่างแต่ละหน่วยไม่เท่ากัน

3. ระดับช่วงมาตรา (Interval Scale) เป็นการวัดที่สามารถวัดรายละเอียดของคุณลักษณะที่แตกต่างกันของตัวแปรออกมาได้ค่าเป็นตัวเลข และตัวเลขนั้นมีคุณสมบัติในการบวก ลบ คูณ หาร ได้ มีคุณสมบัติที่ระบุความแตกต่างได้ว่า มากกว่าหรือน้อยกว่าเท่าไร โดยความแตกต่างระหว่างแต่ละหน่วยมีค่าเท่ากัน (Equal interval) แต่ตัวแปรระดับช่วงมาตราจะไม่มีศูนย์สมบูรณ์/ศูนย์แท้ (Absolute Zero) นั่นคือ ค่าศูนย์ที่ได้จากมาตรวัดระดับช่วงมาตราเป็นค่าที่นักวิจัยกำหนดขึ้น โดยไม่ได้หมายความว่าตัวแปรนั้นไม่มีคุณลักษณะของตัวแปรนั้นอยู่ เช่น 0 องศาเซลเซียส ไม่ได้หมายถึงไม่มีอุณหภูมิเลยแต่มีอุณหภูมิในระดับที่ต่ำหรือเย็นมาก

4. ระดับอัตราส่วนมาตรา (Ratio Scale) เป็นมาตรวัดที่มีคุณสมบัติครอบคลุมระดับการวัดใน 3 ระดับที่กล่าวมาทั้งหมด รายละเอียดของความแตกต่างของตัวแปรสามารถวัดออกมาได้เป็นค่าตัวเลข ซึ่งมีคุณสมบัติทางคณิตศาสตร์ทุกประเภท สามารถบวก ลบ คูณ หาร ได้ แสดงว่า มากกว่า น้อยกว่าได้ และมีค่าศูนย์สมบูรณ์ (Absolute Zero) หมายถึงไม่มีคุณสมบัติหรือคุณลักษณะของตัวแปรนั้นๆ เลย เช่น น้ำหนัก 0 กิโลกรัม หมายถึงไม่มีน้ำหนักนั้นเลย เป็นต้น

การสร้างเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลเชิงประจักษ์มายืนยันสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ การสร้างเครื่องมือจึงมีรายละเอียด มีขั้นตอนในการสร้างเพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพ ขั้นตอนในการสร้างเพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพ ขั้นตอนดังกล่าวประกอบด้วย (สุวิมล ศิริกานันท์, 2548: 98-99)

1. ศึกษาและทบทวนทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ต้องการสร้างเครื่องมือ โดยพิจารณาสิ่งต่อไปนี้

1.1 ความหมายของตัวแปร ลักษณะของพฤติกรรมที่แสดงออกของตัวแปร หรือองค์ประกอบของตัวแปร

1.2 เครื่องมือที่ใช้วัดว่าเป็นชนิดใด เหมาะสมหรือไม่

1.3 วิธีการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยควรพิจารณาขั้นตอนการสร้างเครื่องมือถูกต้องหรือไม่ และเครื่องมือที่นำมาใช้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพหรือไม่ ผลการตรวจสอบคุณภาพเป็นอย่างไร

1.4 ผลที่ได้จากเครื่องมือ หมายถึง ข้อมูลที่ได้จากเครื่องมือในข้อ 1.3 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างหรือประชากรเป้าหมาย มีผลการใช้เป็นอย่างไร

2. นำผลที่ได้จากการศึกษาจากข้อ 1.1-1.4 มากำหนดนิยามเชิงทฤษฎีและนิยามเชิงปฏิบัติการ

3. เลือกวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลว่า ควรใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ หรือการสังเกต จึงจะได้ข้อมูลตรงตามความต้องการและเป็นข้อมูลที่ถูกต้อง

4. ถ้าใช้แบบสอบถามจะต้องพิจารณาลักษณะประเภทคำถามที่เหมาะสมว่าควรใช้คำถามปลายเปิดหรือคำถามปลายปิด ถ้าเป็นคำถามปลายปิดควรเป็นคำตอบประเภทใด ได้แก่ ประเภทเลือกตอบ ประเภทมาตราส่วนค่า (Rating scale)

5. สร้างข้อคำถามจากนิยามปฏิบัติการทั้งหมด แล้วรวบรวมเป็นแบบสอบถาม

6. นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้

7. นำผลที่ได้จากการทดลองใช้วิเคราะห์ เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

8. ปรับปรุงเครื่องมือให้มีคุณภาพอยู่ในระดับที่น่าพอใจก่อนนำไปใช้จริง

คุณสมบัติของเครื่องมือที่ดี

เครื่องมือวิจัยที่ดี จะต้องมียุทธศาสตร์ที่ดีทำให้เครื่องมือสามารถวัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุชาติ, 2534 อ้างถึงใน ทศนีย์ นะแสง 2542: 2) กล่าวถึง สิ่งบ่งชี้คุณภาพของการวัดมี 4 ประการ สรุปได้ดังนี้

1. ความถูกต้องของการวัด (Validity) เป็นสิ่งที่บ่งชี้ที่สำคัญที่สุดของการวัด การวัดจะถูกต้องต่อเมื่อในสิ่งที่ต้องการวัด หรือวัดตรงประเด็นที่ต้องการวัด

2. ความเชื่อถือได้ของการวัด (Reliability) หมายความว่า เมื่อทำการวัดแล้ว ผลที่ได้จากการวัดแต่ละครั้งมีความสอดคล้องหรือเหมือนกัน

3. ความไวของการวัด หรือความสามารถในการเป็นแยกของการวัด (Sensitivity) หมายถึง ความสามารถในการจำแนกความแตกต่างของหน่วยต่างๆ ที่ทำการวัด ถ้าสามารถวัดรายละเอียดได้ของความแตกต่างของหน่วยที่ต้องการได้ ถือว่า มีความไวในการวัด

4. การมีความหมายของการวัด (Meaningfulness) หมายถึง ผลที่ได้จากการวัดจะต้องมีความหมาย เช่นการวัดอาชีพของชาวชนบท โดยแบ่งอาชีพตามลักษณะของงานที่ทำ ได้แก่ ทำนา ทำสวน ทำไร่ รับจ้าง ผลที่ได้จากการวัดจะไม่มี ความหมาย เนื่องจากชาวชนบทของไทย ส่วนใหญ่มีอาชีพมากกว่า 1 อาชีพขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเพื่อความถูกต้องและความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล วิธีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ส่วนใหญ่จะนิยมตรวจสอบในคุณลักษณะด้านต่างๆ ดังนี้ (มนสิข สิริสมบุญ, 2547: 108)

ความตรง (Validity)

ความตรงของเครื่องมือ หมายถึง ความถูกต้องของเครื่องมือที่สามารถวัดในสิ่งที่ต้องการวัดได้

ความตรงของเครื่องมือ จำแนกได้ 4 ประเภท คือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) หมายถึง ระดับความสามารถของเครื่องมือที่สามารถวัดในเนื้อหาที่ต้องการจะวัดได้ แต่เนื่องจากเครื่องมือวัดไม่สามารถวัดทุกสิ่งทุกอย่างตามเนื้อหาได้ ดังนั้นเครื่องมือจะต้องสามารถวัดตัวอย่างหรือตัวแทนที่ดีของเนื้อหาทั้งหมด การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา สามารถทำได้ ดังนี้

- หากเป็นแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต ผู้วิจัยอาจทดสอบตนเองได้โดยพิจารณาจากกระบวนการสร้างว่าวัดได้จริงตามที่ต้องการจะวัดหรือไม่ หรือตรงกับจุดประสงค์ที่จะวัดหรือไม่ หรืออาจตรวจสอบคำตอบกับข้อเท็จจริงอื่น ๆ เช่นการสังเกตพฤติกรรมที่ตอบในแบบสอบถามหรือไม่เพียงใด เป็นต้น

- ให้ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้รอบรู้เฉพาะเรื่องนั้นๆ ทำการตรวจสอบความตรง อย่างที่เรียกว่า ความตรงเชิงประจักษ์ (Face Validity) โดยการตรวจสอบจากแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ หรือแบบสังเกต ว่า ได้คำถามในประเด็นหลัก ประเด็นย่อย ครอบคลุมเนื้อหาที่จะถามหรือไม่ รวมทั้งความชัดเจน และข้อเสนอแนะต่าง ๆ ในการแก้ไข และเพิ่มเติมในข้อคำถาม ในกรณีที่ข้อคำถามใด ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นไม่ตรงกันก็ควรแก้ไขปรับปรุง และถ้าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นในข้อใดตรงกันแล้ว ข้อคำถามนั้นก็มีความตรงตามเนื้อหา

2. ความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) หมายถึงความสามารถของเครื่องมือที่จะวัดได้ตรงตามลักษณะ คุณสมบัติหรือทฤษฎีต่างๆ ตามโครงสร้างในสิ่งที่เราต้องการวัด เช่น พฤติกรรมเป็นเป้าหมายของสิ่งที่ต้องการจะวัดก็คือ พฤติกรรมที่เป็นโครงสร้างของเรื่องนั้นๆ เช่น แบบวัดทางด้านบุคลิกภาพที่มีความตรงตามโครงสร้างก็จะต้องเป็นเครื่องมือที่วัดได้ตรงตามทฤษฎีบุคลิกภาพโดยลักษณะของข้อคำถามแต่ละข้อสอดคล้องกับทฤษฎีและบุคลิกภาพของบุคคลเป็นต้น

การตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างของเครื่องมือที่ใช้วัด จะใช้วิธีการ เช่น Item-test Correlation, Known group technique, Factor Analysis หรืออื่นๆ

3. ความตรงตามสภาพ (Concurrent Validity) หมายถึง เครื่องมือที่สามารถวัดได้ตรงกับสภาพความเป็นจริงกับกลุ่มตัวอย่างที่ปรากฏอยู่ในปัจจุบัน

การตรวจสอบความตรงตามสภาพ ทำได้โดยนำคะแนนของแบบทดสอบสร้างขึ้นมาใหม่ไปหาค่าสหสัมพันธ์กับแบบทดสอบเดิม ที่มีค่าความตรงอยู่แล้วโดยใช้สูตรสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation)

4. ความตรงตามการพยากรณ์ (Predictive Validity) หมายถึง เครื่องมือที่สามารถวัดได้ผลสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงที่ควรจะเป็นในอนาคต

การตรวจสอบความตรงตามการพยากรณ์ เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวพยากรณ์ (Predictor) หรือตัวแปรอิสระกับตัวเกณฑ์ (Criteria) หรือตามตัวแปรตามโดยหาค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันของคะแนนทั้งสองชุด เหมือนกับวิธีการตรวจสอบในปัจจุบัน

ความเชื่อมั่น หรือ ความเที่ยง (Reliability)

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ หมายถึง ความมีคุณสมบัติของเครื่องมือที่สามารถให้ผลการวัดคงที่ แน่นนอน มีความคงเส้นคงวา (Consistency) ไม่ว่าจะวัดกี่ครั้งก็ตาม การตรวจสอบเพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่หลายวิธี สำหรับที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย มีดังนี้ (มนสิข สิริธสมบุญ, 2547: 121)

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) อีกวิธีที่พัฒนามาจาก สูตร KR_{20} Kuder Richardson คือวิธีของ Cronbach ซึ่งวิธีของ Kuder-Richardson หรือจากสูตร KR_{20} นั้นจะใช้เฉพาะแบบทดสอบที่ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้คะแนนเป็น 0 ส่วนวิธีของ Cronbach นั้นแบบทดสอบแต่ละข้ออาจมีคะแนนเต็มมากกว่า 1 ก็สามารถหาความเชื่อมั่นได้ ดังนั้น วิธีการของ Cronbach หรือที่เรียกว่า สัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) จึงได้ถูกนำมาใช้กับแบบวัด ที่เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

แบบของครอนบัค (Cronbach) สามารถหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่สร้างแบบให้คะแนนได้เกือบทุกประเภท (มนสิข สิริสมบุญ, 2547: 121) โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) จากสูตร (ยูวดี ภาษา, 2537: 127)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right]$$

เมื่อ

α = ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น

n = จำนวนข้อทั้งหมดของแบบสอบถาม

$\sum s_i^2$ = ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ

s_t^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามชนิดใช้ผู้สัมภาษณ์

รัชชัย วรพงษ์ (2543: 305) กล่าวว่า เป็นการเก็บข้อมูลได้ใช้พนักงานสัมภาษณ์ ซึ่งผ่านการฝึกอบรมมาแล้วเป็นอย่างดี เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีความละเอียดจำนวนมาก

ข้อดี

- สามารถลดปัญหาการไม่ตอบแบบสอบถามลงได้มาก เพราะพนักงานสัมภาษณ์มีส่วนร่วมกระตุ้น และซักถามรายละเอียดในคำตอบที่ยังไม่ชัดเจนให้ได้ข้อเท็จจริงมากขึ้น ในขณะที่สัมภาษณ์
- สามารถใช้ได้กับกลุ่มตัวอย่างทุกระดับการศึกษา ทุกเพศ ทุกวัย ทุกอาชีพ และทุกฐานะ

- ผู้วิจัยสามารถเพิ่มเติมรายละเอียดในเนื้อหาของคำถาม ได้มากกว่าแบบสอบถามทางไปรษณีย์และแบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเองแล้วไปรษณีย์

ข้อเสีย

- ต้องมีการคัดเลือกและฝึกอบรมพนักงานสัมภาษณ์ให้รู้จักเทคนิค และขั้นตอนต่าง ๆ ของการสัมภาษณ์เป็นอย่างดี
- ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมพนักงานสัมภาษณ์ ค่าจ้าง ค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทาง และค่าที่พักของพนักงานสัมภาษณ์ นอกเหนือไปจากค่าใช้จ่ายของคณะผู้วิจัย

บุญใจ ศรีสถิตนรากร (2547: 267) กล่าวถึง การสัมภาษณ์ว่า เป็นการรวบรวมข้อมูลในลักษณะที่ผู้สัมภาษณ์และผู้ให้สัมภาษณ์มีการเผชิญหน้าและมีปฏิสัมพันธ์กัน โดยผู้ที่สัมภาษณ์จะเป็นฝ่ายซักถามหรือถามคำถามผู้ให้สัมภาษณ์และผู้ให้สัมภาษณ์เป็นฝ่ายให้ข้อมูลหรือตอบคำถามของผู้สัมภาษณ์

สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (2550: 196) กล่าวถึง การสัมภาษณ์ว่า หมายถึง การที่ผู้เก็บรวบรวมข้อมูล สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลตามถ้อยคำที่ปรากฏในแบบสอบถามทุกประการ แบบสอบถามที่ใช้ประกอบการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้านี้นี้ มักเรียกว่าแบบสัมภาษณ์

ยุวดี ภาษา และคณะ (2531: 94) กล่าวถึง การสัมภาษณ์ว่า เป็นการรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสนทนอย่างมีจุดหมายที่แน่นอนระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ถูกสัมภาษณ์ ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า การสัมภาษณ์นอกจากทำให้ได้ความรู้ ความจริงตามต้องการแล้วยังช่วยให้ทราบถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์ในด้านบุคลิกภาพอีกด้วย เช่น ท่าทาง เจตคติ อุปนิสัย ปฏิภาณ ไหวพริบ เป็นต้น

ประเภทการสัมภาษณ์

แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. การสัมภาษณ์อย่างมีแบบแผนหรือมีโครงสร้างที่แน่นอน เป็นการสัมภาษณ์ที่ได้เตรียมคำถามที่เป็นมาตรฐานไว้เรียบร้อยแล้ว ผู้สัมภาษณ์จะไม่ได้รับอนุญาตให้เปลี่ยนข้อความในคำถามนั้น ๆ แบบสัมภาษณ์อาจจะเป็นคำถามปลายปิดที่กำหนดคำตอบไว้ชัดเจนแล้ว หรืออาจสร้างคำถามปลายเปิด แล้วถามด้วยคำถามปลายเปิด เช่น อาจถามจะถามว่าถ้าไม่เห็นด้วย เพราะเหตุใด การสัมภาษณ์ประเภทนี้มักเป็นการสัมภาษณ์รายบุคคล

2. การสัมภาษณ์อย่างไม่มีแบบแผนหรือไม่มีโครงสร้างแน่นอน เป็นการสัมภาษณ์ที่สามารถยืดหยุ่นคำถามได้ แต่จะต้องอยู่ในกรอบของวัตถุประสงค์ ที่จะได้ข้อมูลตามต้องการ การตั้งคำถามจะไม่มีกฎเกณฑ์แน่นอนตายตัว ผู้ถูกสัมภาษณ์ มีอิสระในการตอบโดยเล่าไปตามความพอใจ แต่ผู้สัมภาษณ์ต้องพยายามชักนำให้เข้าสู่จุดที่ต้องการ การสัมภาษณ์ประเภทนี้ผู้สัมภาษณ์ต้องมีประสบการณ์ความรู้ และทักษะมาก แบ่งออกเป็น 3 วิธีคือ

2.1 สัมภาษณ์แบบไม่จำกัดคำตอบ การสัมภาษณ์แบบนี้มีความยืดหยุ่นมาก ผู้ถูกสัมภาษณ์มีอิสระที่จะอธิบายหรือเล่าไปตามความพอใจ ในบางครั้งผู้สัมภาษณ์เพียงแต่กล่าวนำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบถึงความต้องการเท่านั้น ผู้สัมภาษณ์มีหน้าที่บันทึกแล้วตั้งใจฟัง อาจถามเพิ่มเติมได้ การสัมภาษณ์แบบนี้จึงเหมาะกับผู้ที่ยังไม่มีแนวคิดพิเศษเจาะจง สำหรับข้อมูลที่

ได้รับ หากมีแนวคิดทางด้านทฤษฎีของเรื่องนั้นอยู่แล้ว จึงเป็นการสัมภาษณ์แบบวิเคราะห์ ซึ่งเมื่อนำเอาข้อเท็จจริงต่าง ๆ มาประมวลเข้าด้วยกัน จะทำให้มีแนวทางที่จะอธิบายปัญหาในเรื่อง ที่จะทำการศึกษาวิจัยได้

2.2 การสัมภาษณ์แบบมีจุดสนใจโดยเฉพาะ การสัมภาษณ์แบบนี้ ผู้สัมภาษณ์ต้องพยายามพูดคุยและชักจูงให้ผู้ถูกสัมภาษณ์สนทนาถึงเรื่องที่ผู้วิจัยต้องการ จึงต้องอาศัยประสบการณ์ความชำนาญและเทคนิคของสัมภาษณ์ จึงจะทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์อยากให้ความร่วมมือ

2.3 การสัมภาษณ์แบบหยั่งลึก การสัมภาษณ์แบบนี้ผู้สัมภาษณ์ต้องการจะทราบข้อเท็จจริงทั้งหมดจากผู้ถูกสัมภาษณ์รวมทั้งเหตุผลต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดข้อเท็จจริงนั้น ๆ และต้องการให้ผู้ถูกสัมภาษณ์พูดถึงสิ่งที่ซ่อนเร้นอยู่ในจิตใจซึ่งอาจใช้หลักจิตวิทยาเข้าช่วย หรือบางครั้งต้องใช้การยั่วให้ผู้ถูกสัมภาษณ์พูดในสิ่งที่ปิดบังอยู่จึงจะได้ข้อมูลที่ต้องการและความเป็นจริง

เทคนิคการสัมภาษณ์

1. สร้างความคุ้นเคยกับผู้ที่จะไปสัมภาษณ์
2. ผู้สัมภาษณ์ควรแนะนำตนเป็นใคร มาจากไหนพร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ในการขอสัมภาษณ์ พร้อมชี้แจงให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ว่าคำตอบทุกคำตอบจะถูกปิดเป็นความลับ จะใช้ประโยชน์เฉพาะในการวิจัยเท่านั้น
3. สถานที่ที่จะสัมภาษณ์ต้องเหมาะสม ไม่ลับหูลับตาคน ปราศจากสิ่งรบกวน
4. เริ่มดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ที่กำหนดไว้ โดยยึดหลักดังนี้
 - 4.1 พยายามกระตุ้นให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้พูด อย่าปล่อยให้เงียบ
 - 4.2 ขณะสัมภาษณ์ต้องตั้งใจฟัง
 - 4.3 เริ่มด้วยคำถามที่ง่ายไปยาก
 - 4.4 อย่าถามนอกเรื่อง
 - 4.5 คำถามที่ต่อเนื่องกันหรือเกี่ยวข้องกัน ควรถามติดต่อกันเพื่อความสะดวกในการตอบ
 - 4.6 ไม่ควรใช้คำถามที่ยากแก่การเข้าใจ การอธิบายเพิ่มเติมควรระมัดระวังความหมาย ไม่ให้เปลี่ยนไปจากเดิม
5. ระหว่างการสัมภาษณ์ไม่ควรแสดงความสงสัย หรือประหลาดใจในคำตอบ
6. ไม่แสดงปฏิกิริยาความพอใจหรือไม่พอใจกับคำตอบ
7. ควรสังเกตปฏิกิริยาของผู้ถูกสัมภาษณ์ว่าตอบอย่างจริงใจ หรือไม่

8. ไม่ควรใช้เวลาสัมภาษณ์นานเกิน 1 ชั่วโมง

9. เมื่อการสัมภาษณ์สิ้นสุดลง จะต้องตรวจดูจนแน่ใจว่าได้คำตอบทุกข้อครบถ้วน

10. ก่อนจะไปจากผู้ถูกสัมภาษณ์ ควรกล่าวอำลา และขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ เพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อกัน

ข้อดีของการสัมภาษณ์

1. ใช้ได้กว้างขวาง แม้กับคนที่อ่านเขียนไม่ได้
2. สามารถยืดหยุ่นได้ ถ้าผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่เข้าใจคำถาม ผู้สัมภาษณ์สามารถอธิบายหรือถามจนกว่าจะเข้าใจได้
3. ได้ข้อมูลตรงตามบุคคลที่ต้องการ ไม่เหมือนแบบสอบถามซึ่งอาจให้ผู้อื่นตอบแทน
4. ได้ข้อมูลเท่ากับจำนวนที่ถาม ไม่สูญหาย
5. สามารถตรวจสอบได้ว่า คำตอบที่ได้สอดคล้องหรือขัดแย้งกันโดยสังเกตดูปฏิกิริยาขณะสัมภาษณ์ว่าผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบตามความจริงหรือไม่
6. การสัมภาษณ์ เหมาะกับการเก็บข้อมูลที่สลับซับซ้อน โดยเฉพาะการวิจัยที่เสาะหาความจริงทางด้านพฤติกรรมของมนุษย์ เกี่ยวกับความรู้สึกลึกซึ้ง ทัศนคติ ความเชื่อ ประสบการณ์ การเรียน เป็นต้น

ข้อเสียของการสัมภาษณ์

1. ผู้ถูกสัมภาษณ์ ไม่รู้สึกอิสระในการตอบ เพราะต้องเผชิญหน้ากับผู้สัมภาษณ์
2. อาจมีความลำเอียงในขณะสัมภาษณ์ เนื่องจากบุคลิกของผู้สัมภาษณ์
3. ถ้ามีผู้สัมภาษณ์หลายคน อาจมีปัญหาเรื่องความเชื่อถือได้ของข้อมูล เพราะคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์จะเชื่อถือได้มากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับความรู้ ประสบการณ์ การตั้งคำถามและความเข้าใจในคำถามของผู้สัมภาษณ์ด้วย
4. อาจได้ข้อมูลที่บิดเบือนความจริง เนื่องจากความเครียด ไม่ว่าง ความกระวนกระวายใจ หรืออารมณ์เสีย ของผู้ถูกสัมภาษณ์
5. เป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย แรงงาน และ เสียเวลามาก

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. ร้อยละ (Percentage) การหาค่าร้อยละเป็นการคำนวณจากค่าสัดส่วน โดยเทียบจากฐานที่มีค่า 100 ซึ่งคำนวณจากสูตรร้อยละ ดังนี้

$$\text{ร้อยละ} = \frac{\text{ค่าตัวเลขที่ต้องการคำนวณค่าร้อยละ} \times 100}{\text{ค่าตัวเลขทั้งหมด}}$$

2. ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) คือ ผลรวมทั้งหมดของข้อมูล หาคำนวณด้วยจำนวนทั้งหมดของข้อมูลกลุ่มนั้น โดยใช้สูตร

ข้อมูลที่ไม่ได้แจกแจงความถี่

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{N}$$

ข้อมูลแจกแจงความถี่

$$\bar{X} = \frac{\sum fx}{N}$$

3. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เป็นการวัดการกระจายที่นับว่าดีที่สุด คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การคำนวณไม่ยุ่งยาก ใช้ข้อมูลทุกตัวอย่าง และไม่คำนึงถึงค่าสมบูรณ์ (Absolute Value) ฉะนั้นงานวิจัย การวัดการกระจายด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จึงนิยมใช้กันมาก

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาได้จากการนำส่วนเบี่ยงเบนของข้อมูลจากค่าเฉลี่ย $|x - \bar{X}|$ แต่ละค่า มายกกำลังสอง แล้วหาผลรวมของกำลังสองส่วนเบี่ยงเบนนั้น หาคำนวณด้วยจำนวนข้อมูลทั้งหมด แล้วถอดรากที่สอง (Square Root) ค่าที่จะได้เป็น ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ถ้าเป็นการหาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากประชากร ใช้สัญลักษณ์ σ (อ่านว่า: Sigma) โดยใช้สูตร

ถ้าข้อมูลไม่แจกแจงความถี่

$$S.D. = \sqrt{\frac{\sum (x - \bar{X})^2}{N - 1}} \text{ หาจกกลุ่มตัวอย่าง}$$

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum (x - \mu)^2}{N}} \text{ หาจกประชากร}$$

ถ้าข้อมูลแจกแจงความถี่

$$S.D. = \sqrt{\frac{\sum f(X - \bar{X})^2}{N - 1}} \text{ หากจากประชากร}$$

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum f(X - \mu)^2}{N}} \text{ หากจากประชากร}$$

4. การทดสอบความแตกต่างด้วยไคสแควร์ (Chi-Square test หรือ χ^2 - test) การทดสอบความแตกต่างด้วยไคสแควร์ จะเป็นการทดสอบที่ข้อมูลของงานวิจัยที่อยู่ในรูปของความถี่ที่เป็นอิสระต่อกันและเป็นข้อมูลอยู่ในระดับนามบัญญัติ หรือระดับเรียงอันดับ การทดสอบ จะเป็นการทดสอบว่า ข้อมูลที่ได้เป็นไปตามที่คาดหวังหรือไม่ หรือทดสอบว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ การทดสอบด้วยไคสแควร์นั้น จะเป็นการทดสอบด้วยสถิติ непараметрический (Nonparametric test) เป็นสถิติที่ไม่คำนึงถึงลักษณะของการแจกแจงประชากร การทดสอบด้วยไคสแควร์จะมีการทดสอบหลายกรณี เช่น กรณีกลุ่มตัวอย่างเดี่ยว กรณีกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม การทดสอบความไ้คงปกติ ฯลฯ เป็นต้น

การทดสอบกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว

เป็นการทดสอบเพื่อต้องการทราบว่า ความถี่ที่ได้จากการสังเกตจากกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามความถี่ที่คาดหวังไว้หรือไม่ สูตรที่ใช้คำนวณ คือ

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \text{ หรือ } \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

$$df = k - 1$$

การทดสอบกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม

การทดสอบกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม เป็นการทดสอบความเป็นอิสระของตัวแปรทั้งสองกลุ่ม โดยสมมติฐานที่ตั้ง คือ ตัวแปรทั้งสองไม่สัมพันธ์กัน

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

การหาความถี่ที่คาดหวัง สามารถหาได้จากสูตร

$$E_{ij} = \frac{r_i \cdot C_j}{N}$$

5. สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) เป็นการหาความสัมพันธ์ของตัวแปรในรูปคะแนนดิบ ค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเรียกว่า “ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน” คำนวณหาได้จากสูตรดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2536: 125)

$$r \text{ หรือ } r_{xy} = \frac{N \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[N \sum X^2 - (\sum X)^2][N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

เมื่อ r หรือ r_{xy} หมายถึง สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X และ Y

N หมายถึง จำนวนคนหรือจำนวนคู่ของข้อมูล

$\sum X$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนดิบตัวแปร X

$\sum Y$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนดิบตัวแปร Y

$\sum XY$ หมายถึง ผลรวมของผลคูณของคะแนนตัวแปร X กับคะแนนของตัวแปร Y เป็นคู่ๆ ในรูปของคะแนนดิบ

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงอธิบาย (Explanatory research) เพื่อวิเคราะห์และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก ระหว่างก่อน กับ หลัง การผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม ณ โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อกระจก ที่มารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม ณ โรงพยาบาลศิริราช มีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ไม่เคยได้รับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมมาก่อน และ มารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม ณ โรงพยาบาลศิริราช
3. มีผลการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมได้ผลดี คือ มีระดับการมองเห็นของสายตาข้างที่ทำผ่าตัด ซึ่งวัดโดย Snellen chart เห็นดีกว่า 6/12 (ไม่ใส่แว่นตา) และผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง
4. ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตหรือความผิดปกติของระบบประสาท
5. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
6. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ภายหลังทำผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม พบโรคจักษุอื่น ๆ เช่น จอประสาทตาเสื่อม ต้อหิน ฯลฯ
2. มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดต้อกระจก ภายใน 1 เดือน หลังผ่าตัด
3. ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หรือปฏิเสธการให้ข้อมูลระหว่างการดำเนินการวิจัย

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

การหาขนาดตัวอย่าง โดยการกำหนดตามสูตรคำนวณดังนี้ (Lwanga SK., Lemshow S. อ้างใน พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคณะ, 2538: 197)

$$n = \frac{Z^2 \alpha/2 \pi (1-\pi)}{d^2}$$

กำหนดให้

N = จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้

Z = ค่าคะแนนมาตรฐานภายใต้โค้งปกติ ซึ่งมีค่าสอดคล้องกับระดับนัยสำคัญที่กำหนด คือ $\alpha/2 = 0.025$ จะได้ $Z = 1.96$

π = ค่าสัดส่วนของประชากรผู้ซึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับโรคต่อกระเจกในการวิจัยกำหนดให้ $P = 0.8$

d = ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างค่าที่ได้จากตัวอย่างกับประชากร

$$= 7\% \times 0.8 = 0.056$$

$$n = \frac{Z^2 \alpha/2 \pi (1-\pi)}{d^2}$$

$$\text{แทนค่าสูตร} = \frac{(1.96)^2 (0.8) (1-0.8)}{(0.056)^2}$$

$$= \frac{(1.96)^2 (0.8) (0.2)}{(0.056)^2}$$

$$= 196$$

ดังนั้น ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัย จึงใช้กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 196 ราย

ในการทำวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เริ่มตั้งแต่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในการทำวิจัยในคนแล้ว โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกประชากร (Inclusion criteria) ทำการเก็บข้อมูลในเวลาราชการ (8.00 – 16.00 น) ทุกวัน จนได้กลุ่มตัวอย่าง 200 ราย

สถานที่ศึกษา

หน่วยพักรอดูอาการก่อนและหลังผ่าตัด ตึกสยามินทร์ชั้น 3 และ หน่วยตรวจโรคจักษุ ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 5 ห้อง 500 โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กรุงเทพมหานคร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษานี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้สัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลจากรายงานประวัติการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 7 ส่วน รวม 130 ข้อ คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามและบันทึกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และ ศาสนา เป็นคำถามแบบปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านครอบครัว เป็นแบบสอบถามข้อมูล ประเภทของครอบครัว สถานะในครอบครัว บทบาทในครอบครัว และฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นคำถามแบบปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านสุขภาพร่างกายและที่อยู่อาศัย ได้แก่ ระดับการมองเห็น ระดับความรุนแรงของโรคต้อกระจก ระยะเวลาที่สูญเสียการมองเห็น ระยะเวลาในการรักษาโรคต้อกระจก โรคประจำตัว ความผิดปกติ หรือความพิการทางร่างกาย ประเภทบ้านที่อยู่อาศัย เขตที่อยู่อาศัย ปัญหาสภาพที่อยู่อาศัยบริเวณใกล้เคียง ชุมชน เป็นคำถามแบบปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ได้แก่ กิจกรรมประจำวัน ขึ้นพื้นฐาน กิจกรรมประจำวันต่อเนื่อง และ กิจกรรมทางศาสนา คำตอบในแต่ละข้อแบ่งออกเป็น 4 อันดับ คือ ทำได้ดีเป็นปกติ หมายถึง ทำได้เองโดยสมบูรณ์; ทำได้แต่ช้ากว่าปกติ หมายถึง ทำได้ช้าลง ต้องควบคุมช่วยเหลือเล็กน้อย; ทำได้แต่ต้องให้คนอื่นช่วย หมายถึง ต้องให้คนอื่นมาช่วยเหลืออย่างเต็มที่ และทำเองไม่ได้เลย หมายถึง ทำเองไม่ได้เลย ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากการศึกษาแบบคัดกรองและภาวะโภชนาการผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545 ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ เป็นคำถามแบบปลายปิด จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลการใช้บริการด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิต ได้แก่ สถานบริการ ลักษณะบริการ การเข้าถึงบริการ ผู้ให้บริการ เป็นคำถามแบบปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 66 ข้อ

ส่วนที่ 6, 7 ข้อมูลคุณภาพชีวิต โดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง คือ ส่วนที่ 6 ในช่วงก่อนผ่าตัดต่อกระดูก และ ส่วนที่ 7 ในช่วง 1 เดือน ภายหลังผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life BREF THAI) จำนวน 26 ข้อ ปรับปรุงโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (2540) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ ด้านสิ่งแวดล้อม

คำถามทั้งหมด 26 ข้อ มีข้อความที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อความที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 ลักษณะคำตอบแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

ไม่เลย	หมายถึง	ไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย หรือรู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก
เล็กน้อย	หมายถึง	มีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง หรือรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย หรือรู้สึกไม่พอใจ หรือรู้สึกแย่
ปานกลาง	หมายถึง	มีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง หรือรู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแยระดับกลาง ๆ
มาก	หมายถึง	มีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ หรือรู้สึกพอใจ หรือ รู้สึกดี
มากที่สุด	หมายถึง	มีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ หรือรู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์หรือรู้สึกพอใจมาก หรือ รู้สึกดีมาก

คุณสมบัติของเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย

เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life BREF THAI) นี้ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540) ได้พัฒนาและปรับปรุงจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุด 26 ตัวชี้วัดขององค์การอนามัยโลก ซึ่งได้พัฒนาขึ้นมาเมื่อปี ค.ศ. 1996 ได้ผ่านการหาความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 0.6515 โดยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเชี่ยวชาญด้านภาษาไทย และภาษาอังกฤษตรวจสอบความถูกต้องในด้านของเนื้อหาและความหมายของคำถามที่แปลได้กับความหมายที่ขององค์การอนามัยโลกต้องการ และในปี พ.ศ. 2540 สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ ได้นำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life BREF THAI) มาตรวจสอบความถูกต้อง

ต้องของเนื้อหาอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของประชากรไทยในภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจโดยมีผู้สูงอายุเป็นกลุ่มตัวอย่างร่วมอยู่ด้วย

ความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life BREF THAI) นี้ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ (2540) ได้หาค่าความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุซึ่งสุ่มมาทั้งประเทศ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.8406

การให้คะแนน

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิตเป็นรายชื่อของแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life BREF THAI) ข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ มีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความที่มีความหมายทางบวก			ข้อความที่มีความหมายทางลบ		
มากที่สุด	ให้	5	คะแนน	ให้	1	คะแนน
มาก	ให้	4	คะแนน	ให้	2	คะแนน
ปานกลาง	ให้	3	คะแนน	ให้	3	คะแนน
น้อย	ให้	2	คะแนน	ให้	4	คะแนน
ไม่เลย	ให้	1	คะแนน	ให้	5	คะแนน

การแปลผล

การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม มีคะแนน ตั้งแต่ 26 - 130 คะแนน โดยเมื่อรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด ได้ดังนี้

คะแนน	26 – 60 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
คะแนน	61 – 95 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ
คะแนน	96 – 130 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตเป็นรายด้าน โดยเมื่อรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อแยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้

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 และข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	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

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน (รายนามในภาคผนวก ก.) พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของคำถามภาษา ความชัดเจน และความครอบคลุมของเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย

แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านจักษุวิทยา 1 ท่าน

แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านโครงสร้างของแบบสอบถาม 1 ท่าน

พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องในพื้นที่วิจัย 1 ท่าน

เกณฑ์การตัดสินใช้ความเห็นชอบของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จึงจะถือว่ามีความตรง หากผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยน้อยกว่า 2 ท่าน ผู้วิจัยจะนำไปปรับปรุงแก้ไข ให้พิจารณาใหม่ จนได้ความเห็นชอบ

2. การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจก ได้รับการผ่าตัดต่อกระจกและใส่เลนส์ แก้วตาเทียม ซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาก่อน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณ โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากสูตร (ยูวดี ภาษาและคณะ, 2537: 127)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right]$$

เมื่อ

 α = ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น n = จำนวนข้อทั้งหมดของแบบสอบถาม $\sum s_i^2$ = ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ s_t^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งหมด

ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการดังต่อไปนี้

1. เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. ทำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
3. หลังจากได้รับการอนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบ เพื่อแนะนำตัวตนเองต่อหัวหน้าภาควิชาจักษุวิทยา หัวหน้าและพยาบาลหน่วยฟักรอดูอาการก่อนและหลังผ่าตัด สยามินทร์ชั้น 3 หัวหน้าพยาบาลและพยาบาลหน่วยผ่าตัดจักษุ หัวหน้าพยาบาลและพยาบาลหน่วยตรวจโรคจักษุ เด็กผู้ป่วยนอกชั้น 5 ห้อง 500 โรงพยาบาลศิริราช เพื่อชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน
4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2551 ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ ในเวลาราชการ (8.00 – 16.00 น.)

4.1 ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยแหล่งศึกษา คือ หน่วยฟักรอดูอาการก่อนผ่าตัด สยามินทร์ชั้น 3 โรงพยาบาลศิริราช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากตารางการผ่าตัด และจัดเตรียมสถานที่ไม่ให้มีสิ่งรบกวนหรือเปิดเผยข้อมูล ในขณะที่ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะคาดประมาณเวลาในการสัมภาษณ์

ให้เสร็จสิ้นก่อนผู้ป่วยถูกเรียกชื่อเข้าห้องผ่าตัด รวมทั้งมีการประสานงานและแจ้งกับเจ้าหน้าที่หน่วยพักรอดูอาการก่อนผ่าตัดให้ทราบและหากถึงคิวผ่าตัดให้ติดตามผู้ป่วยได้ทันทีตรงบริเวณที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.2 ผู้วิจัยดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ในผู้ป่วยที่เริ่มเข้ารับการผ่าตัดในหน่วยพักรอดูอาการก่อนและหลังผ่าตัด สยามินทร์ ชั้น 3 โดยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกในแต่ละวัน ภายในระยะเวลา 6 เดือน

4.3 ก่อนการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการจากการอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ประโยชน์ที่จะได้รับและสิทธิในการบอกเลิกให้ความร่วมมือโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ต่อการบริการที่จะได้รับ ขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์และพิทักษ์สิทธิ์ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ รวมทั้งอธิบายให้เข้าใจว่าการตอบแบบสอบถามนี้จะถือเป็นความลับและใช้เพื่อประโยชน์ของการวิจัยเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือก็จะเริ่มสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยทำการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ก่อนทำตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม ในหน่วยพักรอดูอาการก่อนและหลังผ่าตัด สยามินทร์ ชั้น 3 โรงพยาบาลศิริราช เป็นการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทยและปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก ได้แก่ ลักษณะประชากร ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ปัจจัยการบริการด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิต จำนวน 130 ข้อ จะใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45 นาที ในระหว่างทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ตอบอย่างอิสระ หากมีข้อสงสัยสามารถซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจได้ทันที โดยผู้วิจัยจะไม่ชี้นำคำตอบ

ครั้งที่ 2 ในช่วง 1 เดือนต่อมา หลังทำตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม ในหน่วยตรวจโรคจักษุ ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 5 ห้อง 500 โรงพยาบาลศิริราช เป็นการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตหลังทำผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทยเท่านั้น จำนวน 26 ข้อ จะใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที ในระหว่างทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ตอบอย่างอิสระหากมีข้อสงสัยสามารถซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจได้ทันที โดยผู้วิจัยจะไม่ชี้นำคำตอบ

4.4 ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สะดวกในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ความร่วมมือ และจะตัดออกจากโครงการวิจัย

5. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วน และ ความสมบูรณ์ของคำตอบทั้งหมด ก่อนสิ้นสุดการสัมภาษณ์

6. นำข้อมูลที่ได้ จะไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significance) ที่ระดับ $\alpha = 0.05$ ได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. แจกแจงความถี่ จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นปัจจัยลักษณะประชากร ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และ ปัจจัยการบริการด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิต
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิตโดยรวม, รายด้าน และรายข้อ แล้วแปลผลค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้
3. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกระหว่างก่อนและหลังผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม โดยใช้การทดสอบค่าทีแบบคู่ (paired t-test)
4. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก ได้แก่ ลักษณะประชากร ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ปัจจัยการบริการด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิต โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test), การทดสอบฟิชเชอร์เอกแซก (Fisher's Exact Test) และ สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product moment Correlation Coefficient)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอสรุปผลการวิจัย เรื่อง เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก ระหว่างก่อน กับ หลังผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2551 ออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก
- ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกก่อนผ่าตัด
- ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก
- ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างก่อนกับหลังผ่าตัดต่อกระดูก
- ส่วนที่ 5 สิ่งที่ค้นพบเพื่อนำไปสู่การพัฒนาบริการพยาบาลผ่าตัดจักษุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก

ผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ มีจำนวนทั้งหมด 200 ราย มีลักษณะทั่วไป ซึ่งเป็นการบ่งบอกถึงสภาพความเป็นอยู่ในภาพรวม เกี่ยวกับ ลักษณะประชากร ครอบครัว สภาพการมองเห็น ปัญหาสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สภาพแวดล้อม และการบริการด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิต ดังต่อไปนี้

1. ลักษณะประชากร

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (60%) มีอายุระหว่าง 70 - 79 ปี (46.5%) อายุเฉลี่ย 71 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ 57% เป็นหม้าย 30% นับถือศาสนาพุทธ 96.5% สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือไม่มีการศึกษาเลย 56% แต่มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ถึง 86% สถานภาพการทำงานปัจจุบัน ยังคงทำงานอยู่ 47% เป็นข้าราชการบำนาญและธุรกิจส่วนตัว (41.5% และ 22.3% ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่าเดือนละ 20,000 บาท (33.3% และ 47.6% ตามลำดับ) อาชีพเกษตรกร 23.4% มีรายได้น้อยกว่าเดือนละ 2,000 บาท 54.5% อาศัยแหล่งรายได้จากบุตรหลานและญาติพี่น้องให้มากที่สุด (46.9%) ดังแสดงในตาราง 1

2. ด้านครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างมีสถานะเป็นหัวหน้าครอบครัว 52% เป็นครอบครัวเดี่ยว 70% ช่วยเหลือบุตรหลานในการดูแลบ้านและทำงานบ้าน 56.6% และ 28.5% ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุเดือนละ 15,000 บาท โดยมีรายได้สูงสุด 200,000 บาทต่อเดือน และต่ำสุด 500 บาทต่อเดือน ฐานะทางเศรษฐกิจในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนมากมีรายได้พอ ๆ กันกับรายจ่าย (46%) ดังแสดงในตาราง 2

3. สภาพการมองเห็น

กลุ่มตัวอย่าง มากกว่าครึ่งหนึ่งมีสายตาเลือนรางระดับ 1 (66%) น้อยที่สุด คือ ตาบอดขั้น 1 และ 2 (2.5% และ 0.5% ตามลำดับ) ระยะเวลาที่สูญเสียการมองเห็นด้วยโรคต้อกระจก เฉลี่ย 2.6 ปี รักษาเริ่มแรกที่โรงพยาบาลศิริราช 84 % ใช้ระยะเวลาในการรักษาตั้งแต่เริ่มแรกจนถึง เข้ารับการผ่าตัดเฉลี่ยประมาณ 7 เดือน หรือ อาจจะเริ่มการรักษาในสถานพยาบาลอื่นๆ มาก่อน ส่วนใหญ่เป็นต้อกระจกในระยะเริ่มขึ้น (Immature cataract) 81% รองลงมาเป็นระยะสุก (Mature cataract) 16.5% ต้อกระจกในระยะนี้ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการรักษาตั้งแต่เริ่มแรกจนถึง เข้ารับการผ่าตัดน้อยกว่า 3 เดือน (48.5%) ใช้เวลาในการรักษามากกว่า 9 เดือน (24.2%) ดังแสดงในตาราง 3 และ 4

4. ปัญหาสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง 2 ใน 3 (67.5%) มีโรคเรื้อรัง โรคที่พบมาก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรค เบาหวาน โรคหัวใจ และไขมันในหลอดเลือดสูง (44.2% 19.3% 15.9% และ 8.6% ตามลำดับ) และ มีปัญหาความพิการทางร่างกาย 7% ดังแสดงในตาราง 4

5. การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

ประกอบด้วย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต่อเนื่องและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ดังนี้

5.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การกินอาหารและยา การลุกจากที่นอนตอนกลางวันและตอนกลางคืน การเข้าห้องน้ำตอนกลางวันและกลางคืน และ การเคลื่อนไหวหรือเดินภายในบ้าน พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถลุกจากที่นอน ทั้งกลางวันและกลางคืนได้อย่างปกติมากถึง 35.5% และ 36% ตามลำดับ และมีความลำบากมากยิ่งขึ้น คือ ไม่สามารถเข้าห้องน้ำอย่างเป็นปกติทั้งกลางวันและกลางคืนมากถึง 48.0% และ 47.0% ตามลำดับ กิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐานที่ช่วยเหลือตนเองได้ลำบากมากที่สุด คือ การเคลื่อนไหวหรือเดินภายในบ้าน ซึ่งมีถึง 51.5%

5.2 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ได้แก่ การทำอาหาร การเตรียมอาหาร การใช้พาหนะและการเดินทาง การใช้โทรศัพท์และการติดต่อสื่อสาร การเดินทางไปนอกบ้าน และการซื้อของจายตลาด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติกิจวัตรเหล่านี้จะได้ช้าลง แต่ยังสมารถทำได้เอง แต่การใช้พาหนะและการเดินทางนั้น ไม่สามารถทำได้อย่างปกติ สูงถึง 81.0%

5.3 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ได้แก่ การทำกิจกรรมทางศาสนาในบ้าน การไปทำบุญที่วัด/ มัสยิด/ โบสถ์ การไปร่วมงานบวช งานแต่งงาน งานศพ หรือเที่ยวงานในเทศกาลต่าง ๆ พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถไปทำบุญที่วัด/ มัสยิด/ โบสถ์ และไปร่วมงานบวช งานแต่งงาน งานศพ หรือเที่ยวงานในเทศกาลต่างๆ ได้อย่างปกติมากถึง 67.0% รายละเอียดดังแสดงในตาราง 5

6. สภาพแวดล้อม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเขตที่อยู่อาศัยในเขตเมือง 62.5% เขตชนบท 30% มีที่พักอาศัยเป็นลักษณะบ้านเดี่ยว 62.5% รองลงมาเป็นห้องแถวหรือเรือนแถวหรือตึกแถว 19% ปัญหาสภาพที่อยู่อาศัยบริเวณใกล้บ้าน ชุมชน ที่รบกวนกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือ ฝุ่นละอองหรือเขม่าควัน (25%) และเสียงรบกวนหรือเสียงดัง (23.5%) ดังแสดงในตาราง 4

7. การบริการ ด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิต

แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ การบริการด้านสุขภาพ และการบริการด้านคุณภาพชีวิต ซึ่งในแต่ละกลุ่มจะประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสถานบริการ ด้านลักษณะบริการ ด้านการเข้าถึงบริการ และด้านผู้บริการ ดังนี้

7.1 สถานบริการ ด้านสุขภาพและ ด้านคุณภาพชีวิต

7.1.1 สถานบริการด้านสุขภาพ พบว่า มีสถานบริการด้านสุขภาพอยู่ใกล้บ้านที่มากที่สุด คือ ร้านขายยา 64% มีโรงพยาบาลของรัฐ 48.5% และโรงพยาบาลเอกชน 48.5%

7.1.2 สถานบริการด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่มีศาสนสถาน (81%) มีสวนสาธารณะ/สนามกีฬา สถานีดารวจ และชมรมผู้สูงอายุ 45.5% 44% และ 42% ตามลำดับ ส่วนสถานบริการด้านการศึกษามีเพียง 9%

7.2 การเข้าถึงบริการ ด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิต

7.2.1 การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ พบว่า สถานบริการด้านสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความสะดวกในการเข้าถึง ไปใช้บริการมากที่สุด คือ โรงพยาบาลของรัฐ 48.5% ไปใช้สถานอนามัย/ หน่วยปฐมภูมิ และคลินิก เท่ากัน คือ 30.3% ที่น้อยที่สุด คือ ร้านขายยาและโรงพยาบาลเอกชน (14.7%)

7.2.2 การเข้าถึงบริการด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่ไปใช้ศาสนสถานมากที่สุด 68.5% ส่วนสถานบริการด้านการศึกษาและศูนย์พัฒนาด้านอาชีพนั้น กลุ่มตัวอย่างไปใช้บริการน้อยมาก (0.0% และ 4.2% ตามลำดับ)

7.3 ลักษณะบริการ ด้านสุขภาพและ ด้านคุณภาพชีวิต

7.3.1 ลักษณะบริการด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ไปใช้บริการด้านการรักษาพยาบาล การไปใช้บริการเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ ยังพบได้น้อย

7.3.2 ลักษณะบริการด้านคุณภาพชีวิต พบว่า มีบริการกิจกรรมทางศาสนาในศาสนสถาน บริการออกกำลังกายที่สวนสาธารณะ/สนามกีฬา ส่วนชมรมผู้สูงอายุมีกิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่ การออกกำลังกาย การพูดคุยกัน การประชุม การตรวจสุขภาพ การไปเที่ยว และการไปรับเงินค่าครองชีพผู้สูงอายุ เป็นต้น ลักษณะบริการสำหรับผู้สูงอายุที่พบได้น้อย คือ การได้รับโอกาสทางการศึกษาจากสถานบริการด้านการศึกษาและการได้รับการฝึกอาชีพจากศูนย์พัฒนาด้านอาชีพ

7.4 ผู้ให้บริการ ด้านสุขภาพและ ด้านคุณภาพชีวิต

7.4.1 ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่เป็น แพทย์ พยาบาล เป็นผู้ให้บริการในทุกสถานบริการด้านสุขภาพ

7.4.2 ผู้ให้บริการด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ชมรมผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการเป็นกรรมการแพทย์ และพยาบาล (31.3% และ 18.7% ตามลำดับ) สำหรับในศาสนสถาน ผู้ให้บริการเป็นพระ/บาทหลวง/โตะอิมาม

7.5 ผลการไปใช้บริการ ด้านสุขภาพและ ด้านคุณภาพชีวิต

7.5.1 ผลการไปใช้บริการด้านสุขภาพและ ด้านคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ไปใช้ที่สถานบริการสุขภาพและ ด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่ผลการไปใช้บริการด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก คือ โรงพยาบาลเอกชนและคลินิก (100%) ร้านขายยา (97.9%) สถานีอนามัย /หน่วยบริการปฐมภูมิ (94%) และโรงพยาบาลของรัฐ (ระดับดีมาก 2.1%, ระดับดี 91.5%)

7.5.2 ผลการไปใช้บริการด้านคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มากที่สุดคือ ศาสนสถาน สวนสาธารณะ/สนามกีฬา และชมรมผู้สูงอายุ น้อยที่สุดคือ สถานีตำรวจ (92.9%)

รายละเอียดดังแสดงในตาราง 6

ประเด็นที่น่าสนใจของข้อมูลทั่วไป

สรุปได้ 7 ประเด็น ดังนี้

1. มีผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกในระยะสุก (Mature cataract) ถึง 16.5% ใช้ระยะเวลารักษา ตั้งแต่เริ่มแรกจนถึงเข้ารับการผ่าตัดมากกว่า 9 เดือน (24.2%) ซึ่งหมายความว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีการผ่าตัดในระยะที่ช้าไป
2. ผู้สูงอายุ 2 ใน 3 (67.5%) มีโรคเรื้อรัง
3. มีชมรมผู้สูงอายุตั้งอยู่ใกล้บ้าน 42% แต่ผู้สูงอายุไปใช้บริการเพียง 19%
4. มีศาสนสถานตั้งอยู่ใกล้บ้าน 81% และมีผู้สูงอายุได้ไปใช้บริการมากถึง 68.5%
5. มีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถลุกจากที่นอนทั้งกลางวันและกลางคืนได้อย่างปกติมากถึง 35.5% และ 36% ซึ่งเป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ลำบาก และยิ่งมีความลำบากมากขึ้นในการเข้าห้องน้ำ ทั้งกลางวันและกลางคืน
6. กลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม ในโรงพยาบาลศิริราชนี้ สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ
 - กลุ่มที่ 1 กลุ่มร่ำรวย โดยมีรายได้เป็นรายเดือนมากกว่า 20,000 บาท ถึง 15.0% ในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว และเป็นข้าราชการบำนาญ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีเงินเดือนประจำรวมทั้งมีหลักประกันที่ดีจากรัฐในการรักษาพยาบาล
 - กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้มีรายได้น้อย โดยมีรายได้น้อยกว่า 2,000 บาทต่อเดือน ซึ่งมีถึง 33.0%
7. ระดับความผิดปกติในการมองเห็นของตาข้างซ้ายและตาขวาใกล้เคียงกัน

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก จำแนกตามลักษณะประชากร (n = 200)

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	120	60.0
ชาย	80	40.0
อายุ (ปี)		
60-69	82	41.0
70-79	93	46.5
> 79	25	12.5
$\bar{X} = 71.04$ S.D. = 7.073 Min. = 60 Max. = 87		
ศาสนา		
พุทธ	193	96.5
คริสต์	3	1.5
อิสลาม	4	2.0
สถานภาพสมรส		
โสด	19	9.5
สมรส	114	57.0
หม้าย	60	30.0
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	7	3.5
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่มีการศึกษา/ประถมศึกษา	112	56.0
มัธยมศึกษา/ปวช.	40	20.0
อนุปริญญา/ปวส.	15	7.5
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	33	16.5
ความสามารถในการอ่านเขียน		
อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้	24	12.0
อ่านได้เขียนไม่ได้	4	2.0
อ่านออกเขียนได้	172	86.0

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก จำแนกตามลักษณะประชากร (n = 200) (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	106	53.0
ประกอบอาชีพ (n = 94)	94	47.0
ข้าราชการบำนาญ	39	41.5
เกษตรกรรวม	22	23.4
ธุรกิจส่วนตัว	21	22.3
ค้าขาย/รับจ้าง	12	12.8
แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุ**		
ข้าราชการบำนาญ	39	16.1
บุตรหลาน ญาติพี่น้องให้	115	47.5
การประกอบอาชีพ	69	28.5
ดอกเบี้ยเงินเก็บสะสมหรือเงินปันผล	19	7.9
(** ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)		
รายได้ของผู้สูงอายุ (บาท / เดือน)		
≤ 2,000	66	33.0
2,001- 4,000	38	19.0
4,001- 6,000	18	9.0
6,001- 8,000	11	5.5
8,001- 10,000	14	7.0
10,001- 12,000	3	1.5
12,001 - 14,000	1	0.5
14,001 - 16,000	6	3.0
16,001 - 18,000	3	1.5
18,001 - 20,000	10	5.0
> 20,000	30	15.0
$\bar{X} = 3,000.00$ S.D. = 17,746.57 Min. = 100 Max. = 100,000		

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก จำแนกตามลักษณะประชากร (n = 200) (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
รายได้แบ่งตามการประกอบอาชีพ (บาท /เดือน)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	106	53.0
≤ 2,000	46	43.4
2,001 - 4,000	25	23.6
4,001 - 6,000	13	12.3
6,001 - 8,000	4	3.8
8,001 - 10,000	5	4.7
10,001 - 12,000	0	0
12,001 - 14,000	0	0
14,001 - 16,000	1	0.9
16,001 - 18,000	2	1.9
18,001 - 20,000	4	3.8
> 20,000	6	5.7
$\bar{X} = 6,107.5$ S.D. = 11,455.2 Min. = 100 Max. = 30,000		
ประกอบอาชีพ (n = 94)		
ข้าราชการบำนาญ (บาท /เดือน)	39	41.5
4,000 - 6,000	1	2.5
6,001 - 8,000	6	15.4
8,001 - 10,000	4	10.3
10,001 - 12,000	2	5.1
12,001 - 14,000	3	7.7
14,001 - 16,000	4	10.3
16,001 - 18,000	2	5.1
18,001 - 20,000	4	10.3
> 20,000	13	33.3
$\bar{X} = 19,846.2$ S.D. = 23,216.9 Min. = 5,000 Max. = 37,000		

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก จำแนกตามลักษณะประชากร (n = 200) (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เกษตกรรม (บาท /เดือน)	22	
≤ 2,000	12	54.5
2,001- 4,000	8	36.4
> 4,000	2	9.1
$\bar{X} = 2,500.0$ S.D. = 1,732.1 Min. = 500 Max. = 8,000		
ธุรกิจส่วนตัว (บาท /เดือน)	21	
≤ 5,000	5	23.8
5,001 – 10,000	6	28.6
10,001-15,000	0	0
15,001-20,000	0	0
> 20,000	10	47.6
$\bar{X} = 24,761.9$ S.D. = 22,551.9 Min. = 2,000 Max. = 70,000		
ค้าขาย/รับจ้าง (บาท /เดือน)	12	
≤ 2,000	6	50.0
2,001- 4,000	1	8.3
> 4,000	5	41.7
$\bar{X} = 5,909.10$ S.D. = 6,814.76 Min. = 500 Max. = 20,000		

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก จำแนกตามปัจจัยด้านครอบครัว (n = 200)

ปัจจัยด้านครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทของครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	140	70.0
ครอบครัวขยาย	43	21.5
ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง	17	8.5
สถานะในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	104	52.0
สมาชิกในครอบครัว	96	48.0
บทบาทในครอบครัว*		
ไม่ได้ทำอะไร	15	4.7
ดูแลเด็ก ๆ เลี้ยงหลาน	32	10.1
ทำงานบ้าน	90	28.5
ดูแลบ้าน	179	56.6
(* ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)		
รายได้เฉลี่ยทั้งครอบครัว (บาท/เดือน)		
≤ 10,000	52	26.0
10,001-20,000	79	39.5
20,001-30,000	32	16.0
> 30,000	37	18.5
$\bar{X} = 15,000.00$ S.D. = 29,638.01 Min. = 500 Max. = 200,000		
ฐานะทางเศรษฐกิจ		
มีรายได้ไม่พอกับรายจ่าย	50	25.0
มีรายได้พอ ๆ กันกับรายจ่าย	92	46.0
มีรายได้มากกว่ารายจ่ายจึงมีเงินเหลือเก็บ	58	29.0

ตาราง 3 จำนวน (n) และร้อยละ (%) ของผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก จำแนกตามระดับการมองเห็น ระหว่างตาขวาและตาซ้าย (n = 200)

ระดับการมองเห็น	ตาขวา	ตาซ้าย
	n (%)	n (%)
สายตาศกติ (ระหว่าง 6/6 ถึง 6/18)	34(17.0)	15(7.5)
สายตาศกติ ระดับ 1 (ระหว่างน้อยกว่า 6/18 ถึง 6/60)	56(28.0)	76(38.0)
สายตาศกติ ระดับ 2 (ระหว่างน้อยกว่า 6/60 ถึง 3/60)	9(4.5)	4(2.0)
ตาบอดขั้นที่ 1(ระหว่างน้อยกว่า 3/60 ถึง 1/60)	3(1.5)	2(1.0)
ตาบอดขั้นที่ 2 (ระหว่างน้อยกว่า1/60 ถึง PL)	0(0)	1(0.5)
รวม	102(51.0)	98(49.0)

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก จำแนกตามปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย (n = 200)

ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรุนแรงของโรคต้อกระจก		
ระยะเริ่มเป็น (Incipient cataract)	5	2.5
ระยะเริ่มขุ่น (Immature cataract)	162	81.0
ระยะสุก (Mature cataract)	33	16.5
ระยะเวลาที่สูญเสียการมองเห็น (ปี)		
< 1	57	28.5
1-2	45	22.5
2-3	55	27.5
> 3	43	21.5
$\bar{X} = 2.60$ S.D. = 1.52 Min. = 1 Max. = 10		
ระยะเวลาในการรักษาต้อกระจก (เดือน)		
< 3	69	34.5
3-6	59	29.5
> 6	72	36.0
$\bar{X} = 8.89$ S.D. = 10.101 Min. = 1 Max. = 48		

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก จำแนกตามปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย (n = 200) (ต่อ)

ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย	จำนวน	ร้อยละ
สถานพยาบาลที่เริ่มรักษาต้อกระจก		
โรงพยาบาลศิริราช	168	84.0
สถานพยาบาลอื่น ๆ	32	26.0
โรงพยาบาลศูนย์	6	18.8
โรงพยาบาลทั่วไป	15	46.9
สถานอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน	2	6.3
โรงพยาบาลเอกชน	6	18.8
คลินิก	3	9.4
ระยะเวลาในการรักษาที่ศิริราช (เดือน)		
1. ระยะเริ่มเป็น (Incipient cataract)	5	2.5
< 3	4	80.0
3-6	1	20.0
$\bar{X} = 6.76$ S.D. = 7.49 Min. = 1 Max. = 48		
2. ระยะเริ่มขุ่น (Immature cataract)	162	81.0
< 3	67	41.4
3-6	51	31.5
7-9	13	8.0
> 9	31	19.1
$\bar{X} = 7.09$ S.D. = 8.036 Min. = 1 Max. = 36		
3. ระยะสุก (Mature cataract)	33	16.5
< 3	16	48.5
3-6	7	21.2
7-9	2	6.1
> 9	8	24.2
$\bar{X} = 6.78$ S.D. = 8.31 Min. = 1 Max. = 48		

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก จำแนกตามปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย (n = 200) (ต่อ)

ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย	จำนวน	ร้อยละ
ความพิการทางร่างกาย		
ไม่มี	186	93.0
มี*	14	7.0
หูตึง	11	61.1
นิ้วบางส่วนถูกตัดออก	4	22.2
ขาถูกตัดออกถึงบริเวณเข่า	3	16.7
(* ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)		
โรคประจำตัว		
ไม่มี	65	32.5
มี*	135	67.5
ความดันโลหิตสูง	103	44.2
เบาหวาน	45	19.3
หัวใจ	37	15.9
ไขมันในหลอดเลือดสูง	20	8.6
เกาต์	6	2.6
หอบหืด	5	2.1
ภูมิแพ้	5	2.1
ต่อมลูกหมากโต	5	2.1
กระเพาะอาหาร	3	1.3
โรคตับ/โรคไต	3	1.3
ไทรอยด์	1	0.4
(* ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)		
ประเภทบ้านที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัย		
บ้านเดี่ยว	125	62.5
ห้องแถว/เรือนแถว/ตึกแถว	38	19.0
ทาวเฮาส์หรือบ้านแฝด	22	11.0

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก จำแนกตามปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย (n = 200) (ต่อ)

ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย	จำนวน	ร้อยละ
ห้องเช่า	8	4.0
ที่อยู่อาศัยชั่วคราว	5	2.5
คอนโดมิเนียม	2	1.0
เขตที่อยู่อาศัย		
เขตเมือง	125	62.5
เขตชนบท	60	30.0
เขตอุตสาหกรรม/ย่านการค้า	15	7.5
สภาพที่อยู่อาศัยมีเสียงรบกวน/เสียงดัง		
ไม่มี	153	76.5
มี	47	23.5
ไม่มาก	28	14.0
มาก	19	9.5
ระยะเวลาที่มีเสียงรบกวน/เสียงดัง (ปี)		
1-5	12	25.5
6-10	28	59.6
> 10	7	14.9
สภาพที่อยู่อาศัยบริเวณใกล้บ้านมีควัน		
ไม่มี	163	81.5
มี	37	18.5
ไม่มาก	17	8.5
มีมาก	20	10.0
ระยะเวลาที่มีบริเวณใกล้บ้านมีควัน (ปี)		
1-5	10	27.0
6-10	21	56.8
> 10	6	16.2

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก จำแนกตามปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย (n = 200) (ต่อ)

ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย	จำนวน	ร้อยละ
สภาพที่อยู่อาศัยบริเวณใกล้บ้านมีกลิ่นรบกวน/กลิ่นเหม็น		
ไม่มี	174	87.0
มี	26	13.0
ไม่มาก	14	7.0
มาก	12	6.0
ระยะเวลาที่มีกลิ่นรบกวน/กลิ่นเหม็น (ปี)		
1-5	10	38.5
6-10	12	46.2
> 10	4	15.3
สภาพที่อยู่อาศัยบริเวณใกล้บ้านมีฝุ่นละออง/เขม่าควัน		
ไม่มี	150	75.0
มี	50	25.0
ไม่มาก	29	14.5
มาก	21	10.5
ระยะเวลาที่มีฝุ่นละออง/เขม่าควัน (ปี)		
1-5	15	30.0
6-10	25	50.0
> 10	10	20.0
สภาพที่อยู่อาศัยบริเวณใกล้บ้านมีน้ำเน่าเสีย		
ไม่มี	185	92.5
มี	15	7.5
ไม่มาก	8	4.0
มาก	7	3.5

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก จำแนกตามปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย (n = 200) (ต่อ)

ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่มีน้ำหนักเสีย (ปี)		
1-5	2	13.3
6-10	11	73.4
> 10	2	13.3
สภาพที่อยู่อาศัยบริเวณใกล้บ้านมีขยะทั่วไป/ขยะอันตราย		
ไม่มี	190	94.5
มี	10	5.5
ไม่มาก	7	3.5
มาก	3	2.0
ระยะเวลาที่มีขยะทั่วไป/ขยะอันตราย (ปี)		
1-5	2	20.0
6-10	6	60.0
> 10	2	20.0

ตาราง 5 จำนวน (n) และร้อยละ (%) ของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก จำแนกตามปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (n = 200)

ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน	ทำได้ดีเป็นปกติ	ทำได้แต่ช้ากว่าปกติ	ทำได้แต่ต้องให้คนอื่นช่วย	ทำเองไม่ได้เลย
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน				
การอาบน้ำ	118(59.0)	75(37.5)	5(2.5)	2(1.0)
การแต่งตัว	118(59.0)	75(37.5)	5(2.5)	2(1.0)
การกินอาหารและยา (ถ้ามี)	119(59.5)	69(34.5)	10(5.0)	2(1.0)
การลุกจากที่นอนตอนกลางวัน	129(64.5)	64(32.0)	5(2.5)	2(1.0)

ตาราง 5 จำนวน (n) และร้อยละ (%) ของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจก จำแนกตามปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (n = 200) (ต่อ)

ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรม ในชีวิตประจำวัน	ทำได้ดี เป็นปกติ n (%)	ทำได้แต่ช้า กว่าปกติ n (%)	ทำได้แต่ต้อง ให้คนอื่นช่วย n (%)	ทำเอง ไม่ได้เลย n (%)
การลุกจากที่นอนตอนกลางคืน	128(64.0)	66(33.0)	4(2.0)	2(1.0)
การเข้าห้องน้ำตอนกลางวัน	104(52.0)	87(43.5)	6(3.0)	3(1.5)
การเข้าห้องน้ำตอนกลางคืน	106(53.0)	84(42.0)	7(3.5)	3(1.5)
การเคลื่อนไหวหรือเดินภายในบ้าน	97(48.5)	95(47.5)	7(3.5)	1(0.5)
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง				
การทำอาหาร การเตรียมอาหาร	77(38.5)	76(38.0)	31(15.5)	16(8.0)
การใช้พาหนะและการเดินทาง	38(19.0)	94(47.0)	51(25.5)	17(8.5)
การซื้อของ จำตลาด	56(28.0)	85(42.5)	39(19.5)	20(10.0)
การเดินทางไปนอกบ้าน	50(25.0)	96(48.0)	44(22.0)	10(5.0)
การใช้โทรศัพท์ การติดต่อสื่อสาร	72(36.0)	74(37.0)	40(20.0)	14(7.0)
การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา				
การทำกิจกรรมทางศาสนาในบ้าน	95(47.5)	81(40.5)	17(8.5)	7(3.5)
การไปทำบุญที่วัด/ มัสยิด/ โบสถ์	66(33.0)	76(38.0)	48(24.0)	10(5.0)
การไปร่วมงานบวช งานแต่งงาน งานศพ หรือเที่ยวงานในเทศกาล ต่าง ๆ	66(33.0)	75(37.5)	44(22.0)	15(7.5)

ตาราง 6 จำนวน (n) และร้อยละ (%) ของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก จำแนกตามปัจจัยการบริการด้านสุขภาพ (n = 200)

ปัจจัยการบริการ ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
1. สถานือนามัย/ หน่วยบริการปฐมภูมิ (n = 200)		
ไม่มี	81	40.5
มี	119	59.5
การไปใช้สถานือนามัย/หน่วยบริการปฐมภูมิ(n = 119)		
ไม่ใช้	83	69.7
ไปใช้	36	30.3
จำนวนที่ไปใช้บริการสถานือนามัย/หน่วยบริการปฐมภูมิ (n = 36)		
ทุก 3 เดือน	2	5.6
ทุก 6 เดือน	2	5.6
1-3 ครั้ง/เดือน	31	86.1
> 3 ครั้ง/เดือน	1	2.7
การเข้าถึงบริการสถานือนามัย/หน่วยบริการปฐมภูมิ (n = 36)		
สะดวก	34	94.4
ไม่สะดวก	2	5.6
ลักษณะบริการที่ไปใช้สถานือนามัย/หน่วยบริการปฐมภูมิ (n = 36)		
ด้านการรักษาพยาบาล	32	88.9
การตรวจสุขภาพ	3	8.3
การส่งเสริมสุขภาพ	1	2.8
ผลการไปใช้บริการที่สถานือนามัย/หน่วยบริการปฐมภูมิ (n = 36)		
ดี	34	94.4
ไม่ดี	2	5.6

ตาราง 6 จำนวน (n) และร้อยละ (%) ของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก จำแนกตามปัจจัยการบริการด้านสุขภาพ (n = 200) (ต่อ)

ปัจจัยการบริการ ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
2. การมีคลินิก (n = 200)		
ไม่มี	94	47.0
มี	106	53.0
การไปใช้คลินิก (n = 106)		
ไม่ใช้	88	69.7
ไปใช้	18	30.3
จำนวนที่ไปใช้บริการคลินิก (n = 18)		
1 ครั้ง/เดือน	17	94.4
3 ครั้ง/เดือน	1	5.6
การเข้าถึงบริการคลินิก (n = 18)		
สะดวก	18	100
ไม่สะดวก	0	0
ลักษณะบริการที่ไปใช้คลินิค (n = 18)		
ด้านการรักษาพยาบาล	17	94.4
การตรวจสุขภาพ	1	5.6
ผู้ให้บริการที่คลินิค (n = 18)		
แพทย์	17	94.4
พยาบาล	1	5.6
ผลการไปใช้บริการที่คลินิค (n = 18)		
ดี	18	100
ไม่ดี	0	0
3. การมีโรงพยาบาลของรัฐ (n = 200)		
ไม่มี	103	51.5
มี	97	48.5

ตาราง 6 จำนวน (n) และร้อยละ (%) ของผู้สูงอายุที่เป็นคอกระจก จำแนกตามปัจจัยการบริการด้านสุขภาพ (n = 200) (ต่อ)

ปัจจัยการบริการ ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การไปใช้โรงพยาบาลของรัฐ (n = 97)		
ไม่ใช้	50	51.5
ไปใช้	47	48.5
จำนวนที่ใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐ (n = 47)		
ทุก 3 เดือน	12	25.5
1-3 ครั้ง/เดือน	33	70.2
> 3 ครั้ง/เดือน	2	4.3
การเข้าถึงบริการโรงพยาบาลของรัฐ (n = 47)		
สะดวก	45	95.7
ไม่สะดวก	2	4.3
ลักษณะบริการที่ใช้โรงพยาบาลของรัฐ (n = 47)		
ด้านการรักษาพยาบาล	46	97.9
การตรวจสุขภาพ	1	2.1
ผู้ให้บริการโรงพยาบาลของรัฐ (n = 47)		
หมอ/พยาบาล	47	100.0
ผลการใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐ (n = 47)		
ดีมาก	1	2.1
ดี	43	91.5
พอใช้	3	6.4
4. การมีโรงพยาบาลเอกชน (n = 200)		
ไม่มี	105	51.5
มี	95	48.5
การไปใช้โรงพยาบาลเอกชน (n = 95)		
ไม่ใช้	81	85.3
ไปใช้	14	14.7

ตาราง 6 จำนวน (n) และร้อยละ (%) ของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก จำแนกตามปัจจัยการบริการด้านสุขภาพ (n = 200) (ต่อ)

ปัจจัยการบริการ ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนที่ไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน (n = 14)		
ทุก 3 เดือน	12	85.8
ทุก 6 เดือน	1	7.1
1-3 ครั้ง/เดือน	1	7.1
การเข้าถึงบริการโรงพยาบาลเอกชน (n = 14)		
สะดวก	14	100.0
ลักษณะบริการที่ใช้โรงพยาบาลเอกชน (n = 14)		
ด้านการรักษาพยาบาล	14	97.9
การตรวจสุขภาพ	1	2.1
ผู้ให้บริการโรงพยาบาลของเอกชน (n = 14)		
หมอ/พยาบาล	14	100.0
ผลการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชน (n = 14)		
ดี	14	100.0
5. การมีร้านขายยา (n = 200)		
ไม่มี	72	36.0
มี	128	64.0
การไปใช้ร้านขายยา (n = 95)		
ไม่ใช่	60	85.3
ไปใช้	35	14.7
จำนวนที่ไปใช้บริการร้านขายยา (n = 35)		
ทุก 3 เดือน	2	5.7
ทุก 6 เดือน	30	85.7
1-3 ครั้ง/เดือน	3	8.6
การเข้าถึงบริการร้านขายยา (n = 35)		
สะดวก	35	100

ตาราง 6 จำนวน (n) และร้อยละ (%) ของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก จำแนกตามปัจจัยการบริการด้านสุขภาพ (n = 200) (ต่อ)

ปัจจัยการบริการ ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะบริการที่ไปใช้ร้านขายยา (n = 35)		
ด้านการรักษาพยาบาล	34	97.9
การตรวจสอบสุขภาพ	1	2.1
ผู้ให้บริการที่ร้านขายยา (n = 35)		
เภสัช	30	85.7
ไม่ใช่สรรพนาม	3	8.6
คนขายยา	2	5.7
ผลการไปใช้บริการที่ร้านขายยา (n = 35)		
ดี	34	97.9
ปานกลาง	1	2.1

ตาราง 7 จำนวน (n) และร้อยละ (%) ของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก จำแนกตามปัจจัยการบริการด้านคุณภาพชีวิต (n = 200)

ปัจจัยการบริการด้านคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
1. การมีส่วนร่วมสาธารณะ/สนามกีฬา (n = 200)		
ไม่มี	109	54.5
มี	91	45.5
การไปใช้สวนสาธารณะ/สนามกีฬา (n = 91)		
ไม่ใช่	57	62.6
ไปใช้	34	37.4
จำนวนที่ไปใช้สวนสาธารณะ/สนามกีฬา (n = 34)		
1- 10 ครั้ง/เดือน	14	41.2
11-20 ครั้ง/เดือน	6	17.6
21-30 ครั้ง/เดือน	14	41.2

ตาราง 7 จำนวน (n) และร้อยละ (%) ของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก จำแนกตามปัจจัยการบริการด้านคุณภาพชีวิต (n = 200) (ต่อ)

ปัจจัยการบริการด้านคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
การเข้าถึงการไปใช้สวนสาธารณะ/สนามกีฬา (n = 34)		
สะดวก	34	100.0
ลักษณะบริการที่ไปใช้สวนสาธารณะ/สนามกีฬา(n = 34)		
ออกกำลังกาย	34	100.0
ผลการไปใช้สวนสาธารณะ/สนามกีฬา (n = 34)		
ดี	34	100.0
2. การมีชมรมผู้สูงอายุ (n = 200)		
ไม่มี	116	58.0
มี	84	42.0
การไปใช้ชมรมผู้สูงอายุ (n = 84)		
ไม่ใช้	68	81.0
ไปใช้	16	19.0
จำนวนที่ไปใช้ชมรมผู้สูงอายุ (n = 16)		
1- 2 ครั้ง/เดือน	10	62.5
3 -4 ครั้ง/เดือน	4	25.0
> 4 ครั้ง/เดือน	2	12.5
การเข้าถึงการไปใช้ชมรมผู้สูงอายุ (n = 16)		
สะดวก	16	100.
ลักษณะบริการที่ไปใช้ชมรมผู้สูงอายุ (n = 16)		
ออกกำลังกายและพูดคุย	6	37.5
ประชุมและพูดคุย	4	25.0
ตรวจสุขภาพ	3	18.6
เดินลีลาศ	1	6.3
เที่ยวและพูดคุย	1	6.3
ไปรับเงินค่าครองชีพผู้สูงอายุ จำนวน 500 บาทต่อเดือน	1	6.3

ตาราง 7 จำนวน (n) และร้อยละ (%) ของผู้สูงอายุที่เป็นคอกระจก จำแนกตามปัจจัยการบริการด้านคุณภาพชีวิต (n = 200) (ต่อ)

ปัจจัยการบริการด้านคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ให้บริการที่ชมรมผู้สูงอายุ (n = 16)		
กรรมการ	5	31.3
แพทย์และพยาบาล	3	18.7
อดีตผู้อำนวยการ	3	18.7
อดีตนายกเทศบาล	2	12.5
ไม่ใช่สรรพนาม	2	12.5
หัวหน้าชมรม	1	6.3
ผลการไปใช้ชมรมผู้สูงอายุ (n = 16)		
ดี	16	100
ไม่ดี	0	0
3. การมีศาสนสถาน (n = 200)		
ไม่มี	38	19.0
มี	162	81.0
การไปใช้ศาสนสถาน (n = 162)		
ไม่ไปใช้	51	31.5
ไปใช้	111	68.5
ช่วงเวลาที่ไปศาสนสถาน (n = 111)		
1-10 ครั้งต่อเดือน	105	94.6
11-20 ครั้งต่อเดือน	1	0.9
21-30 ครั้งต่อเดือน	5	4.5
การเข้าถึงการใช้ศาสนสถาน (n=111)		
สะดวก	110	99.1
ไม่สะดวก	1	0.9
การบริการที่ใช้ศาสนสถาน (n = 111)		
ไปทำบุญ/กิจกรรมทางศาสนา/ละหมาด	111	100.0

ตาราง 7 จำนวน (n) และร้อยละ (%) ของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก จำแนกตามปัจจัยการบริการด้านคุณภาพชีวิต (n = 200) (ต่อ)

ปัจจัยการบริการด้านคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ให้บริการในสถานสถาน (n = 111)		
พระ/บาทหลวง/โตะอิมาม	111	100.0
ผลการไปใช้สถานสถาน (n=111)		
ดี	111	100.0
4. การมีสถานี่ตำรวจ (n = 200)		
ไม่มี	112	56.0
มี	88	44.0
การไปใช้สถานี่ตำรวจ (n = 88)		
ไม่ไปใช้	74	84.1
ไปใช้	14	15.9
จำนวนช่วงที่ใช้สถานี่ตำรวจ (n = 14)		
1-10 ครั้งต่อเดือน	12	85.7
11-20 ครั้งต่อเดือน	2	14.3
การเข้าถึงการใช้สถานี่ตำรวจ (n = 14)		
สะดวก	14	100.0
การบริการที่ใช้ในสถานี่ตำรวจ (n = 14)		
ดูแลความปลอดภัย	13	92.9
ประชุมเกี่ยวกับความปลอดภัย	1	7.1
ผู้ให้บริการในสถานี่ตำรวจ (n = 14)		
ตำรวจ	14	100.0
ผลการไปใช้สถานี่ตำรวจ (n = 14)		
ดี	13	92.9
พอใช้	1	7.1
4. การมีศูนย์พัฒนาอาชีพ (n = 200)		
ไม่มี	176	88.0
มี	24	12.0

ตาราง 7 จำนวน (n) และร้อยละ (%) ของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก จำแนกตามปัจจัยการบริการด้านคุณภาพชีวิต (n = 200) (ต่อ)

ปัจจัยการบริการด้านคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
การไปใช้ศูนย์พัฒนาอาชีพ (n = 24)		
ไม่ไปใช้	23	95
ไปใช้	1	4.2
จำนวนการใช้ศูนย์พัฒนาอาชีพ (n = 1)		
3 ครั้งต่อเดือน	1	100.0
การเข้าถึงการใช้ศูนย์พัฒนาอาชีพ (n = 1)		
สะดวก	1	100.0
การบริการที่ใช้ศูนย์พัฒนาอาชีพ (n = 1)		
ทำสวน/จัดดอกไม้	1	100.0
ผู้ให้บริการในศูนย์พัฒนาอาชีพ (n = 1)		
ครู	1	100.0
ผลการไปใช้ศูนย์พัฒนาอาชีพ (n = 1)		
ดี	1	100.0
5. การมีสถานบริการด้านการศึกษา (n = 200)		
ไม่มี	182	91.0
มี	18	9.0
การไปใช้สถานบริการด้านการศึกษา (n = 18)		
ไม่ไปใช้	18	100.0

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกก่อนผ่าตัด

คุณภาพชีวิต ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ในแต่ละด้าน จะแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับไม่ดี ระดับปานกลาง และระดับดี โดยมาจากข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ ซึ่งมีลักษณะคำตอบ 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่พอใจเลยจนถึงพอใจมากที่สุด

ผลการวิจัย สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี คือ 86% มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และ 11.5% คุณภาพชีวิตในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน มีดังนี้

1. ด้านจิตใจ จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ด้านจิตใจที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นการรับรู้ถึงความพึงพอใจในชีวิตมาก (41.5%) มีความพึงพอใจในตนเองมาก (37.5 %) มีความรู้สึกที่ดี เป็นความรู้สึกในทางบวก ปราศจากความเหงา ซึมเศร้า และวิตกกังวล มีหรือมีความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ที่ไม่ดี อาทิเช่น ความเศร้า ความกังวล (39.0%) การมีชีวิตอย่างมีความหมาย (36.5%) แสดงให้เห็นว่า เป็นกลุ่มที่มีสุขภาพจิตดี

2. ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตระดับดีมาก (40.0%) ความพึงพอใจต่อสภาพบ้านเรือนที่อาศัยอยู่ในปัจจุบันระดับดีมาก (47.5%) และมีสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ดี (42.0%) แสดงให้เห็นว่า เป็นกลุ่มที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลภาวะต่าง ๆ มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต

3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมไม่สูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นความพึงพอใจต่อการได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อน ๆ อยู่ในระดับไม่พอใจมากและพอใจเล็กน้อย (15.0% และ 28.0%) และเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ อยู่ในระดับไม่พอใจมากและพอใจเล็กน้อย (4.0% และ 23.0%) ซึ่งแสดงว่า เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อน ๆ และทางเพศสัมพันธ์

4. ด้านสุขภาพกาย พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายไม่สูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นการมีเจ็บปวดทางร่างกายระดับมาก (13.0%) การนอนหลับ ในระดับไม่พอใจมากและพอใจเล็กน้อย (12.5% และ 16.5%) การมีความจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลอย่างมาก (27.5%) ซึ่งแสดงว่า เป็นกลุ่มที่มีการเจ็บปวดทางร่างกาย มีปัญหาในการนอนหลับ และจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยต่าง ๆ และการรักษาทางการแพทย์

ประเด็นที่น่าสนใจของคุณภาพชีวิตก่อนผ่าตัด มีดังนี้

ผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี เนื่องจาก ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ดี ประเด็นที่กลุ่มนี้รู้สึกพึงพอใจมาก คือ ความพึงพอใจในชีวิต (41.5%) ความพึงพอใจในตนเอง (37.5%) มีความรู้สึกที่ดี เช่น ไม่เหงา ไม่มีภาวะซึมเศร้า ไม่วิตกกังวล (39.0%) และการมีชีวิตอย่างมีความหมาย (36.5%) ซึ่งแสดงว่า เป็นกลุ่มที่มีสุขภาพจิตดี แต่ยังมีอีก 2.5% มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมไม่สูง พบว่า เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อน ๆ และ มีคุณภาพชีวิตทางเพศสัมพันธ์ที่ยังไม่ดี

ตาราง 8 จำนวน (n) และ ร้อยละ (%) ของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกก่อนผ่าตัด จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต (n = 200)

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต					
	ดี		ปานกลาง		ไม่ดี	
	n	%	n	%	n	%
คุณภาพชีวิตโดยรวม	23	11.5	172	86.0	5	2.5
คุณภาพชีวิตรายด้าน						
ด้านสุขภาพกาย	13	6.5	170	85.0	17	8.5
ด้านจิตใจ	41	20.5	151	75.5	8	4.0
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	15	7.5	137	68.5	48	24.0
ด้านสิ่งแวดล้อม	24	12.0	167	83.5	9	4.5

ตาราง 9 จำนวน (n) และ ร้อยละ (%) ของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกก่อนการผ่าตัด จำแนกตามระดับความคิดเห็นต่อข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (n = 200)

ข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ระดับความคิดเห็น				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในช่วงเวลานี้เพียงใด	12(6.0)	13(6.5)	136(68.0)	38(19.0)	1(0.5)
26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับใด	0(0)	14(7.0)	143(71.5)	41(20.5)	2(1.0)
I. ด้านสุขภาพกาย					
2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวด ท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ มีมากน้อยเพียงใด	25(12.5)	87(43.5)	62(31.0)	26(13.0)	0(0)
3. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันหรือไม่เพียงใด (ทั้งเรื่องงานหรือ การดำเนินชีวิตประจำวัน)	2(1.0)	44(22.0)	111(55.5)	41(20.5)	2(1.0)
4. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด	25(12.5)	33(16.5)	64(32.0)	76(38.0)	2(1.0)
10. ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ให้ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	4(2.0)	25(12.5)	117(58.5)	50(25.0)	4(2.0)
11. ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมาก น้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ในแต่ละวัน	15(7.5)	47(23.5)	77(38.5)	55(27.5)	6(3.0)
12. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด	9(4.5)	34(17.0)	109(54.5)	47(23.5)	1(0.5)
24. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	14(7.0)	35(17.5)	110(55.0)	39(19.5)	2(1.0)

ตาราง 9 จำนวน (n) และ ร้อยละ (%) ของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระຈก ก่อนการผ่าตัด จำแนกตามระดับความคิดเห็นต่อข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (n = 200) (ต่อ)

ข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา		ระดับความคิดเห็น				
		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
II. ด้านจิตใจ						
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด		3(1.5)	12(6.0)	102(51.0)	83(41.5)	0(0)
6. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด		4(2.0)	41(20.5)	108(54.0)	45(22.5)	2(1.0)
7. ท่านรู้สึกพอใจในตนเอง มากน้อยแค่ไหน		2(1.0)	10(5.0)	111(55.5)	75(37.5)	2(1.0)
8. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้เพียงใด		1(0.5)	7(3.5)	147(73.5)	43(21.5)	2(1.0)
9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวลบ่อยแค่ไหน		78(39.0)	63(31.5)	31(15.5)	26(13.0)	2(1.0)
23. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมาย มากน้อยแค่ไหน		1(0.5)	10(5.0)	114(57.0)	73(36.5)	2(1.0)
III. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม						
13. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน		9(4.5)	15(7.5)	81(40.5)	91(45.5)	4(2.0)
14. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ ไหม		30(15.0)	56(28.0)	60(30.0)	51(25.5)	3(1.5)
25. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน		8(4.0)	46(23.0)	124(62.0)	21(10.5)	1(0.5)
IV. ด้านสิ่งแวดล้อม						
15. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหม ในแต่ละวัน		1(0.5)	13(6.5)	105(52.5)	80(40.0)	1(0.5)

ตาราง 9 จำนวน (n) และ ร้อยละ (%) ของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก ก่อนการผ่าตัด จำแนกตามระดับความคิดเห็นต่อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (n = 200) (ต่อ)

ข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ระดับความคิดเห็น				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
16. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ มากน้อยเพียงใด	7(3.5)	10(5.0)	87(43.5)	95(47.5)	1(0.5)
17. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น มากน้อยเพียงใด	7(3.5)	38(19.0)	106(53.0)	46(23.0)	3(1.5)
18. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด	11(5.5)	28(14.0)	107(53.5)	53(26.5)	1(0.5)
19. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่เป็นในชีวิตแต่ละวัน มากน้อยเพียงใด	8(4.0)	38(19.0)	96(48.0)	54(27.0)	4(2.0)
20. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด มากน้อยเพียงใด	10(5.0)	49(24.5)	89(44.5)	47(23.5)	5(2.5)
21. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่าน มากน้อยเพียงใด	12(6.0)	12(6.0)	90(45.0)	84(42.0)	2(1.0)
22. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน มากน้อยเพียงใด	10(5.0)	41(20.5)	107(53.5)	41(20.5)	1(0.5)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก

จากการวิเคราะห์ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test), การทดสอบฟิชเชอร์เอกแซก (Fisher's Exact Test) และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product moment Correlation Coefficient) ที่ระดับ $\alpha = 0.05$ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี และ 2. กลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีมารวมกัน

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย ลักษณะประชากร ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ปัจจัยการบริการ ด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิต มีรายละเอียดดังนี้

1. ลักษณะประชากรของผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่อายุ 60-69 ปี สำเร็จการศึกษาสูงกว่าระดับ ประถมศึกษา มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ มีรายได้ประจำเกิน 3,000 บาท อาศัยแหล่ง รายได้จากข้าราชการบำนาญ บุตรหลาน ญาติพี่น้องให้ กับที่มาจากดอกเบี้ย จากเงินเก็บสะสมหรือ เงินปันผล จากการลงทุน/หุ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดี ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่า อายุ ระดับการศึกษา ความสามารถในการอ่านเขียน รายได้ และแหล่งรายได้ที่มาจากข้าราชการบำนาญ บุตรหลาน ญาติ พี่น้องให้ กับที่มาจากดอกเบี้ย จากเงินเก็บสะสมหรือเงินปันผล จากการลงทุน/หุ้น เป็นปัจจัยที่มีผลต่อ คุณภาพชีวิต รายละเอียดดังแสดงในตาราง 10

2. ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ประเภทของครอบครัว สถานะในครอบครัว บทบาท ในครอบครัว และ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

ผลการวิจัย พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีรายได้ประจำเกิน 20,000 บาท ประกอบกับการมีรายได้มากกว่ารายจ่าย มีคุณภาพชีวิตที่ดี ($p < 0.001$ และ $p = 0.002$) แสดงให้เห็นว่า ฐานะทางเศรษฐกิจ และรายได้เฉลี่ยทั้งครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ดังแสดงในตาราง 11

3. ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่ ระดับการมองเห็น ระดับความรุนแรงของโรค ต้อกระจก ระยะเวลาที่สูญเสียการมองเห็น ระยะเวลาในการรักษาโรคต้อกระจก โรคประจำตัว ความผิดปกติหรือความพิการทางร่างกาย ผลการวิจัย มีดังนี้

ผลการวิจัย พบว่า การสูญเสียการมองเห็นของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุที่สายตาเลือนรางหรือตาบอดขั้น 1 และ 2 ทั้งสองตา มีคุณภาพชีวิตไม่ดีถึง 91.4% ($p < 0.001$) รวมทั้งผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกในระยะสุก (Mature cataract) มีคุณภาพชีวิตไม่ดีทั้งหมด ($p = 0.023$) แสดงให้เห็นว่า ระดับการมองเห็นและระดับความรุนแรงของโรคต้อกระจก เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก ได้แก่ ประเภทบ้านที่อยู่อาศัย เขตที่อยู่อาศัย ปัญหาสภาพที่อยู่อาศัยบริเวณใกล้บ้าน ชุมชน ผลการวิจัย มีดังนี้

4.1 บ้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ เป็นลักษณะบ้านเดี่ยวหรือทาวเฮาส์หรือคอนโด มีเนียม มีคุณภาพชีวิตที่ดี ($p = 0.049$) แสดงให้เห็นว่า ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อ คุณภาพชีวิต

4.2 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (ระยะเวลาที่สัมผัสกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี) พบว่า ระยะเวลาที่ผู้สูงอายุประสบกับปัญหามลภาวะทางเสียง ($r = -0.157$, $p = 0.026$) ทางกลิ่นรบกวน/

กลืนเหมีน ($r = -0.158$, $p = 0.025$) ทางคว้น ผุ่นละออง/เขม่าคว้น ($r = -0.162$, $p = 0.026$) การมีน้ำเน่าเสียน ($r = -0.156$, $p = 0.028$) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมาก กับ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี แสดงให้เห็นว่า ระยะเวลาที่สัมผัสกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต คือ ปัญหามลภาวะทางเสียน ทางกลิ่นรบกวน/กลิ่นเหมีน ทางคว้น ผุ่นละออง/เขม่าคว้น และการมีน้ำเน่าเสียน

รายละเอียดดังแสดงในตาราง 12 และ 13

5. ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

ประกอบด้วย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง กิจกรรมทางศาสนา ดังนี้

5.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การกินอาหารและยา การลุกจากที่นอนตอนกลางวันและตอนกลางคืน การเข้าห้องน้ำตอนกลางวันและกลางคืน และ การเคลื่อนไหวหรือเดินภายในบ้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้อย่างปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน มีผลต่อคุณภาพชีวิต

5.2 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ได้แก่ การทำอาหาร การเตรียมอาหาร การใช้พาหนะและการเดินทาง การใช้โทรศัพท์และการติดต่อสื่อสาร การเดินทางไปนอกบ้าน และการซื้อของจ่ายตลาด พบว่า ผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้อย่างปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง มีผลต่อคุณภาพชีวิต

5.3 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ได้แก่ การทำกิจกรรมทางศาสนาในบ้าน การไปทำบุญที่วัด/มัสยิด/โบสถ์ การไปร่วมงานบวช งานแต่งงาน งานศพ หรือเที่ยวงานในเทศกาลต่าง ๆ พบว่า ผู้สูงอายุที่สามารถกิจกรรมทางศาสนาได้อย่างปกติ ได้แก่ การไปทำบุญที่วัด มัสยิด โบสถ์ และการไปร่วมงานแต่งงานบวช งานแต่งงาน งานศพ หรือเที่ยวงานในเทศกาลต่าง ๆ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ($p = 0.03$ และ 0.03) แต่การทำกิจกรรมทางศาสนาในบ้านไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ($p = 0.07$) แสดงให้เห็นว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นด้อยกระจก ยกเว้นการทำกิจกรรมทางศาสนาในบ้าน ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ($p > 0.05$)

รายละเอียดดังแสดงในตาราง 14

6. ปัจจัยการบริการ ด้านสุขภาพและ ด้านคุณภาพชีวิต

แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ การบริการด้านสุขภาพและการบริการด้านคุณภาพชีวิต ซึ่งในแต่ละกลุ่มจะประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสถานบริการ ด้านลักษณะบริการ ด้านการเข้าถึงบริการและด้านผู้บริการ ดังนี้

6.1 สถานบริการ ด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิต

6.1.1 สถานบริการด้านสุขภาพ พบว่า สถานบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ สถานีอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน คลินิก ร้านขายยา ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ($p > 0.05$)

6.1.2 สถานบริการด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ที่มีสวนสาธารณะ/สนามกีฬาตั้งอยู่ใกล้บ้าน เป็นสถานบริการด้านคุณภาพชีวิตที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ($p < 0.001$) แต่สถานบริการด้านคุณภาพชีวิตอื่นๆ ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ ศาสนสถาน สถานีตำรวจ ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงาน สถานที่ให้บริการด้านการศึกษา ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ($p > 0.05$)

6.2 การเข้าถึงบริการ ด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิต

6.2.1 การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ พบว่า การเข้าถึงสถานบริการด้านสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต คือ โรงพยาบาลของรัฐ ($p = 0.033$) แต่สถานบริการด้านสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ สถานีอนามัย/หน่วยปฐมภูมิ คลินิก ร้านขายยาและโรงพยาบาลเอกชน ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ($p > 0.05$)

6.2.2 การเข้าถึงบริการด้านคุณภาพชีวิต พบว่า การเข้าถึงสถานบริการด้านคุณภาพชีวิตที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต คือ สวนสาธารณะ/สนามกีฬาและชมรมผู้สูงอายุ ($p = 0.001$ และ 0.001) แต่การเข้าถึงบริการด้านคุณภาพชีวิตอื่นๆ ได้แก่ ศาสนสถาน สถานีตำรวจ ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงาน สถานที่ให้บริการด้านการศึกษา ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ($p > 0.05$)

6.3 ลักษณะบริการ ด้านสุขภาพและ ด้านคุณภาพชีวิต

6.3.1 ลักษณะบริการด้านสุขภาพ พบว่า ลักษณะบริการด้านสุขภาพทุกสถานบริการด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ($p > 0.05$)

6.3.2 ลักษณะบริการด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ลักษณะบริการด้านคุณภาพชีวิตทุกสถานบริการด้านคุณภาพชีวิต เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ($p > 0.05$)

6.4 ปริมาณการไปใช้บริการสถานบริการ ด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิต

โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการบริการ ด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับการไปใช้บริการด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระเจกพบดังนี้

6.4.1 ปริมาณการไปใช้บริการสถานบริการด้านสุขภาพ พบว่า ปริมาณการไปใช้สถานบริการด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($p > 0.05$)

6.4.2 ปริมาณการไปใช้บริการสถานบริการด้านคุณภาพชีวิต พบว่า สวนสาธารณะ/สนามกีฬา และชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.228, p = 0.001$ และ $r = 0.238, p = 0.001$)

6.5 ผู้ให้บริการ ด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิต

6.5.1 ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ให้บริการด้านสุขภาพทุกสถานบริการด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ($p > 0.05$)

6.5.2 ผู้ให้บริการด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้ให้บริการคุณภาพชีวิตทุกสถานบริการด้านคุณภาพชีวิต เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ($p > 0.05$)

6.6 ผลการไปใช้บริการ ด้านสุขภาพและ ด้านคุณภาพชีวิต

6.6.1 ผลการไปใช้บริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใช้ที่สถานบริการสุขภาพ พบว่า เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ($p > 0.05$)

6.6.2 ผลการไปใช้บริการด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ใช้ที่สถานบริการคุณภาพชีวิต พบว่า เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ($p > 0.05$)

ประเด็นที่น่าสนใจของปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจากโดยตรง มี 5 ประเด็น ดังนี้

1. อายุ
2. ระดับการศึกษา
3. ฐานะทางเศรษฐกิจ
4. การสูญเสียการมองเห็น
5. สภาพแวดล้อม (ระยะเวลาที่สัมผัสกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี)

ตาราง 10 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก โดยใช้
ค่าสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์เอกแซก (n = 200)

ลักษณะประชากร	ระดับคุณภาพชีวิต		χ^2	df	p-value
	กลาง/ไม่ดี	ดี			
	n (%)	n (%)			
เพศ					
ชาย	69(86.3)	11(13.8)	0.663	1	0.415
หญิง	108(90.0)	12(10.0)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
อายุ (ปี)					
60-69	68(82.9)	14(17.1)	4.242	1	0.039
> 69	109(92.4)	9(7.6)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
ศาสนา					
พุทธ	170(88.1)	23(11.9)	0.943	1	0.332
คริสต์/อิสลาม	7(100.0)	0(0)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
สถานภาพสมรส					
สมรส	98(86.0)	16(14.0)	3.299	1	0.169
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่/โสด	79(91.9)	7(8.1)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
การศึกษา					
ต่ำกว่าประถมศึกษา/ไม่ได้เรียน	108(96.4)	4(3.6)	15.722	1	< 0.001
สูงกว่าประถมศึกษา	69(78.4)	19(21.6)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
ความสามารถในการอ่านเขียน					
อ่านออกเขียนได้	149(86.6)	23(13.4)	4.231	1	0.040
อ่าน-เขียน ไม่ได้	28(100.0)	0(0)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			

ตาราง 10 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก โดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์เอกแซก (n = 200) (ต่อ)

ลักษณะประชากร	ระดับคุณภาพชีวิต		χ^2	df	p-value
	กลาง/ไม่ดี	ดี			
	n (%)	n (%)			
อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	97(91.5)	9(8.5)	2.007	1	0.157
ประกอบอาชีพ	80(85.1)	14(14.9)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุ**					
ข้าราชการบำนาญ					
ใช่	31(79.5)	8(20.5)	3.867	1	0.049
ไม่ใช่	146(90.7)	15(9.3)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
บุตรหลาน ญาติพี่น้องให้					
ใช่	107(93.0)	8(7.0)	5.488	1	0.019
ไม่ใช่	70(82.4)	15(17.6)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
การประกอบอาชีพ					
ใช่	59(85.5)	10(14.5)	0.927	1	0.336
ไม่ใช่	118(90.1)	13(9.9)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
ดอกเบี้ย เงินเก็บหรือเงินปันผล					
ใช่	13(68.4)	6(31.6)	8.317	1	0.004
ไม่ใช่	164(90.6)	17(9.4)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			

ตาราง 10 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก โดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์เอกแซก (n = 200) (ต่อ)

ลักษณะประชากร	ระดับคุณภาพชีวิต		χ^2	df	p-value
	กลาง/ไม่ดี	ดี			
	n (%)	n (%)			
รายได้ (บาท /เดือน)					
≤ 3,000	97(96.0)	4(4.0)	11.397	1	0.001
> 3,000	80(80.8)	19(19.2)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			

** = ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

* = Fisher's Exact Test

ตาราง 11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก โดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์เอกแซก (n = 200)

ปัจจัยด้านครอบครัว	คุณภาพชีวิต		χ^2	df	p-value
	กลาง/ไม่ดี	ดี			
	n (%)	n (%)			
ประเภทของครอบครัว					
ครอบครัวเดี่ยว/ที่อยู่ตามลำพัง	138(87.9)	19(12.1)	0.260	1	0.610
ครอบครัวขยาย	39(90.7)	4(9.3)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
สถานะในครอบครัว					
หัวหน้าครอบครัว	90(86.5)	14(13.5)	0.819	1	0.365
สมาชิกในครอบครัว	87(90.6)	9(9.4)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			

ตาราง 11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก โดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์เอกแซก (n = 200) (ต่อ)

ปัจจัยด้านครอบครัว	คุณภาพชีวิต		χ^2	df	p-value
	กลาง/ไม่ดี	ดี			
	n (%)	n (%)			
บทบาทในครอบครัว					
ดูแลเด็ก ๆ เลี้ยงหลาน					
ใช่	26(81.3)	6(18.8)			0.221*
ไม่ใช่	151(89.9)	7(10.1)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
ทำงานบ้าน					
ใช่	80(88.9)	13(11.8)	0.024	1	0.876
ไม่ใช่	97(88.2)	13(11.8)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
บทบาทในครอบครัว					
ดูแลบ้าน					
ใช่	158(88.3)	21(11.7)			0.555*
ไม่ใช่	19(90.5)	2(9.5)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
รายได้ทั้งครอบครัว (บาท/เดือน)					
≤ 20,000	126(96.2)	5(3.8)	22.024	1	< 0.001
> 20,000	51(73.9)	18(26.1)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
ฐานะทางเศรษฐกิจ					
มีรายได้ไม่พอกับรายจ่าย/มีรายได้อะไร ๆ กันกับรายจ่าย	132(93.0)	10(7.0)	9.560	1	0.002
มีรายได้มากกว่ารายจ่าย	45(77.6)	13(22.4)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			

* = Fisher's Exact Test

ตาราง 12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพร่างกายกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก โดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์เอกแซก (n = 200)

ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย	ระดับคุณภาพชีวิต		χ^2	df	p-value
	กลาง/ไม่ดี	ดี			
	n (%)	n (%)			
ระดับการมองเห็น					
สายตาสปกติ (VA 6/6 ถึง 6/18)	39(79.6)	10(20.4)	5.060	1	0.024
สายตาเลือนราง (VA < 6/18ถึง 3/60)/ตาบอดขั้นที่1-2(VA < 3/60 ถึง PL)	138(91.4)	13(8.6)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
ระดับความรุนแรงของโรคต้อกระจก					
ระยะเริ่มเป็น (Incipient cataract) /เริ่มขุ่น +Immature cataract)	144(86.2)	23(13.8)	5.135	1	0.023
ระยะสุก (Mature cataract)	33(100.0)	0(0)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
ระยะเวลาที่สูญเสียการมองเห็น (ปี)					
< 1	52(89.7)	6(10.3)	0.539	2	0.764
1-2	39(90.7)	4(9.3)			
> 2	86(86.9)	13(13.1)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
สถานพยาบาลที่เริ่มรักษาต้อกระจก					
โรงพยาบาลศิริราช	150(89.3)	18(10.7)	10.856	2	0.060
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน/อนามัย/หน่วยบริการปฐมภูมิ	22(95.7)	1(4.3)			
โรงพยาบาลเอกชน/คลินิก	4(44.4)	5(55.6)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			

ตาราง 12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพร่างกายกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก โดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์เอกแซก (n = 200) (ต่อ)

ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย	ระดับคุณภาพชีวิต		χ^2	df	p-value
	กลาง/ไม่ดี	ดี			
	n (%)	n (%)			
ระยะเวลารักษาคือกระดูกที่ศิริราช (ปี)					
< 1	165(88.7)	21(11.3)	0.115	1	0.735
> 1	12(85.7)	2 (14.3)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
ความพิการทางร่างกาย					
ไม่มี	163(87.6)	23(12.4)	1.956	1	0.162
มี	14(100.0)	0(0)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
โรคประจำตัว					
ไม่มี	55(84.6)	10(15.4)	1.428	1	0.232
มี	122(90.4)	13(9.6)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
ประเภทบ้านที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัย					
บ้านเดี่ยว/ทาวเฮาส์หรือบ้านแฟลต/คอนโดมีเนียม	128(85.9)	21(17.1)	3.863	1	0.049
ที่อยู่อาศัยชั่วคราว/ห้องเช่า/ห้องแถว	49(96.1)	2(5.9)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
เขตที่อยู่อาศัย					
เขตเมือง	109(87.2)	16(12.8)	0.685	2	0.710
เขตชนบท	54(90.0)	6(10.0)			
เขตอุตสาหกรรม/ย่านการค้า	14(93.3)	1(6.7)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			

ตาราง 12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพร่างกายกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก โดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์เอกแซก (n = 200) (ต่อ)

ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย	ระดับคุณภาพชีวิต		χ^2	df	p-value
	กลาง/ไม่ดี	ดี			
	n (%)	n (%)			
สภาพที่อยู่อาศัยบริเวณใกล้บ้าน					
การมีเสียงรบกวน/เสียงดัง					
ไม่มี	133(86.9)	20(13.1)	1.581	1	0.209
มีไม่มาก/มีมาก	44(93.6)	3(6.4)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
การมีควัน					
ไม่มี	142(87.1)	21(12.9)	1.657	1	0.198
มีไม่มาก/มีมาก	35(94.6)	2(5.4)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
การมีกลิ่นรบกวน/กลิ่นเหม็น					
ไม่มี	153(87.9)	21(12.1)	0.426	1	0.514
มีไม่มาก/มีมาก	24(92.3)	2(7.7)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
การมีฝุ่นละออง/เขม่าควัน					
ไม่มี	130(86.7)	20(13.3)	1.981	1	0.159
มีไม่มาก/มีมาก	47(94.0)	3(6.0)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
การมีน้ำเน่าเสีย					
ไม่มี	163(88.1)	22(11.9)	0.372	1	0.542
มีไม่มาก/มีมาก	14(93.3)	1(6.7)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			

ตาราง 12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพร่างกายกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก โดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์เอกแซก (n = 200) (ต่อ)

ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย	ระดับคุณภาพชีวิต		χ^2	df	p-value
	กลาง/ไม่ดี	ดี			
	n (%)	n (%)			
การมีขยะทั่วไป/ขยะอันตราย					
ไม่มี	166(87.8)	23(12.2)	1.513	1	0.219
มีไม่มาก/มีมาก	11(100.0)	0(0)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			

* = Fisher's Exact Test

ตาราง 13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพร่างกายเกี่ยวกับระยะเวลาในการประสบปัญหาสภาพที่อยู่อาศัย บริเวณใกล้บ้าน ชุมชน กับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก โดยใช้ค่าสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product moment Correlation) (n=200)

ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกายเกี่ยวกับระยะเวลาในการประสบปัญหาสภาพที่อยู่อาศัยบริเวณใกล้บ้าน ชุมชน	r	p-value
เสียงรบกวน/เสียงดัง	- 0.157	0.026
ควัน	- 0.158	0.025
กลิ่นรบกวน/กลิ่นเหม็น	- 0.162	0.022
ฝุ่นละออง/เขม่าควัน	- 0.162	0.022
น้ำเน่าเสีย	- 0.156	0.028
ขยะทั่วไป/ขยะอันตราย	- 0.103	0.148

ตาราง 14 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก โดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์เอกแซก (n = 200)

ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรม ในชีวิตประจำวัน	ระดับคุณภาพชีวิต		χ^2	df	p-value
	กลาง/ไม่ดี	ดี			
	n (%)	n (%)			
กิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน					
การอาบน้ำ					
ทำได้ดีเป็นปกติ	98(83.1)	20(16.9)	8.397	1	0.004
ทำได้แต่ช้ากว่าปกติ	79(96.3)	3(3.7)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
การแต่งตัว					
ทำได้ดีเป็นปกติ	98(83.1)	20(16.9)	8.397	1	0.004
ทำได้แต่ช้ากว่าปกติ	79(96.3)	3(3.7)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
การกินอาหารและยา (ถ้ามี)					
ทำได้ดีเป็นปกติ	99(83.1)	20(16.9)	8.397	1	0.004
ทำได้แต่ช้ากว่าปกติ	78(96.3)	3(3.7)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
การลุกจากที่นอนตอนกลางวัน					
ทำได้ดีเป็นปกติ	109(84.5)	20(15.5)	5.724	1	0.017
ทำได้แต่ช้ากว่าปกติ	68(95.8)	3(4.2)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
การลุกจากที่นอนตอนกลางคืน					
ทำได้ดีเป็นปกติ	108(84.4)	20(15.6)	5.944	1	0.015
ทำได้แต่ช้ากว่าปกติ	69(95.8)	3(4.2)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			

ตาราง 14 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก โดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์ เอกแซก (n = 200) (ต่อ)

ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรม ในชีวิตประจำวัน	ระดับคุณภาพชีวิต		χ^2	df	p-value
	กลาง/ไม่ดี	ดี			
	n (%)	n (%)			
การเข้าห้องน้ำตอนกลางวัน					
ทำได้ดีเป็นปกติ	87(83.7)	17(16.3)	5.000	1	0.025
ทำได้แต่ช้ากว่าปกติ	90(93.8)	6(6.2)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
การเข้าห้องน้ำตอนกลางคืน					
ทำได้ดีเป็นปกติ	80(82.5)	17(17.5)	6.657	1	0.010
ทำได้แต่ช้ากว่าปกติ	97(94.2)	6(5.8)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
การเคลื่อนไหวหรือเดินภายในบ้าน					
ทำได้ดีเป็นปกติ	63(81.8)	14(18.2)	6.720	1	0.010
ทำได้แต่ช้ากว่าปกติ	114(92.7)	9(7.3)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
กิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง					
การทำอาหาร การเตรียมอาหาร					
ทำได้ดีเป็นปกติ	63(81.8)	14(18.2)	5.492	1	0.019
ทำได้แต่ช้ากว่าปกติ	114(92.7)	9(7.3)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
การใช้พาหนะและการเดินทาง					
ทำได้ดีเป็นปกติ	28(73.7)	10(26.3)	10.118	1	0.001
ทำได้แต่ช้ากว่าปกติ	149(92.0)	13(8.0)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			

ตาราง 14 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก โดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์ เอกแซก (n = 200) (ต่อ)

ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรม ในชีวิตประจำวัน	ระดับคุณภาพชีวิต		χ^2	df	p-value
	กลาง/ไม่ดี	ดี			
	n (%)	n (%)			
การซื้อของ จำยตลาด					
ทำได้ดีเป็นปกติ	43(76.8)	13(23.2)	10.487	1	0.001
ทำได้แต่ช้ากว่าปกติ	134(93.1)	10(6.9)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
การเดินทางไปนอกบ้าน					
ทำได้ดีเป็นปกติ	37(74.0)	13(26.0)	13.772	1	< 0.001
ทำได้แต่ช้ากว่าปกติ	140(93.3)	10(6.7)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
การใช้โทรศัพท์ การติดต่อสื่อสาร					
ทำได้ดีเป็นปกติ	57(79.2)	15(20.8)	9.629	1	0.002
ทำได้แต่ช้ากว่าปกติ	120(93.8)	8(6.2)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา					
การทำกิจกรรมทางศาสนาในบ้าน					
ทำได้ดีเป็นปกติ	80(84.2)	15(15.8)	3.271	1	0.070
ทำได้แต่ช้ากว่าปกติ	97(92.4)	8(7.6)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
การไปทำบุญที่วัด/มัสยิด/โบสถ์					
ทำได้ดีเป็นปกติ	52(78.8)	14(21.2)	9.130	1	0.003
ทำได้แต่ช้ากว่าปกติ	125(93.3)	9(6.7)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			

ตาราง 14 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก โดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์ เอกแซก (n = 200) (ต่อ)

ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรม ในชีวิตประจำวัน	ระดับคุณภาพชีวิต		χ^2	df	p-value
	กลาง/ไม่ดี	ดี			
	n (%)	n (%)			
การไปร่วมงานบวช งานแต่งงาน งานศพ หรือเที่ยวงานในเทศกาล ต่างๆ					
ทำได้ดีเป็นปกติ	52(26.0)	14(7.0)	9.130	1	0.003
ทำได้แต่ช้ากว่าปกติ	125(62.5)	9(4.5)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			

ตาราง 15 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการบริการด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิตกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก โดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์เอกแซก (n = 200)

ปัจจัยการบริการด้านสุขภาพ และด้านคุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต		χ^2	df	p-value
	กลาง/ไม่ดี	ดี			
	n (%)	n (%)			
การมีสถานอนามัย/หน่วยปฐมภูมิ					
ไม่มี	70(35.0)	11(5.5)	0.579	1	0.447
มี	107(53.5)	12(6.0)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
ผลการไปใช้บริการสถานอนามัย/หน่วย บริการปฐมภูมิ*					
ดี	32(16.0)	2(1.0)	0.943*		0.943*
ไม่ดี	1(0.5)	0(0.0)			
รวม	33(16.5)	2(1.0)			

ตาราง 15 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการบริการด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิต กับ คุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกโดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์ เอกแซก (n = 200) (ต่อ)

ปัจจัยการบริการด้านสุขภาพ และด้านคุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต		χ^2	df	p-value
	กลาง/ไม่ดี	ดี			
	n (%)	n (%)			
การมีคลินิก					
ไม่มี	81(86.2)	13(13.8)	0.946	1	0.331
มี	96(90.6)	10(9.4)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
การไปใช้คลินิก					
ไม่ใช้	79(89.8)	9(10.2)			0.465 *
ไปใช้	17(94.4)	1(5.6)			
รวม	96(90.6)	10(9.4)			
ลักษณะบริการที่ไปใช้คลินิก					
ด้านการรักษาพยาบาล	16(94.1)	1(5.9)			0.944*
ด้านอื่น ๆ เช่น ตรวจสุขภาพ	1(100.0)	0(0)			
รวม	17(94.4)	1(5.6)			
ผู้ให้บริการที่คลินิก					
หมอ	16(94.1)	1(5.9)			0.944 *
พยาบาล	1(100.0)	0(0)			
รวม	17(94.4)	1(5.6)			
การมีโรงพยาบาลของรัฐ					
ไม่มี	91(88.3)	12(11.7)	0.005	1	0.945
มี	86(88.7)	11(11.3)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
การไปใช้โรงพยาบาลของรัฐ					
ไม่ใช้	41(82.0)	9(18.0)	4.552	1	0.033
ไปใช้	45(95.7)	2(4.3)			
รวม	86(88.7)	11(11.3)			

ตาราง 15 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการบริการด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิต กับ คุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกโดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์ เอกแซก (n = 200) (ต่อ)

ปัจจัยการบริการด้านสุขภาพ และด้านคุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต		χ^2	df	p-value
	กลาง/ไม่ดี	ดี			
	n (%)	n (%)			
การเข้าถึงบริการโรงพยาบาลของรัฐ					
สะดวก	43(95.6)	2(4.4)			0.916*
ไม่สะดวก	2(100.0)	0(0)			
รวม	45(95.7)	2(4.3)			
ลักษณะบริการที่ไปใช้โรงพยาบาลของรัฐ					
ด้านการรักษาพยาบาล	44(95.7)	2(4.3)			0.957*
ด้านอื่น ๆ เช่น ตรวจสุขภาพ	1(100.0)	0(0)			
รวม	45(95.7)	2(4.3)			
ผู้ให้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐ					
หมอ	44(95.7)	2(4.3)			0.957*
พยาบาล	1(100.0)	0(0)			
รวม	45(95.7)	2(4.3)			
ผลการไปใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐ					
ดี/ดีมาก	42(95.5)	2(4.5)			0.833*
พอใช้	3(100.0)	0(0)			
รวม	45(95.7)	2(4.3)			
การมีโรงพยาบาลเอกชน					
ไม่มี	97(92.4)	8(7.6)	3.271	1	0.070
มี	80(84.2)	15(15.8)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
การไปใช้โรงพยาบาลเอกชน					
ไม่ใช้	70(85.4)	12(14.6)			0.426*
ไปใช้	10(76.9)	3(23.1)			
รวม	80(84.2)	15(15.8)			

ตาราง 15 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการบริการด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิต กับ คุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกโดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์ เอกแซก (n = 200) (ต่อ)

ปัจจัยการบริการด้านสุขภาพ และด้านคุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต		χ^2	df	p-value
	กลาง/ไม่ดี	ดี			
	n (%)	n (%)			
ลักษณะบริการที่ใช้โรงพยาบาลเอกชน					
ด้านการรักษาพยาบาล	11(84.6)	2(15.4)			0.214*
ด้านอื่น ๆ เช่น ตรวจสุขภาพ, การ ส่งเสริมสุขภาพ	0(0)	1(100.0)			
รวม	11(78.6)	3(21.4)			
การมีร้านขายยา					
ไม่มี	62(86.1)	10(13.9)	0.631	1	0.427
มี	115(89.8)	13(10.2)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
การไปใช้ร้านขายยา					
ไม่ใช้	84(90.3)	9(9.7)			0.750*
ไปใช้	31(88.6)	4(11.4)			
รวม	115(89.8)	13(10.2)			
ลักษณะบริการที่ใช้ร้านขายยา					
ด้านการรักษาพยาบาล	29(87.9)	4(12.1)			0.769 *
ด้านอื่น ๆ เช่น อาหารเสริมวิตามิน	2(100.0)	0(0)			
รวม	31(88.6)	4(11.4)			
ผลการไปใช้บริการร้านขายยา					
ดี/ปานกลาง	29(87.9)	4(12.1)			0.769 *
ไม่ดี	2(100.0)	0(0)			
รวม	31(88.6)	4(11.4)			
การมีส่วนร่วมสาธารณะ/สันทนาการ					
ไม่มี	106(97.2)	3(2.8)	18.012	1	<0.001
มี	71(78.0)	20(22.0)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			

ตาราง 15 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการบริการด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิต กับ คุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกโดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์ เอกแซก (n = 200) (ต่อ)

ปัจจัยการบริการด้านสุขภาพ และด้านคุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต		χ^2	df	p-value
	กลาง/ไม่ดี	ดี			
	n (%)	n (%)			
การไปใช้สวนสาธารณะ/สนามกีฬา					
ไม่ใช้	47(82.5)	10(17.5)			0.201*
ไปใช้	24(70.6)	10(29.4)			
รวม	71(78.0)	20(22.0)			
การมีชมรมผู้สูงอายุ					
ไม่มี	103(88.8)	13(11.2)	0.023	1	0.879
มี	74(88.1)	10(11.9)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
การไปใช้ชมรมผู้สูงอายุ					
ไม่ใช้	61(91.0)	6(9.0)			0.111*
ไปใช้	13(76.5)	4(23.5)			
รวม	74(88.1)	10(11.9)			
ลักษณะบริการที่ใช้ชมรมผู้สูงอายุ					
เดินแอโรบิกและพูดคุย	6(66.7)	3(33.3)			0.576*
เดินลีลาศ/ประชุมและพูดคุย/ตรวจสุขภาพ	7(87.5)	1(12.5)			
รวม	13(76.5)	4(23.5)			
การมีศาสนสถาน					
ไม่มี	34(89.5)	4(10.5)			0.547*
มี	143(88.3)	19(11.7)			
รวม	13(76.5)	4(23.5)			
การไปใช้ศาสนสถาน					
ไม่ใช้	48(94.1)	3(5.9)	2.457	1	0.117
ไปใช้	85(85.6)	16(14.4)			
รวม	143(88.3)	19(11.7)			

ตาราง 15 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการบริการด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิต กับ คุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกโดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์ เอกแซก (n = 200) (ต่อ)

ปัจจัยการบริการด้านสุขภาพ และด้านคุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต		χ^2	df	p-value
	กลาง/ไม่ดี	ดี			
	n (%)	n (%)			
การเข้าถึงการใช้สถานสถาน					
สะดวก	98(86.0)	16(14.0)	0.861*		
ไม่สะดวก	1(100.0)	0(0)			
รวม	99(86.1)	16(13.9)			
การมีสถานีตำรวจ					
ไม่มี	101(90.2)	11(9.8)	0.705	1	0.401
มี	76(86.4)	12(13.6)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			
การไปใช้สถานีตำรวจ					
ไม่ไปใช้	63(85.1)	11(14.9)	0.682*		
ไปใช้	13(92.9)	1(7.1)			
รวม	76(86.4)	12(13.6)			
การบริการที่ใช้ในสถานีตำรวจ					
ดูแลความปลอดภัย	13(100.0)	0(0)	0.071*		
ประชุมเกี่ยวกับความปลอดภัย	0(0)	1(100.0)			
รวม	13(92.9)	1(7.1)			
ผลการไปใช้สถานีตำรวจ					
ดี	12(92.3)	1(7.7)	0.929*		
พอใช้	1(100.0)	0(0)			
รวม	13(92.9)	1(7.1)			
การมีศูนย์พัฒนาอาชีพ					
ไม่มี	155(88.1)	21(11.9)	0.457*		
มี	22(91.7)	2(8.3)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			

ตาราง 15 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการบริการด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิต กับ คุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกโดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์ เอกแซก (n = 200) (ต่อ)

ปัจจัยการบริการด้านสุขภาพ และด้านคุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต		χ^2	df	p-value
	กลาง/ไม่ดี	ดี			
	n (%)	n (%)			
การไปใช้ศูนย์พัฒนาอาชีพ					
ไม่ไปใช้	21(95.5)	1(4.5)			0.163*
ไปใช้	1(50.0)	1(50.0)			
รวม	22(91.7)	2(8.3)			
การมีสถานที่ให้บริการด้านการศึกษา					
ไม่มี	162(89.0)	20(11.0)	0.519	1	0.442
มี	15(83.3)	3(16.7)			
รวม	177(88.5)	23(11.5)			

* = Fisher's Exact Test

ตาราง 16 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งที่ไปใช้บริการด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิต โดยใช้
ค่าสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product moment Correlation) (n=200)

จำนวนครั้งที่ไปใช้บริการด้านสุขภาพ และ ด้านคุณภาพชีวิต	r	p-value
สถานีอนามัย/หน่วยบริการปฐมภูมิ	- 0.116	0.103
คลินิก	- 0.329	0.197
โรงพยาบาลของรัฐ	- 0.117	0.099
โรงพยาบาลเอกชน	0.002	0.974
ร้านขายยา	0.043	0.541
สวนสาธารณะ/สนามกีฬา	0.228	0.001
ชมรมผู้สูงอายุ	0.238	0.001
ศาสนสถาน	0.044	0.535

ตาราง 16 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งที่ไปใช้บริการด้านสุขภาพ และ ด้านคุณภาพชีวิต โดยใช้ค่าสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product moment Correlation) (n=200) (ต่อ)

จำนวนครั้งที่ไปใช้บริการด้านสุขภาพ และ ด้านคุณภาพชีวิต	r	p-value
สถานีตำรวจ	- 0.023	0.750
ศูนย์พัฒนาอาชีพ	0.113	0.110

ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างก่อนกับหลังผ่าตัดต่อกระดูก

ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างก่อน กับ หลังผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม โดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีแบบคู่ (Paired T-test) ที่ระดับ $\alpha = 0.05$

ผลการวิจัย สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยภายหลังได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก ($\bar{X} = 90.42$) สูงกว่าก่อนผ่าตัดต่อกระดูก ($\bar{X} = 81.58$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คือ มีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดีขึ้น และยังคงอยู่ในระดับค่อนข้างดี คือ 38.0 % คุณภาพชีวิตในระดับดี และ 61 % มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีขึ้นในทุก ๆ ด้านทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 24.18, 22.35, 9.48$ และ 27.48 ตามลำดับ) ($p < 0.001$) โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจมีระดับดีขึ้นอย่างชัดเจน (57.0%) รองลงไปคือ ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านสุขภาพกาย (31.0% และ 28.0% ตามลำดับ) ส่วนด้านคุณภาพชีวิตที่ยังคงอยู่ในระดับไม่ดีขึ้น คือ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (14.0%) มีรายละเอียดดังนี้

ด้านจิตใจ จากผลการวิจัยพบว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีขึ้นเมื่อเทียบกับคุณภาพชีวิตก่อนผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นที่ดีขึ้นชัดเจน คือ การมีสมาธิในการทำงาน ($\bar{X} = 0.770$) การรับรู้ถึงความพึงพอใจในชีวิต ($\bar{X} = 0.315$) มีความพึงพอใจในตนเอง ($\bar{X} = 0.375$) การให้ความหมายของชีวิตในทางที่ดี ($\bar{X} = 0.355$) ซึ่งแสดงว่า เป็นกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจไปในทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน

ด้านสิ่งแวดล้อม จากผลการวิจัยพบว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีขึ้นเมื่อเทียบกับคุณภาพชีวิตก่อนผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นที่ดีขึ้นชัดเจน คือ การได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่เป็นในชีวิตประจำวัน ($\bar{X} = 0.375$) ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ($\bar{X} = 0.465$) การเดินทางไปไหนมาไหนของตนเอง ($\bar{X} = 0.610$) การมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด ($\bar{X} = 0.350$) แสดงให้เห็นว่า เป็นกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงของการมี

ชีวิตอย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต รวมถึงการมีโอกาสได้รับรู้ข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน

ด้านสุขภาพกาย จากผลการวิจัยพบว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายไม่สูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นที่ดีขึ้นชัดเจน คือ ความสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดี ($\bar{X} = 0.540$) มีกำลังเพียงพอในการทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวัน ($\bar{X} = 0.400$) มีความพึงพอใจต่อการนอนหลับ ($\bar{X} = 0.345$) ความสามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ ได้ในแต่ละวัน ($\bar{X} = 0.410$) และความสามารถในการทำงานอย่างที่เคยทำ ($\bar{X} = 0.380$) การมีความจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลอย่างมาก (27.5%) ซึ่งแสดงว่า เป็นกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีในด้านกำลังและความสามารถในการทำต่าง ๆ ในแต่ละวัน การทำงานอย่างที่เคยทำ และอีกประเด็นที่น่าสนใจ คือ ทำให้มีความพึงพอใจต่อการนอนหลับ แต่ยังมีประเด็นที่ยังไม่ดีเช่นเดิม คือ ยังคงมีความจำเป็นต้องพึ่งพาต่างๆ และการรักษาทางการแพทย์

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จากผลการวิจัยพบว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านสัมพันธภาพทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมที่ยังคงดีขึ้นน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับคุณภาพชีวิตก่อนผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นความพึงพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น ๆ ($\bar{X} = 0.310$) ซึ่งแสดงว่า มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นในด้านการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น ๆ แต่ยังไม่มาก

ประเด็นที่น่าสนใจของการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างก่อน กับ หลังผ่าตัด มีดังนี้
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดคือกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมที่ดีขึ้นนั้น เป็นการบ่งบอกได้อย่างชัดเจนว่า การมองเห็นที่ดีของผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ข้าง มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก หลังการผ่าตัดคือกระดูก ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดีขึ้นและยังคงอยู่ในระดับก่อนไปทางดี และนอกจากนี้องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีขึ้นในทุก ๆ ด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจมีระดับดีขึ้นอย่างชัดเจน แต่ยังมีเหลืออยู่ 1% มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คือ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมที่ดีขึ้นน้อยที่สุด แต่อย่างน้อยจากการได้รับการผ่าตัดคือกระดูก ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น รวมทั้งในด้านการผูกมิตรหรือการเข้ากับคนอื่น ๆ

สรุปได้ว่า การทำให้ผู้สูงอายุกลับมามองเห็นชัดเจนเป็นปกติแม้เพียงข้างเดียวส่งผลให้ผู้สูงอายุนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทันที จึงถือเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

รายละเอียดดังแสดงในตาราง 17-20

ตาราง 17 จำนวน (n) และร้อยละ (%) ของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม
จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต (n = 200)

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต					
	ดี		ปานกลาง		ไม่ดี	
	n	%	n	%	n	%
คุณภาพชีวิตโดยรวม	76	38.0	122	61.0	2	1.0
คุณภาพชีวิตรายด้าน						
ด้านสุขภาพกาย	56	28.0	140	70.0	4	2.0
ด้านจิตใจ	114	57.0	85	42.5	1	0.5
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	20	10.0	152	76.0	28	14.0
ด้านสิ่งแวดล้อม	62	31.0	136	68.0	2	1.0

ตาราง 18 จำนวน (n) และ ร้อยละ (%) ของผู้สูงอายุ “หลัง” ผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม จำแนกตามระดับความคิดเห็นต่อข้อความเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (n = 200)

ข้อความเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ระดับความคิดเห็น				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในช่วงเวลานี้เพียงใด	0(0)	6(3.0)	72(36.0)	117(58.5)	5(2.5)
26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับใด	1(0.5)	7(3.5)	121(60.5)	68(34.0)	3(1.5)
ด้านสุขภาพกาย					
2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ มีมากน้อยเพียงใด	23(11.5)	108(54.0)	61(30.5)	8(4.0)	0(0)

ตาราง 18 จำนวน (n) และ ร้อยละ (%) ของผู้สูงอายุ “หลัง” ผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม จำแนกตามระดับความคิดเห็นต่อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (n = 200) (ต่อ)

ข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ระดับความคิดเห็น				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
3. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันหรือไม่เพียงใด	1(0.5)	10(5.0)	102(51.0)	85(42.5)	2(1.0)
4. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมาก น้อยเพียงใด	4(2.0)	27(13.5)	70(35.0)	97(48.5)	2(1.0)
10. ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆ ให้ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	1(0.5)	5(2.5)	85(42.5)	104(52.0)	5(2.5)
11. ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมาก น้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ในแต่ละวัน	25(12.5)	62(31.0)	83(41.5)	27(13.5)	3(1.5)
12. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้ อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด	3(1.5)	14(7.0)	91(45.5)	91(45.5)	1(0.5)
24. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	0(0)	18(9.0)	80(40.0)	98(49.0)	4(2.0)
ด้านจิตใจ					
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด	0(0)	6(3.0)	61(30.5)	132(66.0)	1(0.5)
6. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ดีเพียงใด	0(0)	2(1.0)	47(23.5)	146(73.0)	5(2.5)
7. ท่านรู้สึกพอใจในตนเอง มากน้อยแค่ไหน	0(0)	8(4.0)	49(24.5)	138(69.0)	5(2.5)
8. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง ได้เพียงใด	0(0)	2(1.0)	118(59.0)	76(38.0)	4(2.0)

ตาราง 18 จำนวน (n) และ ร้อยละ (%) ของผู้สูงอายุ “หลัง” ผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม จำแนกตามระดับความคิดเห็นต่อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (n = 200) (ต่อ)

ข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ระดับความคิดเห็น				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกหงา เสร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวลบ่อยแค่ไหน	85(42.5)	71(35.5)	33(16.5)	11(5.5)	0(0)
23. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน	0(0)	2(1.0)	64(32.0)	130(65.0)	4(2.0)
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม					
13. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน	2(1.0)	11(5.5)	50(25.0)	131(65.5)	6(3.0)
14. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ ไหม	16(8.0)	50(25.0)	75(37.5)	56(28.0)	3(1.5)
25. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน	1(0.5)	38(19.0)	135(67.5)	25(12.5)	1(0.5)
ด้านสิ่งแวดล้อม					
15. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหม ในแต่ละวัน	0(0)	4(2.0)	32(16.0)	164(82.0)	0(0)
16. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด	1(0.5)	9(4.5)	64(32.0)	125(62.5)	1(0.5)
17. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น มากน้อยเพียงใด	6(3.0)	25(12.5)	105(52.5)	61(30.5)	3(1.5)
18. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด	8(4.0)	12(6.0)	121(60.5)	58(29.0)	1(0.5)
19. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน มากน้อยเพียงใด	1(0.5)	7(3.5)	74(37.0)	113(56.5)	5(2.5)
20. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด มากน้อยเพียงใด	2(1.0)	25(12.5)	91(44.5)	77(38.5)	5(2.5)

ตาราง 18 จำนวน (n) และ ร้อยละ (%) ของผู้สูงอายุ “หลัง” ผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม จำแนกตามระดับความคิดเห็นต่อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (n = 200) (ต่อ)

ข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ระดับความคิดเห็น				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
21. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่าน มาก น้อยเพียงใด	9(4.5)	10(5.0)	73(36.5)	106(53.0)	2(1.0)
22. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน ของท่าน มากน้อยเพียงใด	0(0)	15(7.5)	69(34.5)	113(56.5)	3(1.5)

ตาราง 19 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมและเป็นรายด้านระหว่างก่อนกับหลังผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม โดยใช้ค่าสถิติทีแบบคู่ (n = 200)

คุณภาพชีวิต	ก่อนผ่าตัด		หลังผ่าตัด		Paired T-test	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
คุณภาพชีวิตโดยรวม	81.58	10.58	90.42	10.18	20.51	199	< 0.001
คุณภาพชีวิตรายด้าน							
ด้านสุขภาพกาย	21.59	3.68	24.18	3.46	15.79	199	< 0.001
ด้านจิตใจ	20.11	2.77	22.35	2.56	16.14	199	< 0.001
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	8.84	1.94	9.48	1.68	9.65	199	< 0.001
ด้านสิ่งแวดล้อม	24.88	3.75	27.48	3.48	16.9	199	< 0.001

ตาราง 20 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นรายข้อคำถามระหว่างก่อนกับหลังผ่าตัด
ต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม โดยใช้ค่าสถิติทีแบบคู่ (n = 200)

	ข้อคำถาม	ก่อนผ่าตัด		หลังผ่าตัด		$\bar{X}_{\text{ก่อน}} - \bar{X}_{\text{หลัง}}$
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
1.	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในช่วงเวลานี้ เพียงใด	3.02	0.72	3.61	0.59	0.59
26.	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับใด	3.16	0.54	3.33	0.59	0.17
ด้านสุขภาพกาย						
2.	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้อง การ มีมากนักน้อยเพียงใด	3.56	0.87	3.73	0.71	0.17
3.	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวัน หรือไม่เพียงใด	2.99	0.71	3.39	0.62	0.40
4.	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักน้อย เพียงใด	2.99	1.04	3.33	0.79	0.34
10.	ท่านรู้สึกพอใจมากขึ้นแค่ไหนที่สามารถทำ อะไรๆ ให้ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	3.13	0.72	3.54	0.62	0.41
11.	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากนักน้อย เพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตรอดต่อไปได้ ในแต่ละวัน	3.05	0.96	3.40	0.92	0.35
12.	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้ อย่างที่เคยทำมา มากน้อยเพียงใด	2.99	0.78	3.37	0.69	0.38
24.	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดี เพียงใด	2.90	0.83	3.44	0.68	0.54
ด้านจิตใจ						
5.	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความ สงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด	3.33	0.66	3.64	0.55	0.31
6.	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด	3.00	0.74	3.77	0.49	0.77
7.	ท่านรู้สึกพอใจในตนเอง มากน้อยแค่ไหน	3.33	0.63	3.70	0.58	0.37
8.	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้เพียงใด	3.19	0.52	3.41	0.55	0.22
9.	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวลบ่อยแค่ไหน	3.95	1.08	4.15	0.89	0.20

ตาราง 20 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นรายข้อคำถามระหว่างก่อนกับหลังผ่าตัด
ต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม โดยใช้ค่าสถิติทีแบบคู่ (n = 200) (ต่อ)

ข้อคำถาม	ก่อนผ่าตัด		หลังผ่าตัด		$\bar{X}_{\text{ก่อน}} - \bar{X}_{\text{หลัง}}$
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
23. ท่านรู้สึกว่าคุณค่าชีวิตท่านมีความหมาย มากน้อยแค่ไหน	3.33	0.61	3.68	0.53	0.35
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม					
13. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่าง ที่ผ่านมามากแค่ไหน	3.33	0.83	3.64	0.68	0.31
14. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจาก เพื่อนๆ มากแค่ไหน	2.71	1.05	2.90	0.95	0.19
25. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน	2.81	0.69	2.94	0.59	0.13
ด้านสิ่งแวดล้อม					
15. ท่านรู้สึกว่าคุณค่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหม ในแต่ละวัน	3.34	0.63	3.80	0.45	0.46
16. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มาก น้อยเพียงใด	3.37	0.74	3.58	0.61	0.21
17. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อย เพียงใด	3.00	0.79	3.15	0.77	0.15
18. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุข ได้ตามความจำเป็นเพียงใด	3.03	0.81	3.16	0.71	0.13
19. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละ วัน มากน้อยเพียงใด	3.04	0.84	3.57	0.63	0.53
20. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อย เพียงใด	2.94	0.88	3.29	0.75	0.35
21. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อย เพียงใด	3.26	0.83	3.41	0.79	0.15
22. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของ ท่านมากน้อยเพียงใด	2.91	0.79	3.52	0.66	0.61

ส่วนที่ 5 สิ่งที่ค้นพบเพื่อนำไปสู่การพัฒนาบริการพยาบาลผ่าตัดจักษุ

1. มีผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกในระยะสุก (Mature cataract) ถึง 16.5% ใช้ระยะเวลา รักษาตั้งแต่เริ่มแรกจนถึงเข้ารับการผ่าตัดมากกว่า 9 เดือน (24.2%) เฉลี่ยประมาณ 7 เดือน ซึ่งหมายความว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มารับการผ่าตัดในระยะที่ช้าไป

2. มีผู้สูงอายุ 2 ใน 3 (67.5%) มีโรคเรื้อรัง ซึ่งหมายความว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีปัญหา สุขภาพหลายอย่างพร้อมด้วย

3. ก่อนเข้ารับการรักษาคือกระจก ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีระยะเวลาที่สูญเสียการมองเห็น ด้วยโรคต้อกระจกเฉลี่ย 2.6 ปี รักษาเริ่มแรกที่โรงพยาบาลศิริราช 84 % ซึ่งหมายความว่า ก่อนเข้ารับการรักษาคือกระจก ผู้สูงอายุมีการสูญเสียการมองเห็นด้วยโรคต้อกระจกเป็นเวลานาน (การพบผู้ป่วยต้อกระจกที่เกิดขึ้นใหม่ช้าไป)

4. ผู้สูงอายุที่มารับบริการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม ในโรงพยาบาล ศิริราชนี้ สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่มีเศรษฐฐานะดี โดยมีรายได้เป็นรายเดือนมากกว่า 20,000 บาท ถึง 15.0% ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวและข้าราชการบำนาญ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีเงินเดือนประจำ รวมทั้งหลักประกันที่ดีจากรัฐในการรักษาพยาบาล (47.6% และ 33.3% ตามลำดับ)

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้มีรายได้น้อย โดยมีรายได้น้อยกว่า 2,000 บาทต่อเดือน ถึง 33.0%

หมายความว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มารับการบริการ เป็นกลุ่มที่มีความแตกต่างทาง เศรษฐฐานะ ทั้งกลุ่มที่ยากจน ซึ่งมีรายได้เป็นรายเดือนน้อยกว่า 2,000 บาท (33.0%) และกลุ่มที่มีเศรษฐ ฐานะดี โดยมีรายได้เป็นรายเดือนมากกว่า 20,000 บาท (15.0%)

5. ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุรู้ว่ามิโรงพยาบาลของรัฐ ตั้งอยู่ใกล้บ้าน 97 คน (48.5%) และใน จำนวนนี้มีผู้สูงอายุเป็นต้อกระจกไปใช้โรงพยาบาลของรัฐ ถึง 47 คน (48.5%) ซึ่งหมายความว่า ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีโรงพยาบาลรัฐตั้งอยู่ใกล้บ้าน (48.5%) แต่ผู้สูงอายุเลือกไปใช้บริการ โรงพยาบาลของรัฐเพียงครึ่งเดียว (48.5%)

6. มีศาสนสถานตั้งอยู่ใกล้บ้าน 81% และมีผู้สูงอายุได้ไปใช้บริการมากถึง 68.5% ซึ่ง หมายความว่า ส่วนใหญ่มีศาสนสถานตั้งอยู่ใกล้บ้าน (81.0%) และมีผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก จำนวนมากได้ไปใช้ศาสนสถาน (68.5%)

7. มีชมรมผู้สูงอายุตั้งอยู่ใกล้บ้าน 42% แต่ผู้สูงอายุไปใช้บริการเพียง 19% ซึ่ง หมายความว่าแม้ว่าจะมีชมรมผู้สูงอายุตั้งอยู่ใกล้บ้าน แต่ผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกจำนวนมากก็ไม่ได้ ไปใช้ชมรมผู้สูงอายุ (81.0%)

8. การมีส่วนร่วมสาธารณะ/สนามกีฬาตั้งอยู่ใกล้บ้าน 45.5% แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ไปใช้สวนสาธารณะ/สนามกีฬา 37.4% ซึ่งหมายความว่า ผู้สูงอายุจำนวนมากยังไม่ได้ไปใช้สวนสาธารณะ/สนามกีฬาที่ตั้งอยู่ใกล้บ้าน

9. ระดับสายตาง้างที่ดีที่สุดของตาซ้ายและตาขวาใกล้เคียงกัน ซึ่งหมายความว่า ความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสายตาสั้นและตาบอดจากโรคต้อกระจกระหว่างตาขวาหรือตาซ้ายใกล้เคียงกัน แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาที่มีการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมระหว่างตาซ้ายกับตาขวาใกล้เคียงกัน

10. มีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถลุกจากที่นอนทั้งกลางวันและกลางคืนได้อย่างปกติมากถึง 35.5% และ 36% ซึ่งเป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ลำบาก และยิ่งมีความลำบากมากขึ้นในการเข้าห้องน้ำทั้งกลางวันและกลางคืน ซึ่งหมายความว่าผู้สูงอายุเหล่านี้เป็นกลุ่มที่ต้องการคนดูแล

11. คุณภาพชีวิตก่อนผ่าตัดที่ไม่ดี คือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายลดลง ประเด็นที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ ความไม่พึงพอใจเลยและพอใจเล็กน้อยต่อการนอนหลับ (12.5 % และ 16.5 %) ซึ่งหมายความว่าปัญหาการนอนหลับหรือคุณภาพในการนอนหลับที่ไม่ดี มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

12. คุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุแม้จะดีขึ้น แต่ยังคงน้อยที่สุดคือ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมเช่นเดียวกับก่อนเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก โดยส่วนที่ยังไม่ดี คือ การไม่ได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนๆและทางเพศสัมพันธ์ เช่นเดียวกับก่อนเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งหมายความว่า แม้ว่าจะการมองเห็นชัดเจนเป็นปกติ แต่ก็ไม่ได้ทำให้เรื่องการได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนๆ และทางเพศ สัมพันธ์ดีขึ้นเท่าที่ควร

สรุปผลการวิจัยตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ตาราง 21 สรุปผลการศึกษาตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ตั้งไว้	ผลการพิสูจน์สมมติฐาน	ข้อมูลอ้างอิง
1. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ดีกว่า ก่อนผ่าตัดต้อกระจก และใส่เลนส์แก้วตาเทียม	Accept	ตาราง18,19
2. ลักษณะประชากรของผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต	Accept	ตาราง10

ตาราง 21 สรุปผลการศึกษาตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ (ต่อ)

สมมติฐานที่ตั้งไว้	ผลการพิสูจน์สมมติฐาน	ข้อมูลอ้างอิง
3. ปัจจัยด้านครอบครัวของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต	Accept	ตาราง11
4. ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต	Accept	ตาราง12
5. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต	Accept	ตาราง12
6. ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต	Accept	ตาราง14
7. ปัจจัยการบริการด้านสุขภาพและ ด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต	Accept	ตาราง15

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก
สรุปได้ ดังนี้

1. ปัจจัยลักษณะประชากรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้
2. ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ
3. ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ระดับการมองเห็น ความรุนแรงของโรคต่อกระดูก
4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ สิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับลักษณะบ้านที่อยู่อาศัย
5. ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ กิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐาน กิจกรรมประจำวันต่อเนื่อง และ กิจกรรมทางศาสนา
6. ปัจจัยการบริการ ด้านสุขภาพและ ด้านคุณภาพชีวิต ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ การไปใช้โรงพยาบาลของรัฐตั้งอยู่ใกล้บ้าน และการมีส่วน สาธารณะ/สนามกีฬาตั้งอยู่ใกล้บ้าน

ดังนั้น คุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุนั้น มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลสัมพันธ์กัน และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกระหว่างก่อนกับหลังผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2551 นี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยเป็น 4 ประเด็น ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกก่อนผ่าตัด
2. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก
3. ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างก่อนกับหลังผ่าตัดต่อกระดูก
4. ประเด็นอื่น ๆ ที่น่าสนใจ

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกก่อนผ่าตัด

1.1 ผลการวิจัย สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มี “คุณภาพชีวิตโดยรวม” อยู่ในระดับค่อนข้างดี คือ 86 % มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และ 11.5% คุณภาพชีวิตในระดับดี

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านจิตใจ รองลงไปคือ ด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนด้านที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม รองลงไป คือ ด้านสุขภาพกาย ในส่วนประเด็นคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ด้านจิตใจที่ดี โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตมาก (41.5%) ความพึงพอใจในตนเองมาก (37.5%) มีความรู้สึกที่ดี เช่น ไม่เหงา ไม่มีภาวะซึมเศร้า ไม่วิตกกังวล (39.0%) และการมีชีวิตอย่างมีความหมาย (36.5%) ซึ่งแสดงว่า เป็นกลุ่มที่มีสุขภาพจิตใจดี ที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจาก:-

1.1.1 ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่ (57%) มีสถานภาพสมรสคู่ เพราะการมีคู่สมรสทำให้มีความรู้สึกอบอุ่น จากผู้ที่เป็นสามีหรือภรรยา เป็นที่ปรึกษา ให้ความช่วยเหลือ ดูแล ปลอดภัย ให้กำลังใจ ช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้น ทำให้มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต มีความมั่นคงทางอารมณ์ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (ทองคูณ ยุบวภา, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 1995) ที่กล่าวไว้ว่า สถานภาพสมรสเป็นตัวบ่งชี้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมคู่สมรส สามารถให้ความใกล้ชิด ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัย และอบอุ่น ช่วย

ส่งเสริมให้บุคคลดูแลตนเองดีขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของบรัคฮาร์ท (Burckhardt, 1985) ที่พบว่า เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตโดยอ้อมได้ โดยมีบทบาทในการบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียดซึ่งจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกพึงพอใจต่อสิ่งที่ได้รับ ตลอดจนการดำรงรักษาไว้ ซึ่งสุขภาพที่ดีและมีความสุขด้านจิตใจ (Thoits, 1982) สอดคล้องกับ อเนก สุภิรนนท์และสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล (2548: 86) ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับกัทธียา อุดติและณัฐนิช จันทจิร โกวิท (2550) ที่พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับมารศรี นุชแสงพลี (2532: 82), สุวิมล พนาวิวัฒนกุล (2534: 33), จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535: 83) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส มีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่

1.1.2 ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีสภาพทางเศรษฐกิจดี คือ มีเป็นรายเดือนมากกว่า 20,000 บาท ถึง 15.0% เนื่องจากรายได้หรือสภาพทางเศรษฐกิจที่ดี มีผลต่อการดำเนินชีวิตด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล ทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น (Orem, 1985: 175) ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอเพียง สามารถที่จะซื้ออาหารที่มีประโยชน์ในการดำรงสุขภาพทางกายให้แข็งแรง และตอบสนองความต้องการด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ความต้องการขั้นพื้นฐานและความสามารถในการดูแลตนเองได้ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า รายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีวิตของบุคคลในสังคมปัจจุบัน (ธราธร ดวงแก้วและหิรัญญา เดชอุดม, 2550: 40) สอดคล้องกับมาลัย สำราญจิตต์ (2540: 4) ที่กล่าวว่า รายได้ ทำใหบุคคลสามารถแสวงหาบริการด้านสุขภาพ และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต การตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล สอดคล้องกับวิส (Wise, 1989: 1) อ้างถึงในศรีเมือง พลัณฑุทธิ์ (2547: 97) ที่กล่าวว่า สภาพทางการเงิน เป็นตัวกำหนดที่สำคัญของความเป็นอยู่ที่ดีในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับเพ็ญศรี รักษ์วงศ์, ศิริพร จิรวรรณกุล และมิลิกา มาร์โควิก (2550) ที่พบว่า การรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสมดุลของรายได้

1.1.3 ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความมั่นคงทางการเงินสูงภาพดี คือ 41.5% เป็นข้าราชการบำนาญ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีหลักประกันที่ดีจากรัฐในการรักษาพยาบาล (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549: 143) รวมทั้งมีสภาพทางเศรษฐกิจดี คือ มีรายได้เป็นรายเดือนมากกว่า 20,000 บาท (33.3%) สอดคล้องกับทัศนีย์ รวีวรกุล บรรณาธิการ (2552) ที่กล่าวว่า อาชีพรับราชการ ถือเป็นอาชีพที่มีเกียรติ มีความมั่นคง ผู้ที่ประกอบอาชีพนี้ส่วนใหญ่มีความภาคภูมิใจและทำงานจนครบอายุ 60 ปี ภายหลังเกษียณอายุราชการ มีเงินบำนาญ และมีหลักประกันสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับ

ศรีทัตติม รัตนโกศล (2527: 4) อ้างถึงใน ธารธร ดวงแก้วและหิรัญญา เดชอุดม (2550) ที่กล่าวว่า เมื่อเข้าสู่วัยชราและเลิกประกอบอาชีพแล้ว จะได้รับบำนาญชราภาพเพื่อช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขและมั่นคงปลอดภัยตามควรแก่สภาพในบั้นปลายชีวิต ไม่เป็นภาระแก่บุตรหลาน และสังคม นอกจากนี้ ยังได้รับเงินเดือนประจำเป็นของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในความมีคุณค่าของตนเอง สอดคล้องกับ สุธรรม นันทมงคลชัย อ้างถึงในทัศนีย์ รวีวรกุล (2552) พบว่า ผู้เกษียณ อายุราชการก่อนกำหนด ส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.5 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีหรือระดับสูง ในขณะที่ผู้สูงอายุทั่วไปในสังคมไทย มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ปัจจัยที่สำคัญ คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม ทำให้คนกลุ่มนี้มักจะเป็น ผู้ที่มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์ในการทำงานสูง จึงมักได้รับเชิญให้เป็นที่ปรึกษาหรือ ประธานกรรมการในกิจกรรมเพื่อส่วนรวมต่าง ๆ อีกทั้งได้มีโอกาสและมีเวลาทำงานที่ตนเองชอบ รวมถึงได้อยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น นอกจากสวัสดิการในการรักษาพยาบาลสำหรับตนเอง ยังรวมถึงบุคคลในครอบครัวด้วย จากการศึกษาของกรวิไล อภิชาตนนท์และมนตบงกช กนกนันท์พงศ์ (2542: 28) พบว่า มีกลุ่มผู้มารับบริการตรวจโรคจักษุ โรงพยาบาลศิริราช ที่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากราชการ/รัฐวิสาหกิจ 53% มีความใกล้เคียงกับผลการวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากตนเองและบุคคลในครอบครัว ซึ่งมีส่วนช่วยผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นอย่างมาก (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549: 46, 146)

1.1.4 ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีสถานะเป็นหัวหน้าครอบครัว 52% ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในความมีคุณค่าของตนเอง เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีสถานะเป็นหัวหน้าครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับ และให้ความเคารพยกย่องในการเป็นผู้นำครอบครัว (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551: 14) สอดคล้องกับปรีชา อุปโยคิน และคณะ (2541) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่ยังมีบทบาทเป็นผู้นำของครอบครัว บุตรหลานให้ความเคารพนับถือเชื่อฟัง ได้รับการตอบสนองจากบุคคลใกล้ชิด โดยการให้ความสนใจเอาใจใส่ ชักถามเกี่ยวกับสุขภาพ ได้รับคำจากบุคคลรอบข้าง ย่อมทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้มีคุณค่าเป็นที่ยอมรับ และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ เกริกกุลธร (2536) ที่พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการยกย่องมองเห็นคุณค่า จะมีการปรับตัวได้ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุข ความพึงพอใจในตนเอง สอดคล้องกับ ศรีเมือง พลั่งฤทธิ์, พริท แวน เกรียนเวน และ เกื้อ วงศ์บุญสิน (2549: 171) ที่พบว่า การมีบทบาทในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

1.1.5 ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ถึง 86% เนื่องจากความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ มีอิทธิพลต่อการพัฒนาสติปัญญา เป็นพื้นฐานของการรู้คิด การตัดสินใจทำให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญ เป็นประโยชน์ แสวงหาความรู้ และวิธีการที่ดีใน

การส่งเสริมสุขภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526: 182 อ้างถึงในมาลัย สำราญจิตต์, 2540: 41) สอดคล้องกับสื่อ ชวรางกูร (2538) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่ง มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กับปัจจัยคัดสรรกับด้านระดับการศึกษา ความสามารถในการอ่านเขียน และอาชีพหลัก

1.2 ผลการวิจัย ยังสรุปได้อีกว่า ยังมีผู้สูงอายุที่มี “คุณภาพชีวิตโดยรวม” อยู่ในระดับไม่ดีอีก 5% โดยผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มีคุณภาพชีวิตไม่ดีด้านสัมพันธภาพทางสังคม และ ด้านสุขภาพกาย โดยพบว่า ความพึงพอใจต่อการได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อน ๆ อยู่ในระดับไม่พอใจเลยและพอใจเล็กน้อย รวมกันถึง 43.0% และ มีความพอใจเพียงเล็กน้อยในชีวิตทางเพศสูงถึง 23.0% ประเด็นที่สำคัญคือ การมีเจ็บปวดตามร่างกายมากถึง 13.0% ไม่พึงพอใจเลยและพอใจเล็กน้อยต่อการนอนหลับรวมกันถึง 29.0% และ มีความจำเป็นอย่างมากต้องไปรับการรักษาพยาบาลถึง 27.5% ที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจาก :-

1.2.1 ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ 30.0% เป็นหม้าย เนื่องจากการขาดคู่สมรสทำให้มีความรู้สึกว่าเหงา ขาดผู้ที่เป็นสามีหรือภรรยา เป็นที่ปรึกษา ให้ความช่วยเหลือ ดูแล ปลอดภัย ให้กำลังใจ (ทองคูณ ชูบัวภา, 2551: 36) สอดคล้องกับบรรลุ ศิริพานิช (2542: 12) ที่กล่าวว่า การขาดคู่สมรสนั้น จะทำให้รู้สึก อ้างว้าง โดดเดี่ยว ขาดคู่คิด ขาดที่ปรึกษา เหงา ว้าเหว่ ขาดคนให้ความช่วยเหลือให้กำลังใจ การสูญเสียคู่สมรสจะมีผลกระทบกระเทือนอย่างมากต่อสภาพจิตใจ จากการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ คือการตายของคู่ครอง เมื่อคู่ครองตายจากไป ทำให้มีความรู้สึกเศร้าโศก สอดคล้องกับสุกัญญา ราพิงกิจ (2537: 96) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส หย่า แยกกันอยู่ นั้น มีผลต่อภาวะจิตใจและการสูญเสียความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ไม่สอดคล้องกับสุพัตรา สุภาพ อ้างใน ประภา รัตนเมฆานนท์ (2532: 88) ที่กล่าวถึง ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่ บุคคลเหล่านี้อาจจะไม่ได้อยู่ตามลำพังคนเดียว ไม่ได้ขาดคู่คิด หรือขาดบุคคลที่จะให้ความช่วยเหลือ คำจุน เพราะลักษณะของครอบครัวไทยเป็นครอบครัวที่อบอุ่น มีความผูกพันกับญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้าน ซึ่งสังคมไทยมีลักษณะเป็นระบบเครือญาติอยู่แล้วจึงไม่ค่อยขาดคนช่วยเหลือ สอดคล้องกับ กุสุมา ประชุมชนะ (2543) ศึกษาในกลุ่มสตรีสูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังส่วนใหญ่เป็นหม้าย เนื่องจากสามี เสียชีวิต มีการศึกษาระดับต่ำคือชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-4 และไม่มีอาชีพที่แน่นอน พบว่า กลุ่มสตรี อายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพมีรายได้พอเลี้ยงตนเองได้ ภาวะทางจิตใจและอารมณ์ค่อนข้างเป็นปกติเหมือนเมื่ออยู่กับครอบครัว กลุ่มสตรีอายุ 70-79 ปี มีปัญหาสุขภาพร่างกายมากขึ้น ร่างกายอ่อนแออย่างชัดเจน สภาวะทางจิตใจและอารมณ์ค่อนข้างมีปัญหา มีความรู้สึกท้อถอย หดหู่ หวาดกลัว บางรายไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรในชีวิตประจำวันลดน้อยลง และกลุ่มสตรีอายุ 80 ปีขึ้นไป บางรายประสบปัญหาความพิการทาง

ร่างกายไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรในชีวิตประจำวันได้เป็นปกติ สภาวะทางจิตใจ และอารมณ์มีความรู้สึกกวิตกกังวล ไม่สนใจสิ่งที่อยู่รอบตัว เพื่อนฝูงญาติมิตร แต่บางรายมีความรู้สึกละเลยกับสภาพที่เป็นอยู่ รู้สึกปลงกับชีวิต ที่อยู่อาศัยของสตรีสูงอายุ ส่วนใหญ่มีสภาพที่เก่าแก่ทรุดโทรม มีปัญหาสุขภาพลักษณะของที่อยู่อาศัย เนื่องจากไม่สามารถรักษาสภาพที่อยู่อาศัยของตนเองให้สะอาดได้มากนัก ส่วนใหญ่ขาดความรู้ ด้านสุขภาพและสุขอนามัย สตรีสูงอายุส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีกิจกรรมร่วมทางสังคมเนื่องจากความจำกัดด้านเศรษฐกิจและไม่ได้รับข่าวสารจากสังคม สตรีสูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังส่วนใหญ่แม่ ไม่ได้รับการช่วยเหลืออุปถัมภ์จากบุตรและญาติบ้างแต่ก็ไม่เพียงพอสำหรับตนเองและบางราย ไม่มีบุตรหลานช่วยเหลืออุปถัมภ์แต่อย่างใดชีวิตความเป็นอยู่จึงลำบากและแร้นแค้น สตรีสูงอายุ น้อยรายได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากรัฐในลักษณะเบี้ยยังชีพซึ่งไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตในปัจจุบัน

1.2.2 ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ 2 ใน 3 (67.5%) มีโรคเรื้อรัง โรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และไขมันในหลอดเลือดสูง (44.2% 19.3% 15.9% และ 8.6% ตามลำดับ) และ มีความจำเป็นอย่างมากต้องไปรับการรักษาพยาบาลถึง 27.5% สอดคล้องกับสมภพ พันธุโฆษิต (2548) ที่กล่าวว่า จากแนวโน้มของผู้สูงอายุที่นับวันจะเพิ่มมากขึ้น นำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมกกว่าวัยอื่น ๆ ถึง 4 เท่า โดยผู้สูงอายุที่อายุเกิน 65 ปี ประมาณ 4 ใน 5 คน จะมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค และจากการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในปี 2544 ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพที่ต้องได้รับการรักษา คิดเป็นร้อยละ 62.28 โดยโรคที่พบบ่อย ได้แก่ ปัญหาสายตา โรคข้อ ปัญหาฟัน โรคความดันโลหิตสูง ปัญหาการได้ยิน โรคเบาหวาน และโรคอัมพฤกษ์ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีปัญหาทางด้านจิตใจที่สำคัญ คือ ภาวะซึมเศร้า ความว้าวุ่น จากปัญหาดังกล่าว จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการเตรียมการเพื่อรองรับผลกระทบทั้งในด้านสังคมและสุขภาพ สอดคล้องกับ Houde (2003) ที่กล่าวว่า การที่ผู้สูงอายุมีโรคทางจักษุเกิดขึ้นเนื่องจากโครงสร้างต่าง ๆ ของดวงตาที่เสื่อมลง ประกอบกับมีโรคประจำตัวในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีผลทำให้เกิดการมองเห็นลดลงเร็วกว่าปกติ จึงอาจส่งผลต่อผู้สูงอายุทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง ประกอบกับสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆในร่างกายเสื่อมลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยเป็นเวลานาน มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต จึงมีผลต่อความภาคภูมิใจ ความมั่นใจในตนเอง รวมทั้งต้องปรับการดูแลตนเองในหลาย ๆ ด้าน (Burckhardt, 1987) ผู้สูงอายุ ร้อยละ 86 มีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรค และผู้สูงอายุ ร้อยละ 50 มีโรคประจำตัวตั้งแต่สองโรคขึ้นไป (Tepstra, Tepstra, Plawiche and Streeter, 1989) ภาวะการเจ็บป่วย

เรื้อรังดังกล่าว ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ ในการมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมดังนี้ 1) ผลกระทบด้านร่างกาย เป็นผลกระทบโดยตรง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหรือหน้าที่ต่าง ๆ จากพยาธิสภาพของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างถาวร รวมทั้งอาจเกิดจากการตอบสนองของร่างกายต่อภาวะกดดันทางจิตใจ (Garrett, 1997 อ้างถึงในจารุวรรณ มานะสุวรร, 2544: 31) ผลกระทบทางร่างกายที่พบบ่อย ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง มีภาวะทุพโภชนาการ ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ความผิดปกติของการรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ความผิดปกติของการขับถ่าย การพักผ่อนไม่เพียงพอจากความวิตกกังวล ความกลัว มีข้อจำกัดในการมีเพศสัมพันธ์ ความสามารถในการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพลดลง; 2) ผลกระทบด้านจิตใจ ที่พบบ่อย คือ ความเครียด ทั้งจากธรรมชาติของโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นความเจ็บป่วยที่ยาวนานเป็นเดือน เป็นปี หรือตลอดชีวิต ไม่หาย ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่เสมอ หรือจากความไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด อ่อนเพลีย ทำให้รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ ขาดความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะเผชิญกับความเครียดที่ไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลได้ ด้านอารมณ์ จะมีปฏิกิริยาตอบสนองที่พบได้บ่อย ได้แก่ เศร้า โศก กลัว วิตกกังวล โกรธ ซึมเศร้า และรู้สึกผิด; 3) ผลกระทบด้านสังคม ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการแยกตัวออกจากสังคม และเกิดความบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (Tilden, 1987 อ้างถึงในจารุวรรณ มานะสุวรร, 2544: 37) ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ มากมายที่เป็นอุปสรรคขัดขวาง การสร้างหรือคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ ได้แก่ วิธีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป สถานะเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงของฐานะทางสังคม ความรู้สึกแตกต่างหรือด้อยกว่าคนอื่น การกำเริบของโรค ความพิการ การมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม และต้องพึ่งพาผู้อื่น ต้องการพักผ่อนเพิ่มขึ้น ภาวะเครียด ตลอดจนสภาพจิตใจและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป; 4) ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ ทำให้เกิดการเบี่ยงเบนของความเข้มแข็งทางจิตใจ อาจทำให้เปลี่ยนความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยว หรือสิ่งที่คิดว่ามีคุณค่าสำหรับตน เนื่องจากคิดว่าสิ่งที่ตนนับถือไม่ได้ช่วยเหลือตนให้พ้นจากความเจ็บป่วยทั้ง ๆ ที่ตนทำดีมาตลอด บางรายมีความรู้สึกหรือเชื่อว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ตนเป็นอยู่ เป็นการถูกลงโทษจากพระเจ้า บางรายคิดว่าเป็นการใช้อำนาจทางไสยศาสตร์ของคนที่ไม่ดีร้ายกับตน ทำให้ต้องล้มป่วยลง จากผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ดังได้กล่าวมาแล้ว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างอิสระกับครอบครัวและสังคมของตนได้ตามปกติ ไม่สามารถแสดงบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของตนในชีวิตประจำวัน ขาดความพึงพอใจในชีวิต หมดหวัง และไม่สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลผลกระทบต่อความผาสุกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (จารุวรรณ มานะสุวรร, 2544: 31-38) ดังคำกล่าวของแมคมาร์ฮอน (McMahon, 1992) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยเรื้อรังนั้นคุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับเปลี่ยนแปลงอันเกิด

จากความเจ็บป่วยเรื้อรัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ (receptions) ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน (functional capacity) และทรัพยากรด้านต่างๆ ของบุคคล (personal resources) ได้แก่ อาหาร การพักผ่อน นอนหลับ การเงิน ค่านิยม และความเชื่อ รวมทั้งบุคคลที่ช่วยเหลือสนับสนุน

1.2.3 ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มีความพอใจเพียงเล็กน้อยในชีวิตทางเพศสูงถึง 23.0% แสดงให้เห็นว่า สมรรถภาพทางเพศและความต้องการทางเพศ เป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตของมนุษย์ เป็นการสะท้อนถึงภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ (วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2546) สอดคล้องกับพันธศักดิ์ สุกระฤกษ์ (2548) ที่กล่าวว่า เมื่อผู้หญิงผู้ชายอย่างเข้าสู่วัยทอง จะมีความคล้ายคลึงกัน คือ ผู้ชายจะขาดฮอร์โมนเพศชาย ส่วนผู้หญิงจะขาดฮอร์โมนเพศหญิง ส่งผลต่อองค์ประกอบสำคัญทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ความรู้สึกทางเพศ และการปรับตัวทางด้านสังคม เกิดความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ดังนี้ 1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุจะมีการซึมเศร้า ขาดความรู้สึกระตือรือร้น อารมณ์แปรปรวนและขาดสมาธิ; 2) ทางร่างกาย สังเกตได้จากเส้นผมบางลง มีสีขาว สายตาจะเริ่มมองเห็นไม่ชัดเจน ความจำเริ่มถดถอยลง; 3) ความรู้สึกทางเพศจะลดลง เบื่อหน่ายเรื่องเพศ อาจส่งผลต่อความสุขในการดำเนินชีวิตได้; 4) ทางด้านสังคม จะทำให้คนใกล้ชิดเบื่อหน่ายเพราะอารมณ์แปรปรวนของบุคคลวัยทอง นอกจากนี้ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการร่วมเพศในผู้สูงอายุ ได้แก่ สุขภาพทางกาย สมรรถภาพทางเพศ ความพร้อมของคู่ และโอกาส เป็นต้น และอีกส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากการไม่มีการร่วมเพศแล้ว โดยมิสาเหตุจากเหตุผลดังกล่าวและ/หรือ การไม่มีความต้องการทางเพศ การไม่สามารถร่วมเพศได้ การขาดคู่อุปการะ คู่เจ็บป่วยหรือปฏิเสธการร่วมเพศ รวมทั้งเหตุผลเนื่องจากการอายุบุตร และสนใจการศึกษาธรรมชาติมากกว่า เป็นต้น ประกอบกับปัญหาสุขภาพทางเพศที่พบได้แก่ความต้องการทางเพศ และสมรรถภาพทางเพศ ลดลง สุขภาพทางกายด้านอื่น ๆ มีผลกระทบต่อนิสัยทางเพศ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น ปัญหาในการร่วมเพศของชายส่วนใหญ่ คือ การหลั่งน้ำอสุจิเร็ว รองลงมา คือ การหลั่งน้ำอสุจิช้า สำหรับปัญหาของฝ่ายหญิง คือ ความเบื่อหน่ายในการร่วมเพศ ซึ่งปรากฏตรงกับปัญหาของฝ่ายชายที่คู่สมรสปฏิเสธการร่วมเพศ ไม่มีความต้องการทางเพศ หรือสุขภาพไม่ดีหรือขาดคู่อุปการะเนื่องจากเป็นหม้าย (เขมิกา ยามะรัต และคณะ, 2541)

1.2.4 ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีเจ็บปวดตามร่างกายมากถึง 13.0% แสดงให้เห็นว่า ความเจ็บปวดตามร่างกาย เป็นอาการที่พบได้บ่อยโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งมักจะเจ็บป่วยเรื้อรังและมีความเสื่อมตามวัย ความชุกของความเจ็บปวดในผู้สูงอายุเป็น 2 เท่าของคนหนุ่มสาว พบได้ร้อยละ 25-50 ของผู้สูงอายุในชุมชน และผู้สูงอายุในสถานพยาบาลซึ่งดูแลระยะยาว พบร้อยละ 45-80 (Ebersole, Hess, Touhy & Jett, 2005 อ้างถึงในลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2552: 82) ชนิดของความเจ็บปวดที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นความเจ็บปวดเรื้อรัง (Nazarko, 2001 อ้างถึงใน

ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2552: 84) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นมากกว่า 6 เดือน (Mobily & Herr, 2001 อ้างถึงในลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2552: 83) ผู้สูงอายุประมาณ ร้อยละ 80 มีความเจ็บปวดเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งชนิดที่มีความเจ็บปวด (Mc-Guire & Graffam, 1995 อ้างถึงในลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2552: 84) รักษายาก ทั้งไม่ทราบสาเหตุหรือเป็นสาเหตุที่รักษาได้ยาก ไม่สามารถระบุตำแหน่งที่ปวดได้ชัดเจน อาจเกิดอยู่ตลอดเวลาหรือเป็นพักๆ ความรุนแรงอาจมีหลายระดับหรือคงที่ระดับเดียว อาการทางคลินิกไม่ชัดเจน เนื่องจากการปรับสภาพของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้สึกทุกข์ทรมานสัมพันธ์กับเวลาที่นานมากขึ้น ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า วิตกกังวล รับประทานอาหารได้น้อยหรือนอนไม่หลับ ความสามารถในการทำงานเปลี่ยนแปลง (Clinton & Eland, 1991; Ebersole et al., 2005 อ้างถึงในลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2552: 84) สอดคล้องกับเฟอร์เรล, วิสดอม และเวนซ์ (Ferrell, Wisdom & Wenzl, 1989: 2321-2327) ได้ศึกษาผลกระทบจากความเจ็บปวดต่อคุณภาพชีวิต สรุปว่ามีผลกระทบ 4 ด้านคือ 1) ความเจ็บปวด มีผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายลดลง อ่อนแอ เคลื่อนไหวได้ช้า ท้องผูก ความอยากอาหารและการนอนหลับผิดปกติ; 2) ความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์กับอาการทางจิต เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า เกรียด กลัว; 3) ความเจ็บปวดมีผลต่อความเป็นอยู่ในสังคม ในส่วนของบทบาทและความสัมพันธ์กับผู้อื่น เรื่องเพศสัมพันธ์และการแสดงออก; 4) ความเจ็บปวดมีผลต่อการรับรู้ด้านจิตวิญญาณ ในส่วนของความหมายของความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน ความเชื่อทางศาสนาและสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ

1.2.5 ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มีคุณภาพชีวิตไม่ดีด้านสัมพันธ์ทางสังคม โดยพบว่าความพึงพอใจต่อการได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อน ๆ อยู่ในระดับไม่พอใจเลยและพอใจเล็กน้อย รวมกันถึง 43.0% สอดคล้องกับดัฟฟี (Duffy, 1997) ที่ได้ทำการศึกษาถึงผลกระทบของความสามารถในการมองเห็นที่ลดลงในผู้ป่วยที่มีภาวะสายตาเลือนราง พบว่า จากการที่การมองเห็นลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยวิตกกังวล ซึมเศร้า สูญเสียความเป็นอิสระ เกิดภาวะถดถอย และแยกตัวจากสังคมในที่สุด (Chivers, 2003: 22-26) นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล มีผลทำให้รบกวนการนอนรู้สึกว่ามีใครช่วยเหลือ หมาดหวัง ส่งผลให้เกิดการพึ่งพาครอบครัวและผู้ดูแลตามมาความรู้สึกนี้จะมากขึ้นหากผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเรื้อรังด้วย ท้ายที่สุดการทำหน้าที่ของสมองด้านความคิด ความจำ และทักษะการแก้ปัญหาที่จะลดลง (McConnell, 1988: 530) สอดคล้องกับ ภมริน เชาวณจินดา (2542) พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมาก มีคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว ด้านสุขภาพ และด้านสังคม สูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนน้อย

1.2.6 ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ไม่พึงพอใจเลยและพอใจเล็กน้อยต่อการนอนหลับรวมกันถึง 29.0% ปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุ มีสาเหตุมาจากหลายอย่าง เช่น เป็นธรรมชาติของผู้สูงอายุ

ที่นอนน้อยชั่วโมงลง ขาดการเคลื่อนไหวหรือใช้กำลังในตอนกลางวัน การนอนตอนกลางวัน มีความเจ็บไข้ไม่สบาย ความวิตกกังวล ความเศร้าโศก สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ รบกวน เช่น เสียงดัง อากาศร้อนจัดหรือหนาวจัด ฯลฯ (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2545: 545) โดยลักษณะของปัญหาการหลับ ในผู้สูงอายุ ได้แก่ การนอนไม่หลับ (insomnia), การหลับมากเกินไป (hypersomnia) หรือมีความผิดปกติในการนอนหลับแบบอื่น ๆ (dyssomnia) เช่น ฝันร้ายบ่อย ๆ, พุดขณะหลับ, ลุกขึ้นเดินทั้งหลับ ฯลฯ ผู้สูงอายุที่นอนไม่หลับหรือหลับไม่พอ ทำให้การระบายของเสียออกจากร่างกายไม่ดีเท่าที่ควร ร่างกายเสื่อมโทรม อารมณ์ไม่ดี ความคิดอ่านไม่ฉับไว และแก่เร็ว (Arking, 1991 อ้างถึงในศรีเรือน แก้วกังวาน, 2545: 545) สอดคล้องกับวิรัตน์ ทองรอด (2549) ที่พบว่า การนอนของผู้สูงอายุไม่มีคุณภาพ เช่น การงีบหลับในเวลากลางวัน การนอนไม่เป็นเวลา การเข้านอนก่อนที่จะง่วง หรือเข้านอนเมื่อผ่านเวลานอนไปแล้ว หรือใช้ห้องนอนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การดูทีวี การอ่านหนังสือ การรับประทานอาหารหรือมีสิ่งรบกวนในห้องนอน เช่น เสียงดัง มีแสง ห้องร้อน นอกจากปัจจัยภายนอกแล้วปัจจัยภายในของผู้ป่วยโรคต่าง ๆ เช่น อาการปวดข้อ โรคหัวใจ ปัญหาทางจิตใจ ฯลฯ ปัญหาทั้งหมดนี้ จะทำให้การนอนหลับในผู้สูงอายุมีคุณภาพลดลง ผลกระทบจากการนอนหลับเหล่านี้ จะส่งผลต่อความพร้อมและความสดชื่นของสมองและส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้รู้สึกไม่สดชื่น ไม่แจ่มใส ง่วงเหงาหาวนอน ขาดสมาธิในการทำงาน ส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิต และคุณภาพการทำงาน สอดคล้องกับโวลีเกอร์และโบฮันนอน (Volicer and Bohannon, 1975) ที่พบว่า เหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตึงเครียด ไม่สบายใจ วิตกกังวลมากที่สุด ส่วนหนึ่ง ได้แก่ การที่อวัยวะรับรู้ความรู้สึกเสียน้ำที่ไป คือ ตาบอด และหูหนวก ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการนอนของผู้สูงอายุ (McConnell, 1988: 530) ผลกระทบจากการนอนไม่หลับ พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปที่อยู่ในชุมชน ได้รับความทุกข์ทรมานจากการนอนไม่หลับถึงมากกว่าครึ่ง ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีอาการนอนไม่หลับ ญาติมักจะปล่อยปละละเลย บางครั้งผู้ป่วยก็มักจะแก้ปัญหาด้วยการไปซื้อยานอนหลับมารับประทานเอง ซึ่งเป็นดาบสองคมได้บ่อย ๆ ในผู้สูงอายุ ยิ่งกว่านั้น อาการนอนไม่หลับ อาจเป็นอาการเตือนของโรคอื่น ๆ ทางสมองอาการหนึ่ง ที่อาจเกิดจากสมองทำงานไม่เป็นปกติ เช่นเดียวกับอาการหมดสติหรือหลับไม่ยอมตื่น จึงสมควรได้รับการตรวจให้พบและแก้ไขก่อนที่จะสายเกินไป ด้วยการรีบพาไปพบแพทย์ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2548)

1.2.7 ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ 33.0% เป็นกลุ่มผู้มีรายได้น้อย มีคุณภาพชีวิตไม่ดี โดยมีรายได้น้อยกว่า 2,000 บาทต่อเดือน เนื่องจากผู้ที่มีรายได้น้อยส่วนใหญ่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ จะต้องใช้เวลาและความสามารถที่มีอยู่ในการหาเลี้ยงชีพมากกว่าสนใจสุขภาพของตน (วิศิษฐ์ ฉวีพจน์กำจร และคณะ, 2545: 109) ขาดโอกาสในการเลือกใช้บริการด้านสุขภาพ การตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ทำให้เกิดความไม่แน่นอนในชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง จึงมีคุณภาพชีวิตที่

ไม่ดี (ศุภลักษณ์ ปริญญาธุชัย และ พรพรรณ พงศ์สุพัฒน์, 2549: 44) สอดคล้องกับผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับ รายได้ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตหรือเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในประเด็นที่เหมือนกัน ได้แก่ ผลงานวิจัยของศุภกานต์ เตชะพงศธร และคณะ (2550: 33-39), ชัยชน โลว์เจริญกุล และคณะ (2548: S207-213), สายฝน จับใจ (2540) และอภิวัฒน์ บุญสาทร (2551)

1.2.8 ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นต้อกระจกในระยะสุก (Mature cataract) ถึง 16.5% ใช้ระยะเวลารักษาดังแต่เริ่มแรกจนถึงเข้ารับการผ่าตัดมากกว่า 9 เดือน (24.2%) ในขณะที่ตอบแบบสอบถามอยู่ในระหว่างการรอรับการผ่าตัด ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล เนื่องจากการผ่าตัดก่อให้เกิดความรู้สึกกลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้นจากความคิด และการคาดเดาเหตุการณ์จากประสบการณ์ในการรับรู้อาจไปในทางไม่ดี ประกอบกับการรักษาต้อกระจกมีเพียงวิธีการเดียวเท่านั้น คือ การผ่าตัด ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดทุกคนให้ความสำคัญเป็นพิเศษ เพราะอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่ส่งผลให้มีการสูญเสียการมองเห็นหรือตาบอด ทำให้ผู้สูงอายุประเมินสถานการณ์ดังกล่าวว่า เป็นสิ่งคุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของตน สอดคล้องกับการศึกษาของคาร์วินและแลน (Calvin and Lane, 1999) อ้างถึงใน กนกวรรณ หอมจินตนากุล (2545) ที่ศึกษาถึงความรู้สึกไม่แน่นอน และความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดกระจก ในระยะก่อนผ่าตัด ผลการวิจัย พบว่า ระดับความวิตกกังวลและระดับความไม่แน่นอนอยู่ในระดับสูงปานกลาง ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

1.2.9 ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มีปัญหาในการมองเห็นบกพร่อง ย่อมมีผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้ 1) ทางด้านร่างกาย การสูญเสียการมองเห็นหรือตาบอด ทำให้เกิดความบกพร่องด้านร่างกาย ปิดกั้นการมองเห็นสิ่งที่สวยงามต่างๆ และเป็นอุปสรรคในการทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่นการขึ้นลงบันได เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองลดลง; 2) ทางด้านจิตใจ เมื่อสายตาที่มองเห็นสิ่งต่าง ๆ ต้องมีคสนิท หรือมองเห็นต่าง ๆ จึงทำให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ ทำให้เกิดความวิตกกังวล หวาดกลัว และหวั่นไหวต่าง ๆ รวมทั้งเมื่อภาพลักษณ์เปลี่ยนไป ทำให้เกิดการขาดความมั่นใจในตนเอง สูญเสียความภาคภูมิใจ และการยอมรับนับถือตนเอง สูญเสียศักยภาพในการทำงาน สูญเสียสัมพันธภาพกับครอบครัว; 3) ด้านเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ขาดงาน และยังคงมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สิ่งเหล่านี้ย่อมเป็นปัญหาต่อผู้ป่วยเองและครอบครัวเป็นอย่างมาก เป็นผลให้รัฐบาลต้องเพิ่มงบประมาณค่าใช้จ่าย และค่าสวัสดิการในการบริการทางการแพทย์ อีกทั้งยังสูญเสีย

ทรัพยากรบุคคลที่มีความสามารถไปด้วย ซึ่งนับเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศชาติเป็นอย่างมาก (สุมาลี แสงมณี, 2540: 12-13) สอดคล้องกับฮูเดและฮัฟ (Houde & Huff, 2003) ที่กล่าวว่า การสูญเสียการมองเห็น ทำให้เกิดความยุ่งยากในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น การมองเห็นคนทั่วไป การไปพบปะ การใช้โทรศัพท์ การเขียนจดหมาย ฯลฯ จึงถูกแยกตัวออกจากสังคมโดยปริยาย สูญเสียความมีอิสรภาพแห่งตน ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการเดินทางหรือการขับรถ มีความลำบากในการจดจำสถานที่ต่าง ๆ สอดคล้องกับอีเวน (Evan, 1983: 603-608) พบว่า ผู้ที่มองเห็นเลือนรางหรือตาบอด ทำให้เกิดความวุ่นวายและมีปัญหาทางจิตสูง มีความซึมเศร้า แยกตนเอง มีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคมลดลง

2. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก

คุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลสัมพันธ์กัน และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม

จากการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ 5 ปัจจัย คือ

- 2.1 ฐานะทางเศรษฐกิจ
- 2.2 การสูญเสียการมองเห็น
- 2.3 สภาพแวดล้อม (ระยะเวลาที่สัมผัสกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี)
- 2.4 การศึกษา
- 2.5 อายุ

2.1 ฐานะทางเศรษฐกิจ

ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่มีผลกับคุณภาพชีวิต ข้อมูลสนับสนุนประกอบด้วย รายได้และแหล่งที่มาของรายได้ อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ

รายได้ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจและความสุขในชีวิตของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีการเตรียมตัวเกี่ยวกับทรัพย์สิน และที่อยู่อาศัยเพื่อการดำรงชีวิตอยู่เมื่ออายุมากขึ้น (บรรลุ ศิริพานิชและคณะ, 2531: 53) จึงกล่าวได้ว่า รายได้ เป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบัน เพราะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็นบ้านที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี อาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ (Hogstel, 1981: 466 อ้างในวรรณ กุมารจันทร์,

2543: 23) รวมทั้ง การซื้อหาอุปกรณ์ อำนวยความสะดวกและความสุขของตนเอง ส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย โอกาสที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ย่อมลดลง รวมทั้งความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และมีความวิตกกังวลในเรื่องการดำรงชีวิต (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546: 16) สอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจของคนชราที่ พบว่ารายได้น้อยมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความพึงพอใจในชีวิต เนื่องจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือการมีส่วนร่วมทางสังคม การมีงานอดิเรก หรือการใช้เวลาว่างของผู้สูงอายุ บางครั้งต้องใช้เงินเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้คนชราได้มีโอกาสทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต การดูแลตนเองระหว่างการเจ็บป่วย การให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและมีแนวโน้มที่จะได้รับการรักษามากกว่าผู้มีรายได้น้อย เพราะนอกจากค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่ต้องสูญเสียแล้วยังชีพแล้ว ยังต้องเสียค่าใช้จ่ายส่วนอื่น ๆ อีกส่วนหนึ่งกับการติดตามรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่ต้องมาทุก 3-4 เดือน (เขมิกา ยะมะรัต, 2537) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย จึงมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546: 16) สอดคล้องกับการวิจัยของอภิวัฒน์ บุญสาธร (2551: ๗) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตแปรผันตามรายได้ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการวิจัยของอเนก สุภรินันท์ และสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล (2548: 86) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม

ฐานะทางเศรษฐกิจ พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต รายได้เฉลี่ยทั้งครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.343, p < 0.001$) เนื่องจาก รายได้ของครอบครัว ถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ดูแลที่มีรายได้น้อย จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น การจัดหาอาหารที่มีคุณค่า รวมทั้งการใช้บริการทางสุขภาพอย่างเหมาะสม (ไพรินทร์ กันทะ, 2543 อ้างถึงในศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549: 40) รวมทั้งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปรับตัวและการดำเนินชีวิต ในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ตลอดจนการที่ผู้สูงอายุมีรายได้น้อยเป็นของตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจในคุณค่าของตนเองว่าสามารถทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัวและสังคม โดยผู้ที่มีรายได้น้อยจะการรับรู้และให้ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยและเมื่อเจ็บป่วย รายได้ยังช่วยให้มีโอกาสหรือแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกได้ตามความต้องการ รวมทั้งการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพและการดูแลตนเองได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยหรือรายได้น้อยไม่เพียงพอกับรายจ่าย ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต เนื่องจากผู้ที่มีรายได้น้อย ไม่เพียงพอจะมีปัญหาทางเศรษฐกิจ โดยจะใช้เวลาและความสามารถที่มีอยู่ในการหาเลี้ยงชีพมากกว่าสนใจสุขภาพของตน (วิศิษฐ์ ฉวีพจน์กำจร และคณะ, 2545: 109) ส่งผลให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ไม่ถูกสุขลักษณะต้อง

ทำงานหนัก พักผ่อนไม่เพียงพอ มีภาวะทุพโภชนาการ ทำให้สุขภาพทรุดโทรม ร่างกายอ่อนแอ เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังได้ง่าย (จารุวรรณ มานะสุการ, 2544: 16) ขาดโอกาสในการเลือกใช้บริการด้านสุขภาพ การตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ทำให้เกิดความไม่แน่นอนในชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง จึงมีคุณภาพชีวิตไม่ดี (สุกัลกษณ์ ปริญญาวุฒิชัย และพรพรรณ พงศ์สุพัฒน์, 2549: 44) ซึ่งสอดคล้องกับฟิฟฟ์ (Phipps, 1999 อ้างถึงในจารุวรรณ มานะสุการ, 2544: 16) ที่พบว่าประชากรที่มีข้อจำกัดในกิจกรรม ซึ่งมักมีสาเหตุจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจะลดลงในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี เนื่องจาก ผู้ที่ฐานะทางเศรษฐกิจดีมักมีการศึกษามากกว่าเกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพ และมีโอกาสได้รับอาหาร ที่อยู่อาศัย และ การดูแลที่ดีกว่า

2.2 ความพิการทางการมองเห็น

ความพิการทางการมองเห็น เป็นปัจจัยที่มีผลกับคุณภาพชีวิต ข้อมูลสนับสนุนประกอบด้วย ผลการวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกในระยะเริ่มเป็นหรือเริ่มขุ่น มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกในระยะสุก (Mature cataract) ($p = 0.023$) ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถเพียงอ่านได้เขียนไม่ได้หรืออ่านไม่ออกเขียนไม่ได้เลย ($p = 0.004$) และผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ลำบาก ($p < 0.005$) จึงสรุปได้ว่า การสูญเสียการมองเห็น เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

ทั้งนี้เนื่องจาก โรคต้อกระจกนั้น ทำให้การมองเห็นวัตถุต่างๆ ไม่ชัดเจนหรือผิดปกติไป (McCoy, 1981: 406 อ้างในจันทร์ฉาย หวันแก้ว 2542: 14) โดยในระยะแรกเริ่มจะรู้สึกตามัว เหมือนมีหมอกบัง มองเห็นในที่มืดชัดกว่าที่สว่าง แต่เวลาถูกแสงสว่างจะรู้สึกตาพร่ามัว สู้แสงไม่ได้ บางครั้งอาจเห็นภาพซ้อนเป็นสองภาพ (สุรเกียรติ์ อาษานุกุล, 2547: 13) จนถึงระยะต้อสุก (Mature cataract) สายตาจะเลื่อมลงมาก วัตถุสายตาได้แค่มองเห็นแค่มือโบกไหวต่อหน้าหรือสามารถบอกทิศทางของแสงไฟได้ (อเนก เพทวนิช, 2528) อาการตามัวจะเป็นมากขึ้น จะมองไม่เห็นวัตถุในระยะใกล้ แต่อาจเห็นแสงไฟบ้าง หากยังไม่ได้รับการรักษา จะเข้าสู่ระยะต้อสุกมาก (Hyper-mature cataract) ระยะนี้หากไม่ได้รับการรักษา อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจนถึงขั้นตาบอดได้ (อัมพร จงเสรีและบุญเพ็ญ จงเสรีจิตต์, 2548: 11) จากปัญหาดังกล่าวย่อมจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทางด้านร่างกาย สังคม และจิตใจ ผลกระทบด้านร่างกาย ได้แก่ ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน กิจกรรมที่ต้องใช้การมองเห็นทั้งในระยะใกล้และระยะไกล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ทำให้เกิดความยุ่งยากในการทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ ล้างหน้าแปรง

พิน การแต่งตัว การเคลื่อนที่ไปยังที่ต่าง ๆ ในที่พักอาศัย (Houde & Huff, 2003) รวมทั้งความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (Campbell et al., 1999 cited in Houde, 2003) พบว่า ผู้สูงอายุที่สูญเสียการมองเห็น จะเกิดผลกระทบด้านสังคม ทำให้เกิดความยุ่งยากเกี่ยวกับการหน้าที่ในสังคม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมและกิจกรรมของครอบครัว มีข้อจำกัดในการเดินทางไปในที่ต่างๆ มีความยุ่งยากในการสื่อสารกับผู้อื่น การมองคนทั่วไป การไปพบปะผู้คน การใช้โทรศัพท์ การเขียนจดหมาย จึงต้องแยกตัวออกจากสังคม สูญเสียความมีอิสรภาพ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการเดินทางหรือการขับรถ มีความลำบากในการจดจำสถานที่ต่าง ๆ (Houde & Huff, 2003) เกิดผลกระทบต่อยุติธรรม เมื่อมีความบกพร่องการมองเห็น ทำให้ผู้สูงอายุต้องดิ้นรนเพื่อที่จะปรับตัวให้เข้ากับการมองเห็นที่ลดลง อีกทั้งยังพบว่า มีความโศกเศร้าและความยุ่งยากต่อการเผชิญปัญหา (Burack-Wiess, 1991 อ้างถึงในทองคูณ ชูบัวภา, 2551)

สรุปได้ว่า ความพิการทางการมองเห็นของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงชีวิตในด้านต่าง ๆ มากมาย ไม่ว่าจะเป็นด้านการประกอบอาชีพ เศรษฐฐานะ สุขภาพจิตใจ และลักษณะทางสังคม โดยเฉพาะผลกระทบและความเสียหายด้านจิตใจและสังคมนั้น มีผลมากที่สุด และก่อให้เกิดปัญหาตามมาอีกในหลายๆด้าน ทั้งการจำกัดในบทบาท หน้าที่ ที่เคยทำได้ รวมทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้เกิดความรู้สึกที่ถูกตีตราทางสังคม (Social Stigma) อยู่ในใจของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ (ทวี เชื้อสุวรรณทวี, 2552: 7) ทำให้รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า และยังส่งผลกระทบต่อความสามารถในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร หรือการสื่อสารกับผู้อื่นลดลง (ภารดี นานาสิลป์, 2543: 52) ทำให้การดำรงชีวิตผิดปกติและการดูแลสุขภาพตนเองไม่ดีเท่าที่ควร (ศักดิ์ชัย วงศ์กิตติรักษ์ และคณะ, 2549: 4) รวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวที่จำเป็นต้องจัดคนมาดูแล ซึ่งผู้ดูแลนั้นอาจจะเป็นบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น ๆ ในการนี้ย่อมต้องใช้เวลาและทรัพยากรกับผู้สูงอายุ และสิ่งสำคัญของปัญหาสาวยตา คือ ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพจากภาวะสาวยตาเลือนรางและตาบอด จากสภาพปัญหาดังที่กล่าวมา ย่อมจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางตรงและทางอ้อม

2.3 สภาพแวดล้อม (ระยะเวลาที่สัมผัสกับสิ่งแวดล้อม)

ระยะเวลาที่สัมผัสกับสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยที่มีผลกับคุณภาพชีวิต ข้อมูลสนับสนุนประกอบด้วย ผลการวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ระยะเวลาที่ผู้สูงอายุประสบกับปัญหาหามลภาวะทางเสียง ($r = -0.157, p = 0.026$) ทางกลิ่นรบกวน/กลิ่นเหม็น ($r = -0.158, p = 0.025$) ทางควัน ฝุ่นละออง/เขม่าควัน ($r = -0.162, p = 0.026$) การมีน้ำเน่าเสีย ($r = -0.156, p = 0.028$) มีความสัมพันธ์ทางลบใน

ระดับต่ำมาก กับ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ประกอบกับลักษณะบ้านที่อยู่อาศัย มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.049$) จึงสรุปได้ว่า การสูญเสียการมองเห็น เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

ทั้งนี้เนื่องจาก สิ่งแวดล้อม มีความสำคัญต่อสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย สังคม และจิตใจ มีผลกระทบต่อพฤติกรรมและชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคล ที่อยู่อาศัยใช้เป็นที่พักป้องกันความร้อนจัด ความหนาวจัด ป้องกันพายุ หรืออันตรายจากสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ จะช่วยให้ปกป้องผู้สูงอายุให้ปลอดภัยจากสิ่งคุกคามทางสุขภาพ ช่วยเพิ่มสมรรถนะและพัฒนาการพึ่งตนเองได้ ง่ายต่อการปรับตัวในการดำเนินชีวิต สภาพแวดล้อมที่เป็นอันตรายก่อผลเสียต่อจิตใจด้วยพัฒนาการของจิตใจที่ดี โดยเฉพาะระยะเวลาที่สัมผัสกับปัญหาสิ่งแวดล้อม (สุภาวดี พุฒิน้อย และคณะ, 2547: 119-127) สอดคล้องกับ สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (2550) ในประเด็นของคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจด้านสิ่งแวดล้อมโดยรวม ทั้งระดับประเทศ และในแต่ละภาค ที่พบว่า ปัญหาที่กระทบความรู้สึกมากที่สุดเป็นอันดับ 1 คือ ปัญหาเสียงจากยานพาหนะ/เครื่องจักร/โรงงาน รองลงมาเป็นปัญหาค้าง/ฝุ่น/กลิ่นเหม็น จากยานพาหนะ/เครื่องจักร/โรงงาน และอันดับ 3 คือ ขยะส่งกลิ่นเหม็น/ทิ้งเกลื่อนกลาด

สิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยที่มีผลกับคุณภาพชีวิต ข้อมูลสนับสนุนประกอบด้วย ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัย เขตที่อยู่อาศัย และปัญหาสภาพที่อยู่อาศัยบริเวณใกล้บ้านชุมชน

- **ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัย** พบว่า ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัย มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.049$) เมื่อนำหลักแนวคิดทางระบาดวิทยาซึ่งกล่าวถึงความเชื่อมโยงระหว่างสิ่งแวดล้อม ตัวเชื้อโรคและบุคคล ซึ่งความเจ็บไข้และการตายของคนจะเกิดขึ้นบนพื้นฐานของ 3 ตัวแปรดังกล่าว (Lilienfeld, 1976 อ้างถึงใน สันทัด เสริมศรี และคณะ, 2535: 41) นอกจากนี้ สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย ยังมีความสำคัญต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุ เพราะสภาพที่อยู่อาศัยถาวร มั่นคง แข็งแรง ย่อมทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการอยู่อาศัย ไม่ต้องกลัวว่าจะได้รับอุบัติเหตุ อันเกิดจากความไม่แข็งแรงของตัวบ้าน สภาพแวดล้อมอื่น ๆ เช่น ความสะอาดภายในบ้าน บริเวณบ้านมีอากาศถ่ายเท และบรรยากาศที่ปลอดโปร่ง ย่อมจะมีผลต่อจิตใจ อารมณ์ของผู้สูงอายุ มีความสงบ ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ผ่านชีวิตการทำงาน ความเหนื่อยยาก มาเป็นเวลานาน และอยู่ในวัยที่ต้องการการพักผ่อน ดังนั้น การมีสภาพแวดล้อมของที่พักอาศัยที่ดีย่อมเป็นผลดีต่อสภาพร่างกาย อารมณ์ จิตใจของผู้สูงอายุด้วย (สุริย์ กาญจนวงศ์, 2540: 19-20) ส่วนผู้สูงอายุที่ต้องอยู่บ้านเข้าปัญหานี้ไม่อาจมองข้ามไปได้ เพราะผู้สูงอายุทำงานรับใช้สังคมมากกว่า 60 ปี ยังไม่มีบ้านเป็นของตนเอง ซึ่งเป็นปัญหาที่เป็นไปได้ เนื่องจากงานที่ทำบางอย่างเป็นงานขายแรงงานที่มีราคาถูก มีค่าแรงงานเพียงพอสำหรับจ่ายค่าอาหารเท่านั้น ไม่สามารถรวบรวมเงินเพื่อซื้อบ้านให้เป็นที่อยู่

อาศัยได้ ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งอพยพมาจากต่างจังหวัดเพื่อเข้ามาทำงานในช่วงที่มีอายุมาก ระยะเวลาที่เหลือไม่เพียงพอที่จะเก็บเงินซื้อบ้านเป็นของตนเองได้ ประกอบกับนโยบายของรัฐก็ไม่ได้สนับสนุนให้มีบ้านเป็นของตนเอง อีกทั้งภาวะเศรษฐกิจที่ไม่ดีในช่วงเวลาที่ผ่านมจนถึงในปัจจุบัน นับว่าปัญหาที่อยู่อาศัย เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงวัย (อานาจ วังจันและพิมพ์พร พงศ์คำ, 2546: 69) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีเมือง พลึงฤทธิ์, ฟริท แวน เกรียนเวน และเกื้อ วงศ์บุญสิน (2549: 171) ที่ได้ศึกษา การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัวยุ ชุมชน พบว่า สภาพแวดล้อมที่บ้าน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

- **เขตที่อยู่อาศัย** พบว่า เขตที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระเจกเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลกับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐเศรษฐ มนินนากร และคณะ (2551: 394) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในเมืองและในชนบทของประเทศไทย พบว่า การอาศัยในเขตเมืองและในชนบทของผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองไม่มีผลต่อความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง สภาพจิตใจ และคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และ สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณ กุมารจันทร์ (2543) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน เปรียบเทียบระหว่างเขตเมือง กับ เขตชนบท พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทไม่มีความแตกต่างกัน

- **ปัญหาสภาพที่อยู่อาศัยบริเวณใกล้บ้าน** ชุมชน พบว่า ปัญหาสภาพที่อยู่อาศัยบริเวณใกล้บ้าน ชุมชน เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลกับคุณภาพชีวิต จากปัญหาสภาพแวดล้อมที่เกิดขึ้น มีสาเหตุมาจากการพัฒนาทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่นำมาอำนวยความสะดวกสบายให้แก่ชีวิตความเป็นอยู่มากขึ้น การนำทรัพยากรธรรมชาติมาใช้ประโยชน์ ทำให้สิ่งแวดล้อมเกิดความเสื่อมโทรม เกิดของเสียที่จะส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม (ชัชพล ทรงสุขทรวงศ์, 2549: 88-90) ปัญหาสิ่งแวดล้อมไม่ว่าจะเป็นกายภาพ เคมี ชีวภาพและสังคม กรุงเทพฯ ปริมณฑล และเมืองใหญ่ จึงมีปัญหามลพิษทางอากาศ มลพิษทางน้ำ มลพิษในดิน สารอันตราย ของเสียอันตราย มูลฝอย ความปลอดภัยของอาหาร ที่อยู่อาศัยไม่ถูกสุขลักษณะ สารมลพิษที่ปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม เหล่านี้ อาจจะเข้าสู่ร่างกายได้หลายทางไม่ว่าจะเป็นทางปาก ทางการหายใจและสัมผัสทางผิวหนัง อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย ตั้งแต่การเจ็บป่วยเล็กน้อย จนถึงเจ็บป่วยมาก ทุพพลภาพ พิการ การบาดเจ็บ จนถึงขั้นเสียชีวิต รวมถึงทำลายคุณภาพชีวิตได้ ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ชนิด ปริมาณ และระยะเวลา รวมถึงช่องทางของการสัมผัสสารพิษ ในตัวกลางหรือในสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน (พัฒนา มูลพฤกษ์, ดนยา วงศ์ศิริกุล และปรีชา ลอเสรีวานิช, 2543: 1) สอดคล้องกับวสุธร ดันวัฒนกุล (2542: ก-ข) ที่กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมใน

ปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพเป็นอย่างมาก ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการดำเนินชีวิตและวิถีการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับศรีเมือง พลังฤทธิ์, ฟริท แวน เกรียน เวนและเกือ วงศ์บุญสิน (2549) ที่ได้ศึกษา การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง กรอบครัวชุมชน พบว่า สภาพแวดล้อมที่บ้าน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.4 การศึกษา

การศึกษา เป็นปัจจัยที่มีผลกับคุณภาพชีวิต ข้อมูลสนับสนุนประกอบด้วยผลการวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีคุณภาพชีวิตที่ดี ($p < 0.001$) และมีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ($p = 0.040$) จึงสรุปได้ว่าการศึกษาคือปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

ทั้งนี้เนื่องจาก การศึกษาเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาการเรียนรู้ ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสติปัญญา ใฝ่รู้และมีเหตุผล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับการเจ็บป่วย จะพยายามแสวงหาความรู้หรือรับฟังคำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพ การศึกษาจึงช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องต่างๆ เกี่ยวกับโรคของตนได้ดีขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง จึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมภาวะการเจ็บป่วยของตน ด้วยความเข้าใจ ตรงกับข้ามกับผู้ที่มีการศึกษาน้อยมักพบปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งบางครั้งอาจมีความเข้าใจในเรื่องนั้นน้อยมาก หรือเข้าใจผิดพลาด เนื่องจากการฟังหรืออ่านคำแนะนำจากเอกสารแล้วไม่เข้าใจ และผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อย ยังมีแนวโน้มที่จะละเลยการปฏิบัติตามคำแนะนำได้ง่าย เมื่อเขารู้ว่ามีความยุ่งยากหรือการปฏิบัตินั้นรบกวนต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของเขามาก และไม่เข้าใจถึงประโยชน์หรือความจำเป็นในการปฏิบัติตาม จึงทำให้อาการของโรคทรุดลงและไม่มีความสุขในชีวิต (ศิริพร รณ ชาญสุกจิเมธิ, 2540: 71) อีกทั้งผู้สูงอายุที่ด้อยการศึกษา จะทำให้ขาดข้อมูลและความรู้พื้นฐานในด้านการป้องกันและการรักษาสุขภาพอนามัยเบื้องต้นของตนเองมาตั้งแต่วัยเด็ก จนเติบโตมาเป็นผู้ใหญ่และเข้าสู่วัยชรา ซึ่งเป็นปัญหาที่มีผลสัมพันธ์และต่อเนื่องกันมาตลอดช่วงชีวิต จึงทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพอนามัยมากกว่าที่ควร (บัณฑิต จันทะยานี และคณะ, 2544: 5) ซึ่งสุขภาพ มีผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล การดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ การอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างเป็นสุข (สายัณห์ สวัสดิ์ศรี และคณะ, 2549: 80) สอดคล้องกับโอเรม (Orem, 1985) ที่กล่าวว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกว่าผู้มีการศึกษาดำ เพราะบุคคลที่มีการศึกษาดำมีข้อจำกัดในการรับรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้ การศึกษาเป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิต ช่วย

เพิ่มพูนความเข้าใจเกี่ยวกับโลกและชีวิตในทุกด้านให้กับบุคคล ให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับมัทเลนแคมป์ (Muhlenkamp & Sayles 1986) ที่กล่าวว่า การได้รับการศึกษา ทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การซักถามปัญหา ตลอดจนใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย

2.5 อายุ

อายุ เป็นปัจจัยที่มีผลกับคุณภาพชีวิต ข้อมูลสนับสนุนประกอบด้วย ผลการวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่า 70 ปี มีคุณภาพชีวิตที่ดี ($p = 0.039$) จึงสรุปได้ว่า อายุ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

ทั้งนี้เนื่องจาก อายุ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต และความสามารถในการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพราะอายุมากขึ้นจะทำให้สมรรถภาพทางกายลดลง ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรม ตลอดจนการประกอบอาชีพ การเปลี่ยนแปลงอาชีพหรือการเกษียณอายุราชการจะมีผลต่อจิตใจผู้สูงอายุ (กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ, 2527; เขมิกา ยามะรัตน์, 2527) และจะส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุทั้งในครอบครัวและในสังคม ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยอยู่ ทำให้คุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ดังกล่าวลดต่ำลง สอดคล้องกับการศึกษาของบอร์ด (Board, 1980 cited in Yurick, et al. 1980) พบว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้สภาพร่างกายก็ยิ่งเสื่อมถอยลงตามลำดับ ความเสื่อมถอยทางกายก่อให้เกิดความคับข้องใจ เนื่องจากไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดิม ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเฮนลอน และพิตเก็ต (Hanlon & Pickette, 1984) พบว่าการพึ่งพาผู้อื่นย่อมทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดต่ำลง สอดคล้องกับการวิจัยของอนอก สุภิรินันท์และสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล (2548: 86) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญ

ความสามารถในการอ่านเขียน นับเป็นส่วนที่สำคัญยิ่งของจุดเริ่มต้นในการพัฒนาคุณภาพชีวิต เริ่มต้นจากการอ่านหนังสือ เพื่อให้เข้าใจความหมายของตัวอักษร เข้าใจความหมายของคำและภาษาจนกระทั่งถึงการอ่านตำรา หรือหนังสือวารสาร ฯลฯ เพื่อพัฒนาสติปัญญาความรู้ และขยายโลกทัศน์ให้กว้างขึ้น ก่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ นำไปสู่การกระทำและความสำเร็จในอนาคต อย่างไรก็ตามการอ่านต้องควบคู่กับการเขียนหนังสือได้ด้วย เพื่อให้มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยใช้ความสามารถในการเขียน เป็นเครื่องมือถ่ายทอดความรู้สึกนึกคิดและความต้องการด้านต่าง ๆ ของตนให้ผู้อื่นรับทราบอย่างเป็นหลักฐานชัดเจน และยังเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

แก่สังคมในแง่ของการถ่ายทอดวิชาความรู้ประเภทที่เป็นศาสตร์ แนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ หลักฐานสำคัญ ๆ ทางด้านประวัติศาสตร์ อารยธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของมนุษย์ในยุคต่าง ๆ ให้แพร่กระจายออกไปอย่างกว้างขวาง และมีประโยชน์แก่ผู้อื่น อีกทั้งยังเป็นเครื่องมือในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และจะได้รับผลประโยชน์โดยตรงอย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย (ทวีป อภิสัท, 2526: 53-55) อย่างไรก็ตาม ความสามารถในการเรียนรู้ขึ้นอยู่กับความทรงจำ ซึ่งมักจะลดน้อยลงในวัยชรา การรับรู้และการเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ในบริบทของชีวิตที่มีความซับซ้อนจะเรียนรู้ได้ยาก เช่น เทคโนโลยีใหม่ๆ ทางด้านสารสนเทศ และการขาดแรงจูงใจจะมีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ในวัยนี้ ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาต่อการเรียนรู้ในผู้สูงอายุ คือ ความเครียด การสูญเสียความจำและความสามารถในการเข้าใจ อันเป็นผลมาจากระบบประสาทและสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ ที่จะมีเซลล์ประสาทในสมองตายเป็นจำนวนมาก แต่ขณะเดียวกันจากการสะสมประสบการณ์ที่ดีในอดีต ได้รับการยอมรับที่ดี มีสภาพอารมณ์ที่มั่นคงย่อมส่งผลต่อวัยที่สูงขึ้น ทำให้มีความรอบคอบสุขุมมากขึ้นตามมาด้วย (จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัชรี ดันศิริ 2536, อ้างถึงใน ธราธร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม, 2550: 14,19)

3. ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างก่อนกับหลังผ่าตัดต่อกระดูก

3.1 ผู้สูงอายุมีกะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยภายหลังได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก ($\bar{X} = 90.42$) สูงกว่าก่อนผ่าตัดต่อกระดูก ($\bar{X} = 81.58$) สรุปจากการวิเคราะห์ว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ดีกว่า ก่อนผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อพิจารณาจากองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านของคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัด จะเห็นได้ว่า ระดับคุณภาพชีวิตด้านที่ดีที่สุด คือ ด้านจิตใจเช่นเดียวกับก่อนผ่าตัด ส่วนที่ดี คือ การมีสมาธิในการทำงานดีขึ้น การรับรู้สภาพทางจิตใจที่เป็นความรู้สึกที่ดีเพิ่มขึ้น เช่น ไม่เหงา ไม่มีภาวะซึมเศร้า ไม่วิตกกังวล เป็นต้น มีความรู้สึกพอใจในชีวิตและพอใจในตนเองเพิ่มขึ้น รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมที่ดี ประเด็นที่กลุ่มนี้รู้สึกพึงพอใจ คือ ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต การได้รู้ข้อมูลข่าวสารในชีวิตประจำวัน และความสามารถเดินทางไปไหนมาไหน เนื่องจากการรักษาโดยการผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม ทำให้กลับมามองเห็นชัดเจนเป็นปกติ (วัฒนีย์ เข็นจิตร, 2548: 1) แม้จะเป็นเพียงข้างเดียว ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีสามารถหากิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้คลายเหงาได้มาก เช่น การอ่านหนังสือ ดูทีวี วิดีโอ วาดรูป เป็นต้น (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2545: 559) มีความปลอดภัยยิ่งขึ้น และยังมีส่วนในการลดภาระในการดูแลหรือความเป็นห่วงจากบุคคลอื่น ๆ ของครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้

อย่างมีคุณภาพและมีความสุข (ภารดี นานาสิลป์, 2543) สอดคล้องกับแนวคิดของพาดิลล่า และแกรนท์ (Padilla and Grant, 1983: 117) ที่ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ โดยประเมินจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย ทักษะคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือจากสังคม สอดคล้องกับการวิจัยของคลีเมนต์ แซน และคณะ (2003) ที่ได้ศึกษา การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อกระจกในช่องกระจก ที่พบว่า ก่อนผ่าตัดระดับการมองเห็นของสายตาข้างที่ทำผ่าตัด ระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลง; หลังผ่าตัดระดับสายตาข้างที่ทำผ่าตัดดีขึ้น ทำให้มีระดับคุณภาพชีวิตดีขึ้นในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์กับระดับสายตาและระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม และ ความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของลาโทโนวิก และคณะ (Latonovic S. et., 2550) ที่พบว่า ร้อยละ 96 ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจก มีการมองเห็นที่ดีขึ้น โดยผู้มีระดับการมองเห็นระหว่างมากกว่า 0.5 ขึ้นไป มีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 59.3 เป็นร้อยละ 95.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลายด้านแม้จะดีขึ้น แต่ยังมีคุณภาพชีวิตที่ยังดีขึ้นน้อย คือ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมเช่นเดียวกับก่อนเข้ารับการผ่าตัดต่อกระจก โดยส่วนที่ยังไม่ดี คือ การไม่ได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อน ๆ และทางเพศสัมพันธ์เช่นเดียวกับก่อนเข้ารับการผ่าตัด ที่เป็นดังนี้ เนื่องจากสภาพร่างกายที่ไม่เอื้ออำนวยอื่น ๆ เช่น ปัญหาการได้ยิน ทำให้การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นเป็นไปด้วยความลำบาก ไม่สามารถที่จะส่งและรับข้อมูลได้ดังที่ต้องการ ซึ่งเป็นเหตุให้แยกตัวจากบุคคลอื่น นอกจากนี้บางรายยังมีปัญหาอื่น ๆ อีก ได้แก่ การทรงตัวไม่ดี เหนื่อยง่าย มีภาวะการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ สิ่งเหล่านี้ทำให้เป็นอุปสรรคต่อผู้สูงอายุในการเข้าสังคมเป็นอย่างมาก เพราะความสามารถทางด้านร่างกายลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เกิดความอับอายที่ต้องเข้าห้องน้ำบ่อย จึงจำเป็นต้องแยกตัวออกจากสังคมด้วยความจำเป็น สอดคล้องกับทฤษฎีการถดถอยจากสังคม ที่กล่าวถึง การให้ผู้สูงอายุยอมรับว่า เมื่อถึงวัยสูงอายุแล้วบุตรหลานและชุมชน มักให้ความสำคัญและความสนใจน้อยลง ซึ่งกระบวนการของความสูงอายุมักจะมีลักษณะเฉพาะ คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะค่อย ๆ ถดถอยไปทีละน้อยจากคนในสังคม เนื่องจากต้องลดบทบาทตนเองในสังคมลง เช่น สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานลดลง การเกษียณอายุ การสูญเสียคู่ชีวิต การหมดสภาพของการเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวขาดที่พึ่งทางใจ เกิดความรู้สึกตนเองไร้ค่า ไร้ประโยชน์ มีอาการหงุดหงิด น้อยใจ เสียใจ (บุญศรี นุเกตุ และคณะ, 2545: 16-17, 167-174) สำหรับเรื่องทางเพศในผู้สูงอายุนั้น ได้กล่าวมาแล้วในหัวข้อที่ 1.2.4

4. ประเด็นอื่น ๆ ที่น่าสนใจ

4.1 การมีชมรมผู้สูงอายุตั้งอยู่ใกล้บ้าน 42% แต่ผู้สูงอายุไปใช้บริการเพียง 19% แสดงว่าแม้ว่าจะมีชมรมผู้สูงอายุตั้งอยู่ใกล้บ้าน แต่ผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจกจำนวนมาก ก็ไม่ได้ไปใช้บริการจากชมรมผู้สูงอายุ (81.0%) ที่เป็นดังนี้ เนื่องจากภูมิหลังของผู้สูงอายุได้แก่ อายุ ภาวะรายได้ และสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับอุปสรรค ได้แก่ ขาดผู้สนับสนุน ไม่มีเวลาว่างพอ สุขภาพไม่ดี และปัญหาทางการเงิน ที่ขัดขวางการเข้าร่วมทำกิจกรรม อันก่อให้เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวม(จารุวรรณ สว่างศรี, 2532 อ้างถึงในบรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2539: 18) สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1987: 396 อ้างถึงในศิริพร เกษธนัง, 2550: 80-81) ที่กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญกับความถี่และความตั้งใจจริงในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภาวะสุขภาพทำให้การมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุแตกต่างกัน นอกจากนี้บทบาทและสถานภาพผู้สูงอายุในสังคมไทย พบว่า บทบาทที่เห็นเด่นชัดที่สุด คือ บทบาทในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาในเทศกาลต่าง ๆ (Donald O.Cowgill อ้างถึงในบรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2539: 19) สอดคล้องกับเกริกศักดิ์ บุญญานุพงษ์ และคณะ (2534) อ้างถึงในบรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2539: 18; นิศา ชูโต (2525) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีบทบาทในกิจกรรมทางสังคมน้อยมาก กิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมด้วย ได้แก่ กิจกรรมทางศาสนา อย่างไรก็ตามผลดีของการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ คือ ช่วยให้ผู้สูงอายุได้พบปะ สังสรรค์ แลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เป็นการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม สร้างแรงสนับสนุนทางจิตใจ ที่อาจมีผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุในด้านที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเพื่อชะลอความเสื่อม เลิกสูบบุหรี่ เลิกดื่มสุรา และการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม (อรรวรรณ อิศราภรณ์, 2536: 70) เป็นการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหา เช่น การเจ็บป่วย หรือปัญหาทางครอบครัว เป็นศูนย์กลางด้านข่าวสารและข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และยังเป็นศูนย์กลางในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในด้านสวัสดิการ นันทนาการ การออกกำลังกาย กีฬา ศาสนา และวัฒนธรรม (บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2539: 20) ทำให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมในสังคม ซึ่งถือเป็นแก่นแท้ของชีวิตที่จำเป็นสำหรับผู้สูงวัย โดยมีทฤษฎีกิจกรรมที่ยืนยันว่าผู้สูงอายุที่สามารถดำรงกิจกรรมในชมรมไว้ได้ จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง และมีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองในทางบวก (สุรกุล เจนอบรม, 2534: 34)

4.2 การมีศาสนสถานตั้งอยู่ใกล้บ้าน 81% และมีผู้สูงอายุได้ไปใช้บริการมากถึง 68.5% แสดงว่า ผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจกจำนวนมากได้ไปใช้ศาสนสถานที่เป็นดังนี้ เนื่องจากศาสนสถานเป็นที่พึ่งทางใจของผู้สูงอายุ ส่งเสริมสุขภาพจิต สามารถชี้ทางรอดให้จิตใจมีความสงบ มีกำลังใจ และใช้เป็นกฎเกณฑ์และแนวทางในการดำเนินชีวิต รวมทั้งเป็นตัวกำหนดความเชื่อ

วัฒนธรรม ประเพณีของสังคม (ปรีชา อุปโยคิน, 2538) สอดคล้องกับ ภมรินทร์ เชาวน์จินดา (2542) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ปฏิบัติทางพุทธศาสนามาก มีคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว ด้านสุขภาพ และด้านสังคมสูงกว่าผู้ที่ปฏิบัติทางพุทธศาสนาน้อย และในกลุ่มผู้สูงอายุโดยรวมพบว่า การปฏิบัติทางพุทธศาสนาสามารถทำนาย ปริมาณความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสังคมได้ สอดคล้องกับ อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2543) ที่พบว่า การปฏิบัติธรรม เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัย 3 ด้าน ที่สามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุได้จากการตอบทั้งหมดของผู้สูงอายุ 200 คน ส่วนใหญ่ (48.5%) ระบุว่า มีโรงพยาบาลของรัฐ ตั้งอยู่ใกล้บ้าน และในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจกไปใช้บริการจากโรงพยาบาลของรัฐถึง 47 คน (48.5%) แสดงว่า โรงพยาบาลของรัฐ เป็นที่พึ่งที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้นิยมไปใช้บริการ ที่เป็นอย่างนี้ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเห็นว่า โรงพยาบาลของรัฐมีความพร้อมในด้านบุคลากร มีแพทย์มากกว่า มีแพทย์เฉพาะทางที่สามารถดูแลเฉพาะด้านได้ และสามารถตรวจพิเศษได้เช่น เอ็กซเรย์ปอด เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ ตรวจเช็กร่างกาย เป็นต้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2540: 49-50) ซึ่งผู้สูงอายุอยู่ในวัยที่ต้องอาศัยการพึ่งพิงมากขึ้น ประกอบกับวัยที่มีการเจ็บป่วยสูงกว่าวัยอื่น ๆ ทำให้การบริการด้านสุขภาพและสังคม จึงเป็นบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรงพยาบาลของรัฐ มีทั้งบริการคลินิกผู้สูงอายุ คลินิกวัยทองและหอผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล (ทั้งเตียงพลันและเรื้อรัง) ถือเป็นระบบการดูแลระยะยาวและมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มีการเชื่อมโยงกันระหว่างการดูแลในครอบครัว สถาบัน ชุมชน มีการกระจายบริการทั้งด้านสุขภาพและสังคมอย่างบูรณาการ ซึ่งตอบสนองผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมทุกมิติ รวมทั้งผู้สูงอายุมีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล โดยปัจจุบันผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับสวัสดิการค่ารักษาของข้าราชการ/ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ทำให้ผู้สูงอายุได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลอย่างครอบคลุม ทำให้เพิ่มการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างกว้างขวาง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

4.3 การมีสวนสาธารณะ/สนามกีฬาตั้งอยู่ใกล้บ้าน 45.5% แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ไปใช้สวนสาธารณะ/สนามกีฬา แสดงว่า อาจมีอุปสรรคเกี่ยวกับการเข้าถึงจากที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุไปใช้สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษ อาทิเช่น จากปัญหาทางด้านสุขภาพกาย และจิตจากการศึกษาเกี่ยวกับสรีรวิทยาการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุทั้งที่ปกติและมีการเจ็บป่วย ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี การออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ เป็นสิ่งจำเป็นอย่างหนึ่งที่จะช่วยสร้างเสริมให้สุขภาพมีความคงทนกับการใช้ชีวิตประจำวัน มีความต้านทานโรค นอนหลับได้ง่าย ท้องไม่ผูก ไม่อ้วน ลดความเครียด ช่วยพัฒนาสุขภาพจิตให้ดีขึ้น (ธราธร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม, 2550) ดังนั้นจึงสมควรหาทางปรับปรุงให้ผู้สูงอายุไปใช้บริการสวนสาธารณะ/สนามกีฬา ที่ตั้งอยู่ใกล้บ้านให้มากขึ้น

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเชิงอรรถาธิบาย เรื่อง “เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก ระหว่างก่อน กับ หลัง การผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม ณ โรงพยาบาลศิริราช” นี้ เพื่อ วิเคราะห์และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างก่อน กับ หลัง ผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตา เทียม ด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุคย่อ ฉบับภาษาไทย กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้สูงอายุ 200 คนที่มารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมครั้งแรก ที่หน่วยผ่าตัดจักษุ โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนพฤษภาคม - กันยายน 2551 โดยมีผลการผ่าตัดต้อกระจกและใส่ เลนส์แก้วตาเทียมได้ผลดี คือ มีระดับการมองเห็นของสายตาข้างที่ทำผ่าตัด ซึ่งวัดโดย Snellen chart เห็นดีกว่า 6/12 (ไม่ใส่แว่นตา) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ การ ทดสอบฟิชเชอร์เอกแซก การทดสอบค่าทีแบบคู่ และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ลักษณะประชากร

ผู้สูงอายุร้อยละ 60 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 71 ปี; สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 57; เป็นหม้ายร้อยละ 30; นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 96.5; สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือไม่มี การศึกษาเลย ร้อยละ 56; มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ร้อยละ 86; ยังคงทำงานอยู่ร้อยละ 47; เป็นข้าราชการบำนาญร้อยละ 41.5; มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 3,000 บาท; รายได้น้อยกว่าเดือนละ 2,000 บาท ร้อยละ 33; และมากกว่าเดือนละ 20,000 บาทร้อยละ 15; อาศัยแหล่งรายได้จากบุตร หลานและญาติพี่น้องให้มากที่สุด (ร้อยละ 46.9) ระยะเวลาที่สูญเสียการมองเห็นเฉลี่ย 2.6 ปี; รักษา เริ่มแรกที่โรงพยาบาลศิริราชร้อยละ 84; ใช้ระยะเวลาดังแต่เริ่มแรกจนถึงเข้ารับการผ่าตัดเฉลี่ย 7 เดือน

2. ด้านครอบครัว

กลุ่มตัวอย่าง มีสถานะเป็นหัวหน้าครอบครัว 52%; เป็นครอบครัวเดี่ยว 70%; ช่วยเหลือบุตรหลานในการดูแลบ้านและทำงานบ้าน 56.6% และ 28.5% ตามลำดับ; รายได้เฉลี่ยในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุเดือนละ 15,000 บาท โดยมีรายได้สูงสุดถึง 200,000 บาทต่อเดือน และต่ำที่สุด คือ 500 บาทต่อเดือน; ฐานะทางเศรษฐกิจในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนมากมีรายได้พอ ๆ กันกับรายจ่าย (46%)

3. สภาพการมองเห็น

กลุ่มตัวอย่าง มากกว่าครึ่งหนึ่งมีสายตาเลือนรางระดับ 1 (66%) น้อยที่สุด คือ ตาบอดขั้น 1 และ 2 (2.5% และ 0.5% ตามลำดับ); ส่วนใหญ่เป็นต้อกระจกในระยะเริ่มขึ้น (Immature cataract) 81% รองลงมาเป็นระยะสุก (Mature cataract) 16.5%

4. ปัญหาสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง 2 ใน 3 (67.5%) มีโรคเรื้อรัง โรคที่พบมาก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และไขมันในหลอดเลือดสูง (44.2% 19.3% 15.9% และ 8.6% ตามลำดับ) และ มีปัญหาความพิการทางร่างกาย 7%

5. การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

5.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถลุกจากที่นอนทั้งกลางวันและกลางคืนได้อย่างปกติถึง 35.5% และ 36% ตามลำดับ และมีความลำบากมากยิ่งขึ้น คือ ไม่สามารถเข้าห้องน้ำอย่างเป็นปกติทั้งกลางวันและกลางคืนถึง 48.0% และ 47.0% ตามลำดับ กิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานที่ช่วยเหลือตนเองได้ลำบากมากที่สุด คือ การเคลื่อนไหวหรือเดินภายในบ้าน ซึ่งมีถึง 51.5%

5.2 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติกิจวัตรเหล่านี้จะได้ช้าลง แต่ยังสามารถทำได้เอง แต่การใช้พาหนะและการเดินทางนั้น ไม่สามารถทำได้อย่างปกติ สูงถึง 81.0%

5.3 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถไปทำบุญที่วัด/มัสยิด/โบสถ์ และไปร่วมงานบวช งานแต่งงาน งานศพ หรือเที่ยวงานในเทศกาลต่าง ๆ ได้อย่างปกติมากถึง 67.0%

6. สภาพแวดล้อม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเขตที่อยู่อาศัยในเขตเมือง 62.5% เขตชนบท 30% มีที่พักอาศัยเป็นลักษณะบ้านเดี่ยว 62.5% รองลงมาเป็นห้องแถวหรือเรือนแถวหรือตึกแถว 19% ปัญหาสภาพที่อยู่อาศัยบริเวณใกล้บ้าน ชุมชน ที่รบกวนกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือ ฝุ่นละอองหรือเขม่าควัน (25%) และเสียงรบกวนหรือเสียงดัง (23.5%)

7. การบริการด้านสุขภาพ และ ด้านคุณภาพชีวิต

แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ การบริการด้านสุขภาพ และการบริการด้านคุณภาพชีวิต ซึ่งในแต่ละกลุ่มจะประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสถานบริการ ด้านลักษณะบริการ ด้านการเข้าถึงบริการ และ ด้านผู้บริการ ดังนี้

7.1 สถานบริการ ด้านสุขภาพและ ด้านคุณภาพชีวิต

7.1.1 สถานบริการด้านสุขภาพ พบว่า มีสถานบริการด้านสุขภาพอยู่ใกล้บ้านที่มากที่สุด คือ ร้านขายยา 64% มีโรงพยาบาลของรัฐ 48.5% และโรงพยาบาลเอกชน 48.5%

7.1.2 สถานบริการด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่มีศาสนสถาน (81%) มีสวนสาธารณะ/สนามกีฬา สถานีดารวจ และชมรมผู้สูงอายุ 45.5% 44% และ 42% ตามลำดับ ส่วนสถานบริการด้านการศึกษามีเพียง 9%

7.2 การเข้าถึงบริการ ด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิต

7.2.1 การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ พบว่า สถานบริการด้านสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความสะดวกในการเข้าถึง ไปใช้บริการมากที่สุด คือ โรงพยาบาลของรัฐ 48.5% ไปใช้สถานอนามัย/ หน่วยปฐมภูมิ และคลินิก เท่ากัน คือ 30.3% ที่น้อยที่สุด คือ ร้านขายยาและโรงพยาบาลเอกชน (14.7%)

7.2.2 การเข้าถึงบริการด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่ไปใช้ศาสนสถานมากที่สุด 68.5% ส่วนสถานบริการด้านการศึกษาและศูนย์พัฒนาด้านอาชีพนั้น กลุ่มตัวอย่างไปใช้บริการน้อยมาก (0.0% และ 4.2% ตามลำดับ)

7.3 ลักษณะบริการด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิต

7.3.1 ลักษณะบริการด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ไปใช้บริการด้านการรักษาพยาบาล การไปใช้บริการเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพยังพบได้น้อย

7.3.2 ลักษณะบริการด้านคุณภาพชีวิต พบว่า มีบริการกิจกรรมทางศาสนาในศาสนสถาน บริการออกกำลังกายที่สวนสาธารณะ/สนามกีฬา ส่วนชมรมผู้สูงอายุมีกิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่ การออกกำลังกาย การพูดคุยกัน การประชุม การตรวจสุขภาพ การไปเที่ยว และ

การไปรับเงินค่าครองชีพผู้สูงอายุ เป็นต้น ลักษณะบริการสำหรับผู้สูงอายุที่พบได้น้อย คือ การได้รับโอกาสทางการศึกษาจากสถานบริการด้านการศึกษาและการได้รับการฝึกอาชีพจากศูนย์พัฒนาด้านอาชีพ

7.4 ผู้ให้บริการ ด้านสุขภาพและ ด้านคุณภาพชีวิต

7.4.1 ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่เป็น แพทย์ พยาบาล เป็นผู้ให้บริการในทุกสถานบริการด้านสุขภาพ

7.4.2 ผู้ให้บริการด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ชมรมผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการเป็น กรรมการแพทย์ และพยาบาล (31.3% และ 18.7% ตามลำดับ) สำหรับในศาสนสถาน ผู้ให้บริการเป็นพระ/บาทหลวง/โตะอิหม่าม

7.5 ผลการไปใช้บริการ ด้านสุขภาพและ ด้านคุณภาพชีวิต

7.5.1 ผลการไปใช้บริการด้านสุขภาพและ ด้านคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ที่ไปใช้ที่สถานบริการสุขภาพและ ด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่ผลการไปใช้บริการด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก คือ โรงพยาบาลเอกชนและคลินิก (100%) ร้านขายยา (97.9%) สถานีอนามัย /หน่วยบริการปฐมภูมิ (94%) และโรงพยาบาลของรัฐ (ระดับดีมาก 2.1%, ระดับดี 91.5%)

7.5.2 ผลการไปใช้บริการด้านคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มากที่สุด คือ ศาสนสถาน สวนสาธารณะ/สนามกีฬา และชมรมผู้สูงอายุ น้อยที่สุด คือ สถานีตำรวจ (92.9%)

การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างก่อน กับ หลังผ่าตัด

ผู้วิจัยขอสรุปผลการศึกษาในประเด็นที่สำคัญ 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกก่อนกับหลังผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม มีระดับคุณภาพชีวิต เป็นดังนี้

คุณภาพชีวิต	ก่อนผ่าตัด	หลังผ่าตัด
คุณภาพชีวิตโดยรวม	ปานกลาง	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตรายด้าน		
ด้านสุขภาพกาย	ปานกลาง	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	ปานกลาง	ดี
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	ปานกลาง	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	ปานกลาง	ปานกลาง

สรุปได้ว่า ก่อนผ่าตัด ผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกส่วนใหญ่ มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และ ด้านสิ่งแวดล้อม

หลังผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นในทุก ๆ ด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจมีระดับดีขึ้นอย่างชัดเจน แต่ยังมีเหลืออยู่ 1% ที่ยังคงมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คือ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมที่ด้อยที่สุด โดยคุณภาพชีวิตโดยรวมยังคงอยู่ในระดับปานกลาง และ เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตเป็นรายด้าน พบว่า ด้านจิตใจ มีคุณภาพชีวิตสูงขึ้นมาอยู่ในระดับดี แต่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก ด้านลักษณะประชากร ด้านครอบครัว ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และการบริการด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิต ผลการวิเคราะห์ด้วยการทดสอบไคสแควร์ การทดสอบฟิชเชอร์เอกแซก การทดสอบค่าทีแบบคู่ และ สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ที่ระดับแอลฟา = 0.05 เป็นดังนี้

ปัจจัยที่วิเคราะห์	ผลการวิจัย (ค่า p-value) ตามผลการพิสูจน์สมมติฐาน	
1. ลักษณะประชากรของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก		
1.1 เพศ	p = 0.415	Reject
1.2 อายุ	p = 0.039	Accept
1.3 สถานภาพสมรส	p = 0.169	Reject
1.4 ระดับการศึกษา	p < 0.001	Accept
1.5 อาชีพ	p = 0.157	Reject
1.6 ศาสนา	p = 0.332	Reject
1.7 รายได้	p = 0.001	Accept
2. ปัจจัยด้านครอบครัวของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก		
2.1 ประเภทของครอบครัว	p = 0.610	Reject
2.2 สถานะในครอบครัว	p = 0.365	Reject
2.3 บทบาทในครอบครัว	p > 0.05	Reject
2.4 ฐานะทางเศรษฐกิจ	p = 0.002	Accept

ปัจจัยที่วิเคราะห์	ผลการวิจัย (ค่า p-value) ตามผลการพิสูจน์สมมติฐาน	
3. ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก 3.1 ระดับการมองเห็น 3.2 ระดับความรุนแรงของโรคต่อกระดูก 3.3 ระยะเวลาที่สูญเสียการมองเห็น 3.4 ระยะเวลาในการรักษาโรคต่อกระดูก 3.5 โรคประจำตัว ความผิดปกติหรือความพิการทางร่างกาย	$p = 0.024$ $p = 0.023$ $p = 0.764$ $p = 0.735$ $p = 0.232$ $p = 0.162$	Accept Accept Reject Reject Reject
4. สิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ 4.1 ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัย 4.2 เขตที่อยู่อาศัย 4.3 ปัญหาสภาพที่อยู่อาศัยบริเวณใกล้บ้าน ชุมชน (ระยะเวลาที่สัมผัสกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี)	$p = 0.049$ $p = 0.710$ $p < 0.05$	Accept Reject Accept
5. ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 5.1 กิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐาน 5.2 กิจกรรมประจำวันต่อเนื่อง 5.3 กิจกรรมทางศาสนา	$p < 0.05$ $p < 0.05$ $p < 0.05$	Accept Accept Accept
6. ปัจจัยการบริการ ด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิต 6.1 สถานบริการ ลักษณะบริการ - สวนสาธารณะ/สนามกีฬา 6.2 การเข้าถึงบริการ - โรงพยาบาลของรัฐ - สวนสาธารณะ/สนามกีฬา - ชมรมผู้สูงอายุ 6.3 ผู้ให้บริการ 6.4 ผลการใช้บริการ	$p < 0.001$ $p = 0.003$ $p = 0.001$ $p = 0.001$ $p > 0.05$ $p > 0.05$	Accept Accept Reject Reject

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก คือ:-

- 2.1 ลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และ รายได้
 - 2.2 ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ
 - 2.3 ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่ ระดับการมองเห็น ระดับความรุนแรงของโรคต่อกระดูก
 - 2.4 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัย ระยะเวลาที่สัมผัสกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี
 - 2.5 ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ได้แก่ กิจกรรมประจำวัน ขึ้นพื้นฐาน กิจกรรมประจำวันต่อเนื่องและกิจกรรมทางศาสนา
 - 2.6 ปัจจัยการบริการด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิต ได้แก่ สถานบริการ การเข้าถึงบริการ
3. ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกระหว่างก่อนกับหลังผ่าตัดต่อกระดูก และใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2551

สมมติฐาน	ผลการวิจัย	ผลการพิสูจน์สมมติฐาน
คุณภาพชีวิตโดยรวม เพิ่มขึ้น	$p < 0.001$	Accept
คุณภาพชีวิตรายด้าน		
ด้านสุขภาพกาย เพิ่มขึ้น	$p < 0.001$	Accept
ด้านจิตใจ เพิ่มขึ้น	$p < 0.001$	Accept
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม เพิ่มขึ้น	$p < 0.001$	Accept
ด้านสิ่งแวดล้อม เพิ่มขึ้น	$p < 0.001$	Accept

สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมและเป็นรายด้านของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก หลังผ่าตัด “ดีกว่า” ก่อนผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ก. ข้อเสนอแนะที่ค้นพบจากการวิจัยเพื่อนำไปใช้ประโยชน์

1. จากผลการวิจัยที่พบว่า มีผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกในระยะสุก (Mature cataract) ถึง 16.5% ใช้ระยะเวลาการรักษาตั้งแต่เริ่มแรกจนถึงเข้ารับการผ่าตัดมากกว่า 9 เดือน (24.2%) ซึ่งหมายความว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มารับการผ่าตัดในระยะที่ช้าไป ดังนั้นจึงเสนอแนะต่อ ภาควิชาจักษุวิทยา ฝ่ายการพยาบาล งานการพยาบาลจักษุ โสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลผ่าตัด งานการพยาบาลปฐมภูมิ งานพัฒนาคุณภาพการพยาบาล งานวิจัยและวิชาการ ของโรงพยาบาลศิริราช พิจารณาการทำ FAST- TRACK SURGERY ให้กับ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ให้ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกโดยเร็ว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการที่เป็นต้อกระจกในระยะสุก

2. จากผลการวิจัยที่พบว่า มีผู้สูงอายุ 2 ใน 3 (67.5%) มีโรคเรื้อรัง โรคที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และไขมันในหลอดเลือดสูง (44.2% 19.3% 15.9% และ 8.6% ตามลำดับ) และ มีความจำเป็นอย่างมากต้องไปรับการรักษาพยาบาลถึง 27.5% ซึ่งหมายความว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีปัญหาสุขภาพร่วมด้วย ดังนั้นจึงเสนอแนะต่อฝ่ายการพยาบาล งานการพยาบาลจักษุ โสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลผ่าตัด งานการพยาบาลปฐมภูมิ งานพัฒนาคุณภาพการพยาบาล งานวิจัยและวิชาการ และงานทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลศิริราช ในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มองไม่เห็นหรือสายตาเลือนรางนั้น ไม่ควรเป็นเพียงการบริการเฉพาะทางจักษุเท่านั้น ควรได้รับการดูแลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ร่วมด้วย รวมทั้งมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยสูงอายุให้สามารถยอมรับกับสภาวะการเจ็บป่วยที่มีอยู่ มีแรงจูงใจ มีพลังในการต่อสู้หรือเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ สามารถคงไว้ซึ่งความเป็นบุคคลและสามารถดำเนินชีวิตอย่างผาสุกตามอัตภาพ ในระยะกำเริบของโรค ควรมีการควบคุมอาการของภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังให้เข้าสู่ภาวะสงบโดยเร็ว นอกจากนี้ ควรมีบทบาทในการส่งเสริมการดูแลตนเอง และส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยสูงอายุ ป้องกันความพิการ การเกิดภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งคงสภาพความพิการที่มีอยู่ไม่ให้มีสภาพที่เลวลง และแก้ไขให้กลับเข้าสู่สภาพเดิมมากที่สุด เพื่อบรรลุเป้าหมายของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุและครอบครัว

3. จากผลการวิจัยที่พบว่า มีผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งมีสายตาพิการ (66%) อย่างน้อยที่สุด คือ ตามอดขึ้น 1 และ 2 (2.5% และ 0.5% ตามลำดับ) ระยะเวลาที่สูญเสียการมองเห็นด้วยโรคต้อกระจกเฉลี่ย 2.6 ปี รักษาเริ่มแรกที่โรงพยาบาลศิริราช 84 % ใช้ระยะเวลาในการรักษามาแล้ว

เฉลี่ยประมาณ 7 เดือน ดังนั้นจึงเสนอแนะต่อโรงพยาบาลศิริราช ในการพิจารณาการบูรณาการ วางศูนย์บริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (ONE STOP SERVICE) เป็นการให้บริการตั้งแต่แรกได้รับ จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านหรือนอนโรงพยาบาล ณ จุดๆเดียว เพื่ออำนวยความสะดวก ช่วย ลดระยะเวลาในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มองไม่เห็นหรือสายตาเลือนราง และอีกประเด็นหนึ่ง คือ พิจารณาการส่งเสริมความเข้าใจกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ลูกหลานของผู้สูงอายุ บุคลากรทางการแพทย์ ให้ เข้าถึงความรู้สึกของผู้สูงอายุที่กำลังเผชิญกับการสูญเสียการมองเห็นทั้งกลุ่มที่ตาบอดหรือมีสายตา เลือนราง อาทิเช่น มีการแยกตัวออกจากสังคม เกิดความรู้สึกเหงา รู้สึกกลัว วิตกกังวล และมีความ มั่นใจในตนเองในระดับต่ำ มีความรู้สึกไม่ปลอดภัย มีความจำกัดของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ฯลฯ เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุที่มารับบริการเกิดความรู้สึกว่าบุคคลที่อยู่ใกล้ตัวผู้สูงอายุ ลูกหลานของ ผู้สูงอายุ บุคลากรทางการแพทย์ เข้าใจตน โดยไม่แสดงที่ตำหนิเกียจ เบื่อหน่าย รู้จักให้กำลังใจทั้ง ด้วยคำพูดและการกระทำ

4. จากผลการวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์ แก้วตาเทียม ในโรงพยาบาลศิริราชนี้ สามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่มีเศรษฐฐานะดี โดยมีรายได้เป็นรายเดือนมากกว่า 20,000 บาท ถึง 15.0% ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวและข้าราชการบำนาญ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มี เงินเดือนประจำรวมทั้งหลักประกันที่ดีจากรัฐในการรักษาพยาบาล (47.6% และ 33.3% ตามลำดับ)

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้มีรายได้ต่ำ โดยมีรายได้น้อยกว่า 2,000 บาทต่อเดือน ซึ่งมี มากถึง 33.0%

แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างเศรษฐฐานะของกลุ่มผู้มารับบริการ ดังนั้นจึงเสนอแนะต่อหน่วยงานบริการต่างๆของโรงพยาบาลศิริราช เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับส่งเสริม ความเท่าเทียมในการดูแลผู้รับบริการ สามารถตอบสนองความต้องการผู้สูงอายุภายใต้ความแตกต่าง ของปัญหาสภาพความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิต เศรษฐฐานะ และสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันได้อย่าง กลมกลืน

5. จากผลการวิจัยเกี่ยวกับ สถานบริการด้านสุขภาพ พบว่า มีสถานบริการด้าน สุขภาพอยู่ใกล้บ้านที่มากที่สุด คือ ร้านขายยา 64% โรงพยาบาลของรัฐ 48.5% และโรงพยาบาล เอกชน 48.5% ในด้านสถานบริการด้านคุณภาพชีวิตนั้น พบว่า ส่วนใหญ่มี ศาสนสถาน (81%) มี สวนสาธารณะ/สนามกีฬา สถานีดารวจ และชมรมผู้สูงอายุ 45.5% 44% และ 42% ตามลำดับ ส่วน สถานบริการด้านการศึกษาามีเพียง 9% แสดงให้เห็นถึงการมีเครือข่ายของสถานบริการด้านสุขภาพ และภาคีต่างๆในชุมชน ดังนั้นจึงเสนอแนะต่อโรงพยาบาลศิริราช เพื่อพิจารณาพัฒนาการบริการเชิง รุกในการป้องกันและการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกอย่างครบวงจร โดยมุ่งเน้นระบบบริการแบบ

เครือข่ายรวมทั้งภาคีต่าง ๆ ในชุมชนในการดูแลร่วมกัน การเชื่อมโยงเครือข่ายสถานบริการสุขภาพทุกระดับ เพื่อการค้นหา คัดกรอง และการเฝ้าระวัง การบริการระดับทุติยภูมิ เป็นการให้การรักษาคตามสมรรถนะอย่างมีคุณภาพหรือส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการตติยภูมิให้ได้รับการรักษาอย่างทันทั่วถึง ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีการส่งมอบการดูแลและข้อมูลข่าวสารในสถานบริการด้านสุขภาพทุกระดับ อย่างเป็นระบบที่สมบูรณ์

6. จากผลการวิจัยพบว่า มีศาสนสถานตั้งอยู่ใกล้บ้าน 81% และมีผู้สูงอายุได้ไปใช้บริการมากถึง 68.5% จึงเสนอแนะต่อโรงพยาบาลศิริราชและกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพิจารณาในการจัดโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ อาทิเช่น การตรวจสุขภาพตาในผู้สูงอายุ การค้นหาและคัดกรองผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจกนั้น ควรจัดโครงการที่ ศาสนสถาน

7. จากผลการวิจัยพบว่า การมีชมรมผู้สูงอายุตั้งอยู่ใกล้บ้าน 42% แต่ผู้สูงอายุไปใช้บริการเพียง 19% แต่ในศาสนสถานมีผู้สูงอายุได้ไปใช้บริการมากถึง 68.5% จึงเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข และ สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย พิจารณาการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในศาสนสถานเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหมู่บ้านหรือชุมชนที่มีวัดเป็นศูนย์กลาง มีความเหมาะสมที่สุดในการให้วัดเป็นที่ตั้งชมรม ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ต้องจัดขึ้นเพื่อสมาชิกและดำเนินการโดยสมาชิกเอง ทำให้ชมรมผู้สูงอายุมีลักษณะเป็นของผู้สูงอายุ และในการแต่งตั้งประธานชมรม ไม่ควรเป็นเจ้าอาวาส เพื่อไม่ให้ชมรมนั้นเป็นชมรมของวัด ควรเสนอที่ปรึกษาชมรม มีการปรับเปลี่ยนประธานตามข้อตกลงของผู้สูงอายุเอง และมีระเบียบข้อบังคับแต่ไม่ควรเคร่งครัดมาก ที่เน้นมาก คือ ระเบียบทางการเงินควรทำให้โปร่งใส และเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการ ว่า ควรมีหน่วยงานทางราชการ เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาล โรงเรียน คอยให้ความสนับสนุนในทุก ๆ ด้าน และควรเป็นชมรมที่ต้องให้ความสำคัญในประเด็นของการเป็นแหล่งในการค้นหา และคัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพอนามัย ที่มีความสำคัญของพื้นที่และประเทศชาติ

8. จากผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตก่อนผ่าตัดที่ไม่ดีประการหนึ่ง คือ ความไม่พึงพอใจเลยและพอใจเล็กน้อยต่อการนอนหลับ (12.5% และ 16.5%) จึงเสนอแนะต่อโรงพยาบาลศิริราชกระทรวงสาธารณสุข แพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการนอนหลับที่ดีก่อนการผ่าตัด โดยใช้วิธีการต่าง ๆ ในการจัดการนอนหลับ อาทิเช่น การส่งเสริมการนอนหลับที่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง เช่น การนวด การถ่ายปัสสาวะก่อนนอน การทำสมาธิ การสวดมนต์ การดูแลสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการนอนหลับ ซึ่งอาจจะใช้วิธีการเดียวหรือหลายวิธีรวมกันก็ได้

9. จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีสถานะเป็นหัวหน้าครอบครัว 52% เป็นครอบครัวเดี่ยว 70% ช่วยเหลือบุตรหลานในการดูแลบ้านและทำงานบ้าน 56.6% และ 28.5% ตามลำดับ จึง

เสนอแนะต่อฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลทั้งหลาย และกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพิจารณาการส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในผู้สูงอายุ การสร้างความรู้สึกลึกซึ้งในการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าต่อครอบครัวด้วยวิธีการที่เหมาะสม การยอมรับในบทบาทของผู้สูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทยในรูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว โดยการมองถึงปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม อันได้แก่ ความกตัญญูต่เวทีที่เกี่ยวกับการดูแลบิดามารดาที่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของสังคมและวัฒนธรรมไทย สำหรับบทบาทด้านการดูแลให้การพยาบาลนั้นจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือสนับสนุนลูกหลานหรือบุคคลของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ จำแนกลักษณะการดูแลได้เป็น 3 ด้าน คือ การดูแลทางกาย (Physical Caregiving) การดูแลทางจิตใจ (Psychological caregiving) และการดูแลด้านสิ่งยึดเหนี่ยวความเชื่อทางจิตใจ (Spiritual Caregiving) จะเห็นได้ว่าความกตัญญูต่เวทีเป็นสิ่งที่จำเป็นในสังคมไทยที่บุตรหรือลูกหลานพึงกระทำต่อบิดามารดา ซึ่งถือเป็นการใช้คุณค่าของลักษณะเฉพาะสังคมไทย เกี่ยวกับ เรื่องความกตัญญูต่เวที อันเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและก่อให้เกิดความประสานกลมกลืนของสังคมครอบครัวไทย

ข. ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยต่อไป

1. การทำวิจัยในเรื่องเดิม เสนอให้ทำวิจัยเกี่ยวกับประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้
 - 1.1 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกในระยะยาว คุณภาพชีวิตจะดีต่อไปอย่างยั่งยืนหรือไม่ เพียงใด
 - 1.2 การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยเจาะลึกในบางประเด็น เช่น ปัญหาผู้สูงอายุในชุมชนและเขตเมือง ความต้องการของผู้สูงอายุ การเตรียมตัวก่อนการเข้าสู่วัยชรา เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตให้มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับสถานะของแต่ละกลุ่มผู้สูงอายุนั้น เป็นอย่างไร
 - 1.3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้นั้น เป็นอย่างไร
 - 1.4 ควรศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางตาอื่น ๆ และ โรคอื่น ๆ
 - 1.5 การศึกษาเพื่อหาสาเหตุ ตรวจสอบหรือยืนยันผลการวิจัยต่อไปนี้
 - 1.5.1 ระดับสายตาสั้นที่ผิดปกติที่สุดของตาซ้ายและตาด้านนั้น ใกล้เคียงกันหรือไม่ เพราะเหตุใด
 - 1.5.2 ความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสายตาสั้นและตาบอดจากโรคต่อกระดูก ระหว่างตาขวาหรือตาซ้าย ต่างกันหรือไม่

1.5.3 ผลการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม เป็นอย่างไร ระหว่างตาซ้ายกับตาขวาใกล้เคียงกันหรือไม่ เพราะเหตุใด

1.6 การศึกษาเพื่อหารูปแบบการรักษาผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกที่สมบูรณ์สามารถนำไปเป็นรูปแบบตัวอย่าง (Role Model) ให้กับนักเรียนแพทย์ และ นักเรียนพยาบาล เพื่อนำไปประยุกต์ การต่อยอด และการนำไปขยายผล ในอนาคต หลังจากจบการศึกษาแล้ว ตามบทบาทของโรงเรียนแพทย์ และ โรงเรียนพยาบาล

2. การทำวิจัยในเรื่องใหม่ เสนอให้ทำวิจัยเกี่ยวกับประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

2.1 การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคทางต่างๆ ที่จะมีการวิจัยที่สามารถนำไปใช้ในการบริหาร พัฒนา และ แก้ปัญหาการดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านั้น ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2.2 การทำวิจัยเพื่อพัฒนางานประจำ เพื่อเพิ่มคุณภาพ และ ประสิทธิภาพ ของการดำเนินงานประจำทั้งหลาย ให้ดียิ่งขึ้น ตลอดเวลา และตลอดไป

2.3 การศึกษาเพื่อหารูปแบบการรักษาผู้ป่วยด้วยโรคทางต่าง ๆ ที่สมบูรณ์สามารถนำไปเป็นรูปแบบตัวอย่าง (Role Model) ให้กับนักเรียนแพทย์และนักเรียนพยาบาล เพื่อนำไปประยุกต์ การต่อยอดและการนำไปขยายผล ในอนาคตหลังจากจบการศึกษาแล้ว ตามบทบาทหน้าที่ของโรงเรียนแพทย์และโรงเรียนพยาบาล

และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพจากภาวะสาวยตาเลือนรางและตาบอด ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และก่อให้เกิดปัญหาตามมาอีกในหลาย ๆ ด้าน

คุณภาพชีวิตที่ดี เป็นเรื่องสำคัญ เป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการ และส่งผลไปสู่ครอบครัว ชุมชน สังคม รวมทั้งประเทศชาติ (จุฑามาศ สรวิสูตร และหิรัญ ลิ้มสุวรรณ, 2528) คุณภาพชีวิตที่ดีในระดับตนเองและครอบครัว คือ การมีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ สุขภาพอนามัยดี ไม่เจ็บป่วย ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายส่วนตน สามารถประกอบอาชีพการงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ดี ครอบครัวอบอุ่น ไม่มีปัญหาครอบครัว ส่งผลดีต่อระดับและประเทศชาติ คือ เมื่อประชากรในสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดี ย่อมทำให้คุณภาพชีวิตของชนในสังคมและประเทศดีขึ้นด้วย ดังนั้น คุณภาพชีวิตที่ดี จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนา

การรักษาโรคต้อกระจกในปัจจุบัน สามารถรักษาให้หายได้โดยการผ่าตัดเท่านั้น ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยการใช้ยา โดยการผ่าตัด คือ การเอาเลนส์ของตาที่ขุ่นออก และใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าแทนที่ เป็นการผ่าตัดที่ได้ผลดีถึง ร้อยละ 99.4 ซึ่งจะช่วยให้กลับมามองเห็นชัดเจนเป็นปกติ (วัฒนีย์ เย็นจิตร, 2548: 1) ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเอง ในกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดี และยังมีส่วนในการลดภาระในการดูแล หรือความเป็นห่วงจากบุคคลอื่นของครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุข (Allen Foster, 2000)

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เป็นโรงเรียนแพทย์ที่เป็นที่ยอมรับของสังคม ในฐานะเป็นสถาบันที่เชี่ยวชาญในด้านการแพทย์และการดูแลรักษาโรคเฉพาะทาง (ประเวศ วะสี, 2546: 3) มีความสามารถให้บริการรักษาพยาบาลในโรคยาก ๆ โรงพยาบาลศิริราช เป็นโรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย ในส่วนของภาควิชาจักษุวิทยา มีคณาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านจักษุเป็นอย่างดี ประกอบกับการผ่าตัดต้อกระจกเป็นหัตถการที่ทำมากที่สุด ในภาควิชาจักษุวิทยา คือ ประมาณ 3,500 รายต่อปี ดังนั้น จึงมีความเหมาะสมในการที่จะบูรณาการความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก โดยใช้ “คุณภาพชีวิต” เป็นเป้าหมายสำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นต้อกระจก และเน้นการดูแลแบบองค์รวมเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระหว่างก่อน กับ หลังผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ซึ่งได้พัฒนาการวัดไปยังสิ่งที่ฝังแน่นอยู่วิถีชีวิตของบุคคลกับสภาวะทางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อม โดยจะเน้นไปที่การรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบ โดยมีได้คาดหวังที่จะเป็นวิธีการวัดรายละเอียดเกี่ยวกับอาการของโรค หรือสภาพ

ต่าง ๆ แต่ถือเป็นแบบวัดที่ใช้ในการประเมินผลวิธีการรักษาแบบองค์รวมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540) ซึ่งเป็นมิติที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับลักษณะสังคมไทยมากที่สุด ผู้วิจัยมั่นใจว่าการวิจัยครั้งนี้ จะได้รับความรู้ที่สามารถสะท้อนให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าใจสภาพความเป็นอยู่และภาพรวมของผู้ป่วยสูงอายุไทยที่เป็นต่อกระดูกได้อย่างครบถ้วนทุกมิติ ครอบคลุม ปัจจัยต่างๆ เกี่ยวกับลักษณะประชากร ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และปัจจัยการบริการ ด้านสุขภาพและ ด้านคุณภาพชีวิต ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลของพยาบาลด้านจักษุวิทยา เพื่อพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดระยะเวลาของการรักษา รวมทั้งทำให้การทำผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมเป็นการลงทุนที่คุ้มค่ายิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมที่ โรงพยาบาลศิริราช ในสิ่งต่อไปนี้
 - 1.1 คุณภาพชีวิต
 - 1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ในด้าน:-
 - 1.2.1 ลักษณะประชากร
 - 1.2.2 ปัจจัยด้านครอบครัว
 - 1.2.3 ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย
 - 1.2.4 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม
 - 1.2.5 ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน
 - 1.2.6 ปัจจัยการบริการ ด้านสุขภาพและ ด้านคุณภาพชีวิต
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก ระหว่างก่อนกับหลังการผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ดีกว่า ก่อนผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม
2. ลักษณะประชากรของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก มีผลต่อคุณภาพชีวิต
3. ปัจจัยด้านครอบครัวของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก มีผลต่อคุณภาพชีวิต
4. ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก มีผลต่อคุณภาพชีวิต
5. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก มีผลต่อคุณภาพชีวิต
6. ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก มีผลต่อคุณภาพชีวิต
7. ปัจจัยด้านการบริการ ด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกมีผลต่อคุณภาพชีวิต

ทบทวนวรรณกรรม

คุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุข และความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม เป็นการประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วินัย ค่านิยมและเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยได้นำแนวคิดนี้ไปใช้ ได้แก่ อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์ (2546), พัทณี นัครา (2542); สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และวนิดา พุ่มไพศาลชัย (2543)

ระดับการมองเห็น

ระดับการมองเห็น หมายถึง ความสามารถในการมองเห็นได้คมชัด ทั้งมองไกลและมองใกล้ โดยการประเมินที่เรียกว่า การวัดสายตา (Visual acuity testing) ด้วยแผ่นตรวจของสเนลเลน (Snellen chart) (ธนารักษ์ สุวรรณประพิศ, 2535: 14) แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ

1.1 ระดับการมองเห็นปกติ หมายถึง สายตามองไกลและมองใกล้ปกติ มีระดับสายตาข้างที่ดีที่สุด 6/6 ถึง 6/18

1.2 ระดับการมองเห็นที่ผิดปกติ หมายถึง สายตามองไกลและมองใกล้ที่ผิดปกติ มีระดับการมองเห็นของสายตาสายที่ด้อยที่สุดของบุคคล ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดให้เป็นมาตรฐานในการแบ่งระดับการมองเห็นที่ผิดปกติ (ศักดิ์ชัย วงศ์กิตติรักษ์, ณัฐพล วงษ์คำช้าง และ ภาณุภูมิ คัมภีร์พันธุ์, 2549: 3) แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1.2.1 สายตาเลือนราง ระดับ 1 หมายถึง ระดับสายตาสายที่ด้อยที่สุด เห็นน้อยกว่า 6/18 ถึง 6/60

1.2.2 สายตาเลือนราง ระดับ 2 หมายถึง ระดับสายตาสายที่ด้อยที่สุด เห็นน้อยกว่า 6/60 ถึง 3/60

1.2.3 ตาบอดขั้นที่ 1 หมายถึง ระดับสายตาสายที่ด้อยที่สุด เห็นน้อยกว่า 3/60 ถึง 1/60

1.2.4 ตาบอดขั้นที่ 2 หมายถึง ระดับสายตาสายที่ด้อยที่สุด เห็นน้อยกว่า 1/60 ถึงมองเห็นเพียงแสงสว่าง

การผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม

การผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม หมายถึง การผ่าตัดเพื่อรักษาโรคต้อกระจก มี 3 วิธี (อภิชาติ สิงคาวณิช และญาณี เจียมไชยศรี, 2540: 158, 257) คือ

1. Phacoemulsification with intraocular lens implantation คือ การผ่าตัดโดยใช้อัลตราซาวนด์สลายเนื้อเลนส์และดูดออกโดยเหลือถุงหุ้มเลนส์ไว้ และใส่เลนส์แก้วตาเทียมไว้ในถุงหุ้มเลนส์ส่วนที่เหลือ

2. Extracapsular cataract extraction with intraocular lens implantation คือ การผ่าตัดนำถุงหุ้มเลนส์ทางด้านหน้าออก หลังจากนั้นนำเลนส์ส่วนนิวเคลียสและ Cortex ออกโดยเหลือถุงหุ้มเลนส์ทางด้านหลังและส่วนถุงหุ้มเลนส์ที่มีเอ็นยึดเลนส์เกาะอยู่ไว้ และใส่เลนส์แก้วตาเทียมไว้ในถุงหุ้มเลนส์ส่วนที่เหลือ

3. Intracapsular cataract extraction with intraocular lens implantation คือ การผ่าตัดนำเลนส์ส่วนนิวเคลียส และถุงหุ้มเลนส์ (lens capsule) ออกทั้งหมด และใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าไปในช่องหน้าลูกตาโดยให้ขอยู่ที่บริเวณมุมม่านตา (Iris angle)

เลนส์แก้วตาเทียม หมายถึง สิ่งที่ทำด้วยสารโพลีเมอร์ หรือซิลิโคน หรือโพลีอะครีลิก มีลักษณะคล้ายเลนส์แก้วตาของคนปกติ เพื่อนำเข้าไปแทนที่เลนส์แก้วตาในถุงหุ้มเลนส์ที่เหลือช่องหลังม่านตาของผู้ป่วย (วนิษา ชื่นทองแก้ว และอภิชาติ สิงคาวณิช, 2550: 242)

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงอรรถาธิบาย กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุ 200 คน ที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมครั้งแรก ที่หน่วยผ่าตัดจักษุ โรงพยาบาลศิริราช โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด มีระดับการมองเห็นของสายตาสายข้างที่ทำผ่าตัด ซึ่งวัดโดย Snellen chart เห็นได้ดีไม่น้อยกว่า 6/12 (ไม่ใส่แว่นตา) และ ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือนพฤษภาคม - กันยายน 2551

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษานี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 7 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านครอบครัว ประกอบด้วย ประเภทของครอบครัว สถานะในครอบครัว บทบาทในครอบครัว รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และฐานะทางเศรษฐกิจ ของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านสุขภาพร่างกายและที่อยู่อาศัย ได้แก่ ระดับการมองเห็น ระดับความรุนแรงของโรคต่อกระจก ระยะเวลาที่สูญเสียการมองเห็น ระยะเวลาในการรักษาโรคต่อกระจก โรคประจำตัว ความผิดปกติหรือความพิการทางร่างกาย ประเภทบ้านที่อยู่อาศัย เขตที่อยู่อาศัย ปัญหาสภาพที่อยู่อาศัยบริเวณใกล้บ้านและชุมชน ของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย กิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐาน กิจกรรมประจำวันต่อเนื่อง และ กิจกรรมทางศาสนา

ส่วนที่ 5 ข้อมูลการใช้บริการด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิต ได้แก่ สถานบริการ ลักษณะบริการ การเข้าถึงบริการ และ ผู้ให้บริการ

ส่วนที่ 6, 7 ข้อมูลคุณภาพชีวิต โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ในส่วนที่ 6 เป็นการสัมภาษณ์ช่วงก่อนผ่าตัดต่อกระจก และ ส่วนที่ 7 เป็นการสัมภาษณ์ในช่วง 1 เดือน ภายหลังผ่าตัดต่อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม โดยเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life: BREF THAI) จำนวน 26 ข้อ

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามจากตำรา ทฤษฎี เอกสาร งานวิจัย และขอคำแนะนำจากอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ จากนั้นนำแนวคำถามที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา มีการปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำแนวคำถามที่

ปรับปรุงแก้ไขให้อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่ง แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก ซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษจำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ การทดสอบฟิชเชอร์ เอกแซก การทดสอบค่าทีแบบคู่ และ การทดสอบสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 71 ปี ส่วนใหญ่ เป็นหญิง; สถานภาพสมรสคู่; นับถือศาสนาพุทธ; สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือไม่มีการศึกษาเลย; มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้; เป็นหม้ายร้อยละ 30; ยังคงทำงานอยู่ร้อยละ 47; เป็นข้าราชการบำนาญร้อยละ 41.5; มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 3,000 บาท; รายได้น้อยกว่าเดือนละ 2,000 บาท ร้อยละ 33; และมากกว่าเดือนละ 20,000 บาทร้อยละ 15; อาศัยแหล่งรายได้จากบุตรหลานและญาติพี่น้องให้มากที่สุด ระยะเวลาที่สูญเสียการมองเห็นเฉลี่ย 2.6 ปี; รักษาเริ่มแรกที่โรงพยาบาลศิริราชร้อยละ 84; ใช้ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มแรกจนถึงเข้ารับการผ่าตัดเฉลี่ย 7 เดือน; ลักษณะครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว ช่วยเหลือบุตรหลานในการดูแลบ้านและทำงานบ้าน 56.6% และ 28.5% ตามลำดับ; รายได้เฉลี่ยในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุเดือนละ 15,000 บาท โดยมีรายได้สูงสุด 200,000 บาทต่อเดือน และต่ำที่สุด 500 บาทต่อเดือน; ฐานะทางเศรษฐกิจในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 46% มีรายได้พอ ๆ กันกับรายจ่าย

กลุ่มตัวอย่าง 66% มีสายตาเลือนรางระดับ 1 มีตาบอดขั้น 1 และ 2 ร้อยละ 2.5 และ 0.5 ตามลำดับ; 81% เป็นต่อกระดูกในระยะเริ่มขึ้น รองลงมาเป็นระยะสุก 16.5% มีโรคเรื้อรัง 67.5% โรคที่พบมาก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และไขมันในหลอดเลือดสูง และ 7% มีปัญหาความพิการทางร่างกาย

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่า ไม่สามารถลุกจากที่นอนทั้งกลางวันและกลางคืน ได้อย่างปกติ ไม่สามารถเข้าห้องน้ำอย่างเป็นปกติทั้งกลางวันและกลางคืน กิจวัตรที่ช่วยเหลือตนเองได้ลำบากมากที่สุด คือ การเคลื่อนไหวหรือเดินภายในบ้าน ไม่สามารถใช้พาหนะและการเดินทางได้ และ ไม่สามารถไปทำบุญที่วัด/ มัสยิด/โบสถ์ และไปร่วมงานบวช งานแต่งงาน งานศพ หรือเที่ยวงานในเทศกาลต่าง ๆ ได้

ส่วนใหญ่มีเขตที่อยู่อาศัยในเขตเมือง ที่พักอาศัยเป็นลักษณะบ้านเดี่ยว รองลงมาเป็นห้องแถวหรือเรือนแถวหรือตึกแถว ปัญหาสภาพที่อยู่อาศัยบริเวณใกล้บ้าน ที่รบกวนมากที่สุดคือ ฝุ่นละอองหรือเขม่าควัน และ เสียงรบกวนหรือเสียงดัง

สถานบริการด้านสุขภาพใกล้บ้าน ที่มากที่สุดคือ ร้านขายยา รองลงไปคือ รพ.ของรัฐ และรพ.เอกชน การเข้าถึง ไปใช้บริการมากที่สุดคือ โรงพยาบาลของรัฐ ส่วนใหญ่ไปใช้บริการด้านการรักษาพยาบาล การไปใช้บริการเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพยังมีน้อย

สถานบริการด้านคุณภาพชีวิตใกล้บ้านส่วนใหญ่คือ ศาสนสถาน รองลงไปคือ สวนสาธารณะ/สนามกีฬา สถานีตำรวจ และ ชมรมผู้สูงอายุ ส่วนสถานบริการด้านการศึกษามีเพียง 9% ส่วนใหญ่ไปใช้ศาสนสถานมากที่สุด

คุณภาพชีวิตก่อนผ่าตัด

กลุ่มตัวอย่าง มีคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลางก่อนไปทางดี เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และ ด้านสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก ($p < 0.05$)

ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการมองเห็น ระดับความรุนแรงของโรคต่อกระดูก ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัย และการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ได้แก่ กิจกรรมประจำวันขึ้นพื้นฐาน กิจกรรมประจำวันต่อเนื่อง และ กิจกรรมทางศาสนา

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหลังผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม

พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นในทุก ๆ ด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจมีระดับดีขึ้นอย่างชัดเจน แต่คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมดีขึ้นน้อยที่สุด คุณภาพชีวิตโดยรวมยังคงอยู่ในระดับปานกลาง และ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ สูงขึ้นมาอยู่ในระดับดี แต่ ด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง

อภิปรายผลการวิจัย

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจกก่อนผ่าตัด

พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับก่อนไปทางดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจาก ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ ทำให้มีความรู้สึกอบอุ่น จากผู้ที่เป็นสามีหรือภรรยา ในการเป็นที่ปรึกษา ให้ความช่วยเหลือ ดูแล ปลอดภัย ให้กำลังใจ ช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้น ทำให้มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต มีความมั่นคงทางอารมณ์ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (ทองคุณ ยุบัวภา, 2551) สอดคล้องกับ อเนก สุภรินทร์และ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล (2548: 86); อุดิและณัฐนิช จันทจิราภิวัตน์ (2550); มารศรี นุชแสงพลี (2532: 82); สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534: 33); จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535: 83) ที่พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ 41.5% เป็นข้าราชการบำนาญ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีหลักประกันที่ดีจากรัฐ ในการรักษาพยาบาล (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549: 143) รวมทั้งมีสภาพทางเศรษฐกิจดี คือ มีรายได้ เป็นรายเดือนมากกว่า 20,000 บาท เนื่องจากเป็นอาชีพที่มีเกียรติ มีความมั่นคง มีความภาคภูมิใจ ภายหลังเกษียณอายุราชการ มีเงินบำนาญและมีหลักประกันสุขภาพที่ดี (ทัศนีย์ รวีวรกุล บรรณาธิการ, 2552) ซึ่งมีส่วนช่วยผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นอย่างมาก (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549: 46, 146) ประกอบกับมีสถานะเป็นหัวหน้าครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจใน ความมีคุณค่าของตนเอง เนื่องจากการเป็นหัวหน้าครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับ และ ได้รับความเคารพยกย่อง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551: 14) สอดคล้องกับกับ ทัศนีย์ เกริกกุลธร (2536) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการยกย่อง จะมองเห็นคุณค่าของตน จะมีการปรับตัวได้ดี ส่งผลให้ ผู้สูงอายุมีความสุข ความพึงพอใจในตนเอง สอดคล้องกับ ศรีเมือง พลังฤทธิ์, พิรท แวน เกรียนเวน และ เกื้อ วงศ์บุญสิน (2549: 171) ที่พบว่า การมีบทบาทในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ นอกจากนั้น ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ ทำให้สามารถ แสวงหา ความรู้ และวิธีการที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526: 182 อ้างถึงในมาลัย ตำราญจิตต์, 2540: 41) สอดคล้องกับสัจจ ชวรางกูร (2538) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมี ความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา และความสามารถในการอ่านเขียน

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อ กระฉก

1. ฐานะทางเศรษฐกิจ เนื่องจาก การมีรายได้สูง จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น การจัดหาอาหารที่มีคุณค่า รวมทั้งการใช้บริการทางสุขภาพอย่างเหมาะสม (ไพรินทร์ กันทะนะ, 2543 อ้างถึงในศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549: 40)
2. ความพิการทางการมองเห็น ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการประกอบอาชีพ เศรษฐกิจ ฐานะ สุขภาพจิตใจ และลักษณะทางสังคม ก่อให้เกิดปัญหาตามมาอีกในหลาย ๆ ด้าน ทั้งการจำกัดในบทบาท หน้าที่ ที่เคยทำได้ รวมทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้รู้สึกลดคุณค่า และยังส่งผลกระทบต่อความสามารถที่ลดลงในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร หรือการสื่อสารกับผู้อื่น (ภารดี นานาสิลปี 2543: 52) ทำให้การดำรงชีวิตผิดปกติ และการดูแลสุขภาพตนเองไม่ดีเท่าที่ควร (ศักดิ์ชัย วงศ์กิตติรักษ์ และคณะ, 2549: 4)
3. สิ่งแวดล้อม มีความสำคัญต่อสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย สังคม และจิตใจ มีผลกระทบต่อพฤติกรรมและชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคล ที่อยู่อาศัยใช้เป็นที่พักผ่อน ร้อนจัด ความหนาวจัด ป้องกันพายุ หรืออันตรายจากสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ช่วยปกป้องผู้สูงอายุให้ปลอดภัยจากสิ่งคุกคามทางสุขภาพ ช่วยเพิ่มสมรรถนะและพัฒนาการพึ่งตนเองได้ ช่วยต่อการปรับตัวในการดำเนินชีวิต (สุภาวดี พุฒิน้อยและคณะ, 2547: 119-127)
4. การศึกษา เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาการเรียนรู้ ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสติปัญญา ใฝ่รู้และมีเหตุผล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับการเจ็บป่วย จะพยายามแสวงหาความรู้ หรือรับฟังคำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพ การศึกษาจึงช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคของตนได้ดีขึ้น
5. อายุ เป็นปัจจัยที่มีผลกับคุณภาพชีวิต เนื่องจาก อายุ มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต และความสามารถในการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับ อเนก สุภิรินันท์ และสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล (2548: 86)

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างก่อน กับ หลังผ่าตัดต่อกระฉก

พบว่า คุณภาพชีวิตหลังผ่าตัด ดีกว่า ก่อนผ่าตัด เนื่องจากการรักษาโดยการผ่าตัดต่อกระฉกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม ทำให้กลับมามองเห็นชัดเจนเป็นปกติ (วัฒน์ ยืนจิตร, 2548: 1) แม้จะเป็นเพียงข้างเดียว ก็ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดี สามารถหากิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้คลายเหงาได้มาก เช่น การอ่านหนังสือ ดูทีวี วิดีโอ วาดรูป เป็นต้น (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2545: 559) ช่วยให้มีความปลอดภัยยิ่งขึ้น และยังมีส่วนในการลดภาระในการ

ดูแล หรือความเป็นห่วงจากบุคคลอื่นของครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุข (การดี นานาศิลป์ 2543)

คุณภาพชีวิตที่ยังดีขึ้นน้อย คือ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม เช่นเดียวกับก่อนเข้ารับการผ่าตัดได้แก่ การไม่ได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนๆ และทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากสภาพร่างกายที่ไม่เอื้ออำนวย จึงจำเป็นต้องแยกตัวออกจากสังคม (บุญศรี นุเกตุ, ปาลีรัตน์ พรทวีกันทา และคณะ, 2545: 16-17, 167-174)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรพิจารณาผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกในระยะสูง แล้วทำ FAST-TRACK SURGERY ให้ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกโดยเร็ว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน
2. ควรส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยสูงอายุ ให้สามารถยอมรับกับสภาวะการเจ็บป่วยที่มีอยู่ ให้แรงใจ ให้มีพลังในการต่อสู้หรือเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเข้มแข็งและมีความสุข
3. ควรพิจารณาการบูรณาการศูนย์บริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (ONE STOP SERVICE) เป็นการให้บริการตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน หรือเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล
4. ควรพัฒนาการส่งเสริมความเข้าใจกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งลูกหลาน และบุคลากรทางการแพทย์ ให้เข้าถึงความรู้สึกของผู้สูงอายุที่กำลังเผชิญกับการสูญเสียการมองเห็น ให้ท่านเกิดความรู้สึกว่าบุคคลที่อยู่ใกล้ตัว ลูกหลาน และบุคลากรทางการแพทย์ เข้าใจตน โดยไม่แสดงที่ทำร้ายคาถาหรือรังเกียจ ทั้งคำพูด และ การกระทำ
5. ควรพิจารณาเกี่ยวกับการส่งเสริมความเท่าเทียมในการดูแลผู้รับบริการ ให้สามารถตอบสนองความต้องการผู้สูงอายุภายใต้ความแตกต่างของปัญหาสภาพความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิต เศรษฐฐานะและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันได้อย่างกลมกลืน
6. ควรพัฒนาการบริการเชิงรุกในการป้องกันและการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกอย่างครบวงจร โดยมุ่งเน้นระบบบริการแบบเครือข่าย รวมทั้งภาคีต่างๆ ในชุมชนในการดูแลร่วมกัน และการเชื่อมโยงเครือข่ายสถานบริการสุขภาพในทุก ๆ ระดับ อย่างมีประสิทธิภาพ
7. ควรพิจารณาในการจัดโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ อาทิเช่น การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ การค้นหา และคัดกรองผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่าง ๆ นั้น ที่ศาสนสถาน และควรพิจารณาจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในศาสนสถานเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหมู่บ้านหรือชุมชนที่มีวัดเป็นศูนย์กลาง

8. ควรพิจารณาการส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในผู้สูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทย ในรูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมในครอบครัว

ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป

1. การทำวิจัยในเรื่องเดิม เสนอให้ทำวิจัยเกี่ยวกับ:-

1.1 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกในระยะยาว คุณภาพชีวิตจะดีต่อไปอย่างยั่งยืนหรือไม่ เพียงใด

1.2 การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยเฉพาะลึกในบางประเด็น เช่น ปัญหาผู้สูงอายุในชุมชนและเขตเมือง ความต้องการของผู้สูงอายุ การเตรียมตัวก่อนการเข้าสู่วัยชรา เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตให้มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับสถานะของแต่ละกลุ่มผู้สูงอายุนั้นเป็นอย่างไร

1.3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้นั้นเป็นอย่างไร

1.4 การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางตาอื่น ๆ และโรคอื่น ๆ

1.5 การศึกษาเพื่อหารูปแบบการรักษาผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกที่สมบูรณ์ สามารถนำไปเป็นรูปแบบตัวอย่าง (Role Model) ให้กับนักเรียนแพทย์ และ นักเรียนพยาบาล เพื่อการนำไปประยุกต์การต่อยอดและการนำไปขยายผลในอนาคต หลังจากจบการศึกษาแล้ว

2. การทำวิจัยในเรื่องใหม่ เสนอให้ทำวิจัยเกี่ยวกับ:-

2.1 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคทางต่าง ๆ ที่จะมีผลการวิจัยที่สามารถนำไปใช้ในการบริหาร พัฒนา และ แก้ปัญหา การดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านั้น ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2.2 การทำวิจัยเพื่อพัฒนางานประจำ เพื่อเพิ่มคุณภาพ และประสิทธิภาพ ของการดำเนินงานประจำทั้งหลาย ให้ดียิ่ง ๆ ขึ้น ตลอดเวลาและตลอดไป

2.3 การศึกษาเพื่อหารูปแบบการรักษาผู้ป่วยด้วยโรคทางต่าง ๆ ที่สมบูรณ์ สามารถนำไปเป็นรูปแบบตัวอย่าง (Role Model) ให้กับนักเรียนแพทย์และนักเรียนพยาบาล ตามบทบาทหน้าที่ของโรงเรียนแพทย์และโรงเรียนพยาบาล

THE QUALITY OF LIFE OF ELDERLY CATARACT PATIENTS BEFORE AND AFTER INTRAOCULAR LENS IMPLANTATION SURGERY AT SIRIRAJ HOSPITAL, THAILAND, 2008.

TIDAWUN CHAIMANEE 4737680 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH ADMINISTRATION

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SOMCHART TORUGSA M.D., Thai Board of Preventive Medicine, SUCHADA KAMPANARTSANYAKORN M.D., Thai Board of Ophthalmology, PEERA KRUGKRUNJIT M.Sc.(Bios.)

EXTENDED SUMMARY

Rationale and Background of the Research

Cataract is an anatomical change that occurs when one gets older. This condition can be found in 96% of elderly people (Apichart Singkalavanich, 1996: 154). Cataract patients have blurred vision but no pain. Their eyesight becomes more and more blurry in bright places and they may also have diplopia vision. Some patients may even develop myopia due to their cataract. If a cataract condition becomes more critical, the patient may have blurred vision in both bright and opaque places until he notices some light only (Boonsri Nuket et al., 2002: 145). If a cataract is not treated, complications such as permanent blindness may occur (Amporn Jongsaree and Boonpen Jongsareejit, 2005: 11).

There are psychological effects of cataracts as well: for example patients with poor vision may face problems in their careers (Sakchai Wongkittirak, Nuttapon Wongkhamchang, Pakpoom Khampeepan, 2006: 4). They may feel that they are worthless as they have a lower capacity to perceive information and communicate with others (Paradee Nanasilp, 2000: 52). If elderly people lose their vision, they can no

longer perform the tasks that are necessary to survive day to day, and their ability to take care of their own health is impaired (Sakchai Wongkittirak et al., 2006: 4). These situations also have an impact on the patient's family as it must arrange for someone to take care of them. The caregiver may be a family member or another person, but, in either case, this care requires time and resources. One important matter concerning vision problems is that elderly people may face a risk of complications caused by their congenital disease, and they have more risks in general due to blurred vision and blindness. These problems affect their quality of life, causing other subsequent problems.

A good quality of life is essential for everyone. Each individual's quality of life also affects their family, community, society and country (Chuthamas Soravisut and Hiran Limsuwan, 1985). Financial health is also important. If a person can earn enough money to also save and have a good, stable family, this will have a positive effect on the whole society and nation. A good quality of life includes the idea of having a strong physical body, good health and no major illnesses. Thus, because cataract can be seen as a major illness, it is something which affects the quality of life of not only the individual, but the entire nation as well.

At present, cataracts can be treated by medical surgery only, not by drugs. In cataract surgery, doctors remove the opaque lens and replace it with an intraocular lens. This surgery has been successful at a rate of 99.4%; as a result, most cataract patients' normal vision returns (Wattanee Yenjit, 2005: 1), and most elderly patients are able to perform various activities by themselves in a safe fashion, thereby reducing the burden of care that was placed on their family members and alleviating the family members' anxiety.

Siriraj is the largest medical school hospital in Thailand. It belongs to the Faculty of Medicine at Siriraj, Mahidol University. The Department of Ophthalmology is comprised of specialized medical teachers as well as surgeons. Cataract surgery is the medical procedure which is the most frequently done: i.e. circa 3,500 cases a year are performed. For this reason, it is important to integrate Siriraj's knowledge regarding the care of cataract elderly patients. We should target patients' "quality of life" in order to promote family and community participation in regarding their care. Holistic and more traditional medical care could be combined for the patient's benefit.

This project's primary interest is to study the factors which affected the quality of life of elderly cataract patients before and after their intraocular lens implantation surgery. It also seeks to make comparisons concerning the quality of lives before and after surgery. Comparative research was done by using the Thai brief version Evaluation Form developed by The World Health Organization. This evaluation form was developed to measure the cultural, social and environmental conditions inherent within people's lives. This form focuses on respondents' perceptions concerning their own quality of life. It does not measure other details about the disease conditions etc., but it is an evaluation form that can measure integrated medical treatment (holistic and traditional) and how it affects patients' quality of life (Suwat Mahattanikul et al., 1997). This form also measures factors which are well suited to and relevant to the nature of Thai society.

The researcher sincerely hopes that this research can offer some knowledge to those people who wish to understand the overall living conditions of Thai cataract elderly patients. The research attempts to cover many different dimensions such as - factors relating to demography, family, physical health, environments, activities of daily life, and health and quality of life services. The results from this research could be used as a guideline to improve the quality of nursing care as well as for planning nursing treatment regarding cataract operations or pre and postoperative care. The results here could also make cataract surgery and intraocular lens implantation a more worthwhile investment.

Objectives of the Research

1. To examine the elderly patients receiving intraocular lens implantation surgery at Siriraj Hospital as follows:

1.1 The Quality of life

1.2 Factors affecting the quality of life:

1.2.1 Demography

1.2.2 Family

1.2.3 Physical health

1.2.4 Environment

1.2.5 Activities of daily life

1.2.6 Health and quality of life services

2. To compare the quality of life of elderly cataract patients before and after intraocular lens implantation surgery.

Hypothesis of the Research

1. Quality of life of cataract patients' after intraocular lens implantation surgery was better than before their surgery.
2. The demographic nature of cataract elderly patients affected their quality of life.
3. Family factors affected the patients' quality of life.
4. Physical health factors affected the patients' quality of life.
5. Environmental factors of cataract elderly patients affected their quality of life.
6. Factors related to patients' daily activities affected their quality of life.
7. Health and quality of life services affected patients' quality of life.

Literature Review

Quality of Life

The World Health Organization defines Quality of Life as – living with happiness and satisfaction. Within this definition a number of aspects are considered, such as – physical health, psychological state, relationships with others and environment. Quality of life is a combination of one's perception in the context of the culture and value systems in which one lives and the perception of one's own goals. The researchers who have applied these concepts in their research include Achareeyaporn Supitch (2003); Patchanee Nakra (1999); Suwat Mahattanirankul, Pritas Silpakit and Vanida Poompaisarnchai (2000).

Definition of Visual Acuity

1.1 Visual acuity means the sharpness of the retinal focus at both close and remote distances as measured by visual acuity testing (Snellen's chart) (Thanarak Suwanprapit, 1992: 14). Visual acuity can be divided into 2 levels:

1.2 Visual impairment means abnormal vision at both close and remote distances. The visual impairment of one's best eye as standardized by The World Health Organization could be divided into 4 levels (Sakchai Wongkittirak, Nuttapol Wongkamchang and Pakpoom Kampeepan, 2006: 3):

1.2.1 Level-1 visual impairment means a visual level of one best eye from less than 6/18 to 6/60.

1.2.2 Level-2 visual impairment means a visual level of one best eye from less than 6/60 to 3/60.

1.2.3 Level-1 blindness means a visual level of one best eye from less than 3/60 to 1/60.

1.2.4 Level-2 blindness means a visual level of one best eye from less than 1/60 to only the view of lighting.

Cataract Surgery and Intraocular Lens

Intraocular lens implantation surgery for cataracts is a surgery designed to treat the disease. There are 3 types of cataract surgery (Apichart Singkavanich and Yanee Jiamchaisri, 1997: 158, 257):

1. Phacoemulsification with intraocular lens implantation surgery – This is a surgical procedure as follows - a cataract is removed by emulsifying the lens ultrasonically; the nucleus and the cortical material of the natural lens is then removed; then the intraocular lens is implanted within the remaining lens capsule.

2. Extra-capsular cataract extraction with intraocular lens implantation surgery – This consists of an incision to open the front of the lens capsule; the nucleus and cortex of the lens is then removed, leaving the back of the capsule in place; finally an intraocular lens is then implanted within the remaining lens capsule.

3. Intra-capsular cataract extraction with intraocular lens implantation surgery – In this surgery, the nucleus and the surrounding capsule of the

lens are removed in one piece; then the intraocular lens is inserted in either the anterior chamber or sutured into the sulcus.

Intraocular lens means an object made from polymer materials or silicone or polyacrylic composition. It is similar to a visual lens in normal people. This intraocular lens is inserted to replace the remaining lens capsule at the back of iris (Vanicha Chuenkongkaew and Apichart Singkavanich, 2003: 242).

Methodology

This research was explanatory in nature. The sample group was comprised of 200 elderly people who received intraocular lens implantation surgery for cataracts for the first time at the Eye Surgical Unit of Siriraj Hospital. A good surgical result was defined according to the criteria in Snellen's chart: i.e. a visual acuity of not less than 6/12 (while not wearing of eyeglasses). In addition, certain selected cataract patients regularly received follow up appointments with a doctor. The data was collected by means of questionnaires and interviews which were done from May – September 2008.

The questionnaire was comprised of 7 parts:

Part 1: general information, e.g. gender, age, religion, marriage status, education, occupation, average income of elderly people

Part 2: information about their family, including types of family, status in the family, role in the family, average income of the family, and financial status

Part 3: Information about health and residence, e.g. visual acuity, level of cataract severity, length of visual loss, length of cataract medical treatment, congenital diseases, physical abnormalities or disability, types of residence, residence location, surrounding residence problems, and community

Part 4: Information about daily activities, including basic daily activities, Instrumental daily activities, religious activities

Part 5: Information about health and quality of life services, e.g. service place, service nature, service access, and service provider

Part 6 and 7: Information about their quality of life. For the information in this part, the sample group was interviewed 2 times. The information in Part 6, were

interviewed before their cataract surgery and in Part 7, were after 1 month of their surgery. These 2 parts questionnaire were the World Health Organization Quality of Life Brief Thai Evaluation Form, consisting of 26 questions.

The questionnaire used in this research was constructed by the researcher based on related textbooks, theories, documents, research papers and advice given by the thesis committee. The constructed questionnaire was reviewed by 3 qualified experts for its content validity. The questionnaire was revised as per the experts' comments before being rechecked by the thesis advisor. Then, the revised questionnaire was tested with 30 cataract elderly patients with certain similar characteristics. The data obtained from this testing group was calculated to find out the instrument reliability under Cronbach's Alpha Coefficient. The instrument reliability was 0.88.

The data was analyzed by using the descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact test, Paired t-test, and Pearson's Correlation Coefficient.

Results

The average age of the sample group was 71 years old. Most subjects in the sample group were female, married, Buddhist, had completed at least a primary school education and were literate. Approximately 30% of them were widows and about 47% of them were still working. In addition, circa 41.5% were pension governmental officers. The patients' average income was 3,000 baht per month. About 33% of them earned a monthly income of less than baht 2,000 and 15% earned more than baht 20,000. Most of them relied on the income earned by their descendants and relatives. The average family income was baht 15,000 per month while the highest family income was baht 200,000 per month and the lowest was baht 500. About 46% of them earned the income amount equivalent to their expenses.

The average length of their vision loss was 2.6 years. About 84% started their first medical treatments at Siriraj Hospital. The average length from their first treatment up to the cataract surgery was 7 months. Regarding the composition of their families, most subjects were family heads in single parent families. About 56.6% and

28.6% helped their children take care of household chores and do housework respectively.

About 66% of elderly people had to confront Level-1 visual impairment and about 2.5% and 0.5% of them confronted Level-1 and Level-2 blindness respectively. About 81% of them suffered from cataracts at the clouded lens stage while 16.5% suffered from cataracts at the mature stage. 67.5% of the cataract elderly people also had some chronic diseases. The most frequently diseases found amongst them included - high blood pressure, diabetes, heart disease and high cholesterol. About 7% of them had a physical disability.

Regarding their daily activities, some of them could not conveniently get out of bed either during the day or at night. They could not go to the toilet conveniently either during the day or at night. The activities they struggled done were: moving or walking in the house, driving and traveling, going to make merit at the temple/mosque/church and participating in ordainment ceremonies, wedding ceremonies, funeral ceremonies or visiting fairs.

Most of them lived in city areas. The residences were detached houses and row houses or the row building variety. The most critical environmental problems surrounding their houses were dust or smoke and loud noise.

The nearest health services closed to their houses were drug stores, state hospitals and private hospitals. But, the state hospitals were the most frequency health service unit that they have used. The elderly people went to those for medical treatments, health services and health promotion.

The quality of life service units close to elderly people's houses were religious places, public parks/sport stadiums, police stations and clubs for elderly people. Only 9% of them were educational service facilities, such as schools etc. Most elderly people also participated in religious services.

Quality of Life before Cataract Surgery

Before surgery, the overall quality of life of the sample group was just above average. All of the 4 domains were at a moderate level, including physical health, psychological, social relationship and environment. Psychological domain was

the highest. Only 2.5% had a bad quality of life. The social relationships domain was the lowest.

Factors Affecting the Quality of Life

They were financial status, visual acuity, length of stay in the bad environment, education, and age ($p < 0.05$).

Quality of Life after Cataract Surgery

After surgery, the quality of life was better in every domain ($p < 0.001$); however the social relationships domain was still the lowest. The psychological domain was rising to a good level. But, the other domains were remained at a moderate level.

Discussion

Quality of Life in Elderly Cataract Patients before Cataract Surgery

It was found that the overall quality of life of the sample group was just above average. The highest domain was psychological. The reason was that most of them were married, so they received warmth from their spouse in terms of advice, assistance, care and comfort. These actions tended to lessen their tension and they had more spirit to continue living (Thongkoon Yubuapa, 2008). This result demonstrates that marriage status is positively correlated with one's quality of life and this is in accordance with the research of the following people - Anek Supeeranan and Suwat Mahattanirankul (2005: 86); Ukati and Nutchanch Chanjirakovit (2007); Marasri Nuchsaengplee (1989: 82); Suvimon Panawattanakul (1991: 33); Jarunan Somboonsith (1992: 83).

Approximately 41.5% of the subjects were governmental officer pension who received some good welfare for medical treatments (Sasipat Yodpetch, 2006: 143). They also had a good financial status as their monthly income was higher than baht 20,000. Because the position of retired governmental officer is an honorable and secure occupation, each governmental officer has pride after his retirement, and he has some pension and good health security (Tassanee Rawivorakul, Editor, 2009).

This factor could greatly help elderly patients and other caregivers (Sasipat Yodpetch, 2006: 46, 146). In addition, these elderly patients were family leaders, so they had self-esteem and they were respected and accepted (The National Statistics Office, 2008: 14). This result was consistent with Tassanee Kriekkulthorn, 1993) in that elderly people who received respect and who had self-esteem were able to adjust easily. This resulted in their happiness and self-satisfaction. This was also consistent with Srimuang Palungrit, Frit Van Grienvan and Kuea Wongboonsin (2006: 171) in the taking roles in the family was correlated with the elderly people's quality of life. In addition, elderly patients in this study were literate, so they were able to seek out knowledge as well as understand good methods in terms of health promotion (Prapapen Suwan, 1983: 182 as cited in Malai Samranjitr, 1997: 41). This idea was consistent with the work of Sa-ing Chavarangkul (1995) in the elderly people's quality of life can be correlated with their level of education and literacy.

Factors Affecting the Quality of Life of Elderly Cataract Patients

1. The patients' financial status was quite relevant. A high amount of income allowed certain elderly patients to obtain nutritious food and appropriate health services (Pairin Guntana, 2000 as cited as Sasipat Yodpetch, 2006: 40).

2. Visual disability had an effect on the patients' occupations, financial status, mental health and social interactions and also produced other problems, as their visual disability tended to restrict their daily activities. As a result, cataract elderly patients felt that they were worthless. This event also affected the patients' abilities in receiving the information or communicating with others (Paradee Nanasilp, 2000: 52). Finally, their life was not normal in many ways and their ability to take care of their own health was impeded (Sakchai Wongkittirak et al., 2006: 4).

3. Living environment was important for elderly patients' physical, mental and social health. One's environment usually has an effect on individuals' behavior and living. For example, one's residence protects one from the extreme heat, extreme cold, storms or other dangers caused by the environment. It also protects elderly patients from any health intrusion, increases their potential, and develops their self-reliance until they are able to adjust to the daily living (Supawadee Putnoi et al., 2004: 127).

4. Education was a key factor for learning development. It encouraged individuals to have wisdom, pay attention to knowledge and be reasonable person. For example, if an educated person were to fall ill, they tended to seek knowledge or receive advice from some health personnel: thus, a higher education level tended to help elderly patients to have a better knowledge about their diseases.

5. Age was a factor affecting the patients' quality of life because it correlated with the patients' past experiences and their abilities to confront and overcome difficulties. This idea is consistent with Anek Supeeranan and Suwat Mahattanirankul (2005: 86).

Comparison of the Quality of Life between Pre and Post Operative Cataract Surgery

It was found that the quality of life after the cataract surgery was better than before cataract surgery. The surgery with intraocular lens implantation allowed patients to have normal vision again (Wattanee Yenjit, 2005: 1). Although only one eye might return to normal vision, this allowed elderly patients to do various activities by themselves, or to find out any activities to release their loneliness, e.g. reading, watching television, video, painting, etc. (Siruan Khaewkangwan, 2003: 559). As a result, elderly patients had a greater degree of safety and the anxiety of family members lessened; as well, they were able to live in society efficiently and happily (Paradee Nanasilp, 2000).

The social relations aspect of patients' lives was the only aspect that improved only slightly. For example, even after surgery they often received no assistance from their friends, or they had sexual problems; thus, they still felt isolated from society to a certain extent (Boonsri Nuket, Paleerat Porntaweekanta et al., 2002: 16-17, 167-174).

Recommendations from the Research

1. Fast-track surgery should be done for elderly patients so that they can receive cataract surgery quickly in order to prevent any complications that could result from mature cataracts.

2. There should be some support to enable elderly patients to adjust to the results of the surgery so that they are able to accept their illness until they have the motivation and energy to overcome their problems.

3. There should be an integration of a one-stop service to provide relevant services to each patient from the time of their OPD visit to the time of discharge or hospitalization.

4. Elderly patients and their families should be educated as to the nature and effects of cataracts etc. As well, both the patients and their families need to be tolerant of one another, and not display any rude actions.

5. Fairness in care towards patients needs to be considered and patients should be responded to equally in spite of differences in financial status, way of life etc.

6. Proactive integrated services should be developed to prevent and care for cataract elderly patients. The existing network service systems should be enhanced so that other community parties participate in the joint care of elderly patients. Moreover, the network of health units at all levels should be connected efficiently.

7. The arrangement of community health initiatives for elderly people should be considered, such as - physical check-ups, searching and screening of elderly people with various diseases. More elderly clubs in religious places should be set up, especially in villages or communities where temples are at the center of community life.

8. An understanding of elderly people should be promoted in Thai society. The integrating continual care, arrangement of activities related to the elderly at religious places, and promoting family-based holistic care for the elderly in the Thai society context.

Recommendations for Further Study

1. Research in the same topic regarding:

1.1 There should be more investigation into the long-term quality of life in elderly patients receiving the cataract surgery as to whether or not a better quality of life will be sustainable and the factors involved in this sustainability.

1.2 There should be more in-depth qualitative research concerning elderly people's quality of life so that certain issues can be examined such as elderly people's problems in community and city areas, elderly people's needs, and preparation for aging, etc.

1.3 There should be more research to study cataract elderly people who live in remote areas and their ability to access health services.

1.4 There should be more research regarding elderly people with other visual illnesses and other illnesses.

1.5 There should be more research into discovering the ideal medical treatment for cataract elderly patients. This can then serve as model for medical and nursing students, and it can be applied, developed and expanded in the future after their graduation.

2. Research in other topics regarding:

2.1 There should be research in the quality of life of patients with different diseases so that ways of caring for such patients can become more efficient and sustainable.

2.2 There should be ways of conducting research to develop systematic work in order to increase the quality and efficiency of performing regular work.

2.3 High quality research about medical treatments for patients with different diseases should be conducted in order to enhance, develop, and improve the better models for medical and nursing students.

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กชกร ตั้งชาติ และสมภรณ์ อนนกุล. (2548). รูปแบบการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุอายุเกิน 100 ปี จังหวัดชลบุรี. ภาควิชาการศึกษานอกระบบ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กนกพร สุคำว้าง. (2540). แบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ. (2527). ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้เกษียณอายุในเขตอำเภอเมืองและอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล.
- กนกวรรณ หอมจันทนากุล. (2545). ความเครียดของผู้ป่วยต่อกระจกในระยระต่อผ้าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ขอนแก่น.
- กรวิไล อภิชาตนนท์ และ มนต์บงกช กนกนันท์พงศ์. (2542). ความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อระบบการให้บริการของหน่วยตรวจโรคจักษุ โรงพยาบาลศิริราช. หน่วยตรวจโรคจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). คู่มือการประเมินสถานการณ์ การดูแลรักษาต่อกระจกในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: คณะทำงานประเมินเทคโนโลยีการรักษาดูกระจก กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.
- กอบกุล สุดสวัสดิ์. (2541). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครศรีธรรมราช. ปริญญาลังคมวิทยา มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2548). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2548. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กัลยา วาณิชย์บัญชา. (2550). สถิติสำหรับงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กันยาลักษณ์ เตชะพงศ์วรชัย. (2545). ผลของการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดการบริการสุขภาพในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ (พย.ม) สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กันหา ปานสมุทร. (2547). ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล เชียงใหม่.

การรายงานผลการดำเนินงาน ประจำปี 2548. (2548). งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

เกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์. (2534). ศักยภาพของผู้สูงอายุในการทำงานเพื่อสังคม. รายงานการวิจัยโครงการสหภาพศึกษา สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กุสุมา ประชุมชนะ. (2543). ชีวิตความเป็นอยู่ของสตรีสูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตศิลปศาสตร์ (วิจัยประชากรและสังคม) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กุสุมาลัย รามศิริ. (2543). คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวน และการจัดการกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กุศล สุนทรธาดาและวรชัย ทองไทย. (2539). ลักษณะผู้ใช้บริการและปัจจัยกำหนดการบริการรักษาพยาบาลในภาคเอกชน. เอกสารวิชาการหมายเลข 203. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

เขมิกา ยามะรัตน์. (2527). ความพึงพอใจในชีวิตคนชรา: ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เขมิกา ยามะรัตน์ และคณะ. (2541). สุขภาพทางเพศของผู้สูงอายุ. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

คณะกรรมการดำเนินการจัดกิจกรรมปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุด้านวิชาการ. (2542). การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ”. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ. (2549). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2548. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน. (2549). ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ปี 2549. กรุงเทพมหานคร: บีทีเอสเพรส จำกัด.
- คณะกรรมการการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม วุฒิสภา. (2534). รายงานพิจารณาศึกษาเรื่อง ปัญหาผู้สูงอายุและแนวทางแก้ไข พ.ศ. 2534. มหาวิทยาลัยรังสิต.
- กัทธิดา อุดิและณัฐนิช จันทจิรโกวิท. ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องต่อเนื่อง. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2550; 25(3): พฤษภาคม-มิถุนายน.
- จันทร์ฉาย หวันแก้ว. (2534). ปัญหาการใช้แว่นตาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน กับ ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุวรรณ มานะสุรการ. (2544). ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิรนุช สมโชค. (2540). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฑามาศ ศรีวิสูตรและหิรัญ ลีมสุวรรณ. (2528). ประชากรศึกษากับคุณภาพชีวิต. วารสารประชากรศึกษา. 11 ธันวาคม: 66-76.
- เจษฎา บุญทา. (2545). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลแม่หอพระ อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จรัส ภูมิ. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งเป็นโรคเบาหวาน. วารสารสาธารณสุข. 2551; 17(5): SV 1277-1284.

- จำเรียง กุระมะสุวรรณ นิตยา ภาณุพันธ์และวินัส ดันติบูล. (2532). รายงานการวิจัย เรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉลาด แสงอาทิตย์. (2546). ความเข้มแข็งของตน และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีร่วมรักษาร่วมกับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ฉวีวรรณ บุญสุยา, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง และอรนุช ภาชนะ. (2550). ผลการสำรวจสถานะสุขภาพประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: เสนาการพิมพ์.
- ฉัตรสุมาลย์ กบิลสิงห์. (2519). ศาสนา. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชญาดา ศิริภิรมย์. (2529). การวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ประยุกต์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชมนาด สุ่มเงิน. (2543). ได้ศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชลลดา กักติประพุก. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางครอบครัวกับการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุในเขตเมือง กรุงเทพมหานคร. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชัชพล ทรงสุนทรวงศ์. (2549). มนุษย์และสิ่งแวดล้อม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัยชน โลว์เจริญกุล และคณะ. (2548). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคลมชัก หลังผ่าตัดหาย - ประเมินด้วยการมีอาชีพและรายได้. จดหมายเหตุทางการแพทย์. 88(4): S207-213.
- ชาร์ล โบเลิน. (2549). (นิตยา วงศ์เสงี่ยมทนต์ และสวณิ เต็งรังสรรค์, ผู้แปล). การพัฒนาระบบสุขภาพ: การมีส่วนร่วมของเวชศาสตร์ครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: ก้าวสิบเก้า ไอเดีย แอนด์โปรดักชัน จำกัด.
- ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ. (2550). สุขภาพคนไทย 2550. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.

- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2550). เทคนิคการใช้ สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: ไทเนรมิตกิจ อินเทอร์เน็ต โปรดักส์ จำกัด.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์. (2532). การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ เพื่อให้มีอายุยืน. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์การพิมพ์. ชูเสกข์ ศรีไพศาล, วัฒนีย์ เย็นจิตร, นวีวรรณ เย็นจิตร และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. วิธีวัดคุณภาพชีวิต สำหรับผู้ป่วยต่อกระดูกในภูมิภาค. จักษุสาธรรณสุข. 2547; (16)2: 69-94.
- ดิเรก ฤกษ์ห่วย. คุณภาพชีวิต. ข่าวสารเกษตรศาสตร์. 2527; 28(6): 98 – 10.
- คุษณี สุทธิปริยาศรี. (2542). การปฏิรูประบบการสาธารณสุขเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าในศตวรรษที่ 21. กรุงเทพมหานคร: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เดือนใจ เสง้อจัน. (2542). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- ทองคุณ ยุบัวภา. (2551). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกกระดูกก่อนและภายหลังผ่าตัด ต่อกระดูก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล ผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทวี เชื้อสุวรรณทวี. (2551). มองความพิการผ่านแนวคิดและทฤษฎี. กรุงเทพมหานคร: ธนาพรส จำกัด.
- ทวีป อภิสิทธิ์. การอ่านออกเขียนได้จุดเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพชีวิต. วารสารการศึกษานอก โรงเรียน. 20(116): 53-55.
- ทัศนีย์ เกริกกุลธร. (2536). การศึกษาการสนับสนุนทางสังคม การปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล เมืองสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ นะแสง. (2542). การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยทางการพยาบาล. สงขลา: เทมการพิมพ์.
- ทัศนีย์ ลักขณาภิชนชัย. (2548). การบริหารสังคมกับโครงสร้างสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร: มิสเตอร์ ก๊อปปี้.
- ทัศนีย์ รวีรกุล, บรรณาธิการ. (2552). คุณภาพชีวิตกับการเกษียณอายุราชการก่อนกำหนด. จดหมายข่าว ภาควิชาการพยาบาลสาธรรณสุข. 1(2 กุมภาพันธ์ 2552).
- ทิพย์รัตน์ สุทธิพงศ์ และพรสุวรรณ จารุพันธ์. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยบางประการกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท. วิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี จังหวัดชัยนาท สถาบันบรมราชชนก.

- ทีมจักษุแพทย์โรงพยาบาลจักษุ รัตนิน. (2547). รอบรู้เรื่องตา. กรุงเทพมหานคร: เรื่องปัญญา.
- เทียมฉาย กิระนันท์. (2541). สังสาตร์เพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธรรต ควงแก้วและหิรัญญา เดชอุดม. (2550). พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมืองจังหวัดนครปฐม. ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- ธราธิป สมตน. (2542). การศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธนารักษ์ สุวรรณประพิศ. (2535). การตรวจรักษาโรคตาเบื้องต้น. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธวัชชัย วรพงษ์. (2543). หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีรวุฒิ เอกะกุล. (2543). ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพวรรณ จงวัฒนา และคนอื่น ๆ. (2542). ข้อมูลผู้สูงอายุที่น่าสนใจ. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์.
- นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น ชโนเดล. (2539). รายงานการสำรวจสถานะผู้สูงอายุในประเทศไทย (เอกสารสถาบันหมายเลข 246/39). กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร ศีกะเสื่อ. (2548). การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลครอบครัวและชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นันทิญา อังกนันท์. (2545). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. มนุษย์สาร.
- นินา ชูโต. (2525). คนชราไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิสาร์ตน์ ศิลปเดช. (2540). ประชากรกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสังคมวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ สถาบันราชภัฏธนบุรี. เอกสารประกอบการสอน.

- ณัฐเศรษฐ มนินนากร และคณะ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในเมืองและในชนบทของประเทศไทย. จดหมายเหตุทางการแพทย์. 2551; 91(3): 394-399.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). ผู้สูงอายุไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย.
- บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. (2531). พฤติกรรมกรดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง. กรุงเทพมหานคร: สามดีการพิมพ์.
- _____. (2539). รายงานการวิจัยเรื่องชมรมผู้สูงอายุ: การศึกษารูปแบบและการดำเนินงานที่เหมาะสม. กรุงเทพมหานคร: วิญญาน.
- บริบูรณ์ พรพิบลย์. (2528). โลกยามชราและการเตรียมตัวเพื่อเป็นสุข. เชียงใหม่: พระสังการพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2547). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: บริษัทยูเอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2539). ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: จามจุรี โปรดักท์.
- _____. (2539). สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: จามจุรี โปรดักท์.
- บุญศรี นุเกตุ ปาลีรัตน์ พรทวีกันทา และคณะ. (2545). การพยาบาลผู้สูงอายุ. นนทบุรี: ยุทธรินทร์ การพิมพ์.
- บัณฑิต จันทะยานี และคณะ. (2544). Men's health though the ages. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ประกาย จิโรจน์กุล. (2548). การวิจัยทางการแพทย์: แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: สร้างสื่อจำกัด.
- ประภา รัตนเมธานนท์. (2532). การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาพร จินันทุยา. (2536). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ประนอม โอทกานนท์, ชวนพิศ สันธวรการ และผ่องใส เจนสุขการ. (2543). การศึกษาเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มที่มีความพึงพอใจในชีวิตกับกลุ่มที่ไม่มีความพึงพอใจในชีวิต. ใน: วิสุทธิ์ เตชะวิบูลย์ศักดิ์ (บรรณาธิการ). มุงการดูแลที่มีคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย: 89-94.
- ประเวศ วะสี. (2543). สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ นนทบุรี. ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2548). เมื่อผู้สูงอายุนอนไม่หลับ. หนังสือพิมพ์บ้านเมือง. (2 กุมภาพันธ์ 2548).
- ปราณี กาญจนวรวงศ์. (2539). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปรีชา อุปโยคิน, สุรีย์ กาญจนวงศ์, วิภา ศิริสุข, มัลลิกา มัติโก. (2541). ไม้ใกล้ฝั่ง : สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีการพิมพ์.
- พงษ์ไพบูลย์ ศิดดาราวะทย. (2545). สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี. คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ สถาบันราชภัฏกาญจนบุรี.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์และคณะ. (2546). พุทธจริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุ ศึกษากรณีสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ในพระสังฆราชูปถัมภ์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์และคณะ. (2546). คุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2546. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: บิซอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด.
- พัชนี นักรา. (2542). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พันธ์ศักดิ์ สุกระฤกษ์ และสุกมล วิภาวิพลกุล. (2548). 2 แพทย์ชื่อดัง แนะนำวิธีรับมือวัยทอง. หนังสือพิมพ์แนวหน้า. (9 กุมภาพันธ์ 2548).
- พัฒนา มูลพถกย์, ดนยา วงศ์ศิริกุล และปรีชา ลอเสรีวานิช. (2543). โครงการวิจัยเรื่อง ศึกษาสถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- พัฒนา มูลพถกย์. (2546). อนามัยสิ่งแวดล้อม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ชิกม่า ดีไซน์ กราฟฟิค จำกัด.
- พนัสฐา พานิชะวิฑกุล. (2537). การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสมมติสำหรับผู้สูงอายุในชนบท. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พิพัฒน์ ลักขมิจรัสกุล. (2544). เครื่องมือการวิจัย: เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีการพิมพ์.
- พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, ชูเกียรติ วิวัฒนวงศ์เกษม และวสันต์ ศิลปะสุวรรณ. (2538). วิธีวิจัยในงานสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: วิบุรุษการปก.
- เพ็ญศรี เปลี่ยนจำ. (2542). การสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราวิชาการราชภัฏเฉลิมพระเกียรติ สถาบันราชภัฏเพชรบุรี.
- เพ็ญศรี รักษ์วงศ์, ศิริพร จิรวัดนกุล และMilica Markovic. การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้หญิงพิการวัยกลางคนชาวอิสานในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นประเทศไทย: มุมมองจากแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก. จดหมายเหตุทางการแพทย์. 2550; 90 (8): 1640-1646.
- ไพจิต พงษ์นุ่มกุล. (2535). โรคต่อกระดูก. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลสงฆ์
- เพื่องฟ้า บุญยง. (2548). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการประคบอาชีวะของผู้สูงอายุ. สารนิพนธ์หลักสูตรพัฒนาแรงงานและสวัสดิการมหบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ภมริน เขาวนจินดา. (2542). ลักษณะทางพระพุทธศาสนาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ภาควิชาจักษุวิทยา โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. ต่อกระดูก: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. (เอกสารอัดสำเนา).
- ภารดี นานาสิลปี. (2543). ต่อกระดูก: การดูแล. กรุงเทพมหานคร: คลังนานาวิทยา.
- มนสิข สิริสมบุญ (2547). ระเบียบวิธีวิจัย. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- มนสิน แยมสกุล. (2540). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาโรคติดเชื้อ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มยุรีย์ ดำเนินผล. (2544). ความพึงพอใจของผู้รับบริการสวัสดิการครอบครัว: กรณีศึกษา สำนักงานประชาสงเคราะห์เขตพื้นที่ 5 (คลองจั่น) กรมประชาสงเคราะห์. สารนิพนธ์หลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจัดการโครงการสวัสดิการสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- มารศรี นุชแสงพลี. (2532). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีผู้สูงอายุในชุมชนบ่อนไก่กรุงเทพมหานครฯ. วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมานุษยวิทยาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ. (2544). ประชาสัมพันธ์กับการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ. เอกสารหมายเลข 285 กันยายน 2544. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาลัย ตำราญจิตต์. (2540). การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นใน
ระยะหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่
และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มัลลิกา มัติโก และรัตนา เพ็ชรอุไร. (2542). ประมวลสถานภาพทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ
ไทย: วิเคราะห์จากวิทยานิพนธ์. กรุงเทพมหานคร: สุภาวิณีการพิมพ์.
- ยุพดี รัตตะรังสี. (2545). การพยาบาลผู้สูงอายุทางจิตวิทยา. กรุงเทพมหานคร: คอมพิวเตอร์ จำกัด.
- ยุวดี ภาษา, มาลี เลิศมาลีวงศ์, เขียวลักษณ์ เล้าหะจินดา, วิไล ลิสุวรรณ, พรรณวดี พุชวัฒนะ และรุจิเรศ
ธนุรักษ์. (2531). วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สยามศิลป์การ
พิมพ์ จำกัด.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2538). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. กรุงเทพมหานคร: อักษร
เจริญทัศน์.
- _____. (2546). พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์
พับลิเคชั่นส์.
- รายงานการประชุมสัมมนาเรื่อง ความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนเพื่อคนพิการ วันที่ 21-22 กุมภาพันธ์
2529 ณ โรงแรมบางกอกพาเลซ ห้องบอลรูม.
- รัชนิกร ภู่อกร. (2538). สุขภาพผู้สูงอายุ. โปรแกรมสุศึกษา คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สถาบัน
ราชภัฏพิบูลสงคราม.
- ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์. (2552). การพยาบาลในผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบประสาทและอื่น ๆ. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- วรรณนา กุมารจันทร์. (2543). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่.
- วรรณา สามารดี และคณะ. (2545). คุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน.
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณลักษณ์ เมียนเกิด. (2549). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการค่านิยม ความคาดหวังของผู้สูงอายุและ
พหุวัย. กรุงเทพมหานคร: มิสเตอร์ก๊อปปี้ จำกัด.

- วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง. (2546). สถานการณ์ผู้สูงอายุจากเสียงสะท้อนหนังสือพิมพ์รายวัยไทย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2546; 26(1) มกราคม - เมษายน.
- วลัยพร ศรีสาธิต. (2542). การทำงานบ้านของผู้สูงอายุในโครงการนำร่องของกรมประชาสัมพันธ์. สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัย ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วสุธร ดันวัฒนกุล. (2542). สุขภาพกับคุณภาพชีวิต: เส้นทางที่ต้องร่วมกันพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: พี.เพรส จำกัด.
- วนิษา ชื่นกองแก้ว และอภิชาติ สิงคาลวนิชม, บรรณาธิการ. (2550). จักขุวิทยา. กรุงเทพมหานคร: บริษัทศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์ จำกัด.
- วาสนา เกื้อนวนงษ์. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันทนีย์ จำเิ้ง. (2540). ปัจจัยที่มีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนบท จังหวัดนครราชสีมา. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัฒน์ย์ เข็นจิตร (2548). สภาพปัญหาโรคต่อกระดูกในประเทศไทย. คู่มือประเมินสถานการณ์การดูแลรักษาต่อกระดูกในประเทศไทย พ.ศ. 2548. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วันดี โภคะกุล. (2543). บทความวิชาการ สุขภาพผู้สูงอายุไทย ค.ศ.2000. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วันดี โภคะกุล. (2548). มาตรฐานการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วิรัตน์ ทองรอด. (2549). ยานอนหลับ. นิตยสารหมอชาวบ้าน. 27(20 มีนาคม 2549).
- วิภาดา มหรัตน์วิโรจน์. 2542. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีฟอกเลือดและวิธีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิภาพร มาพบสุข. (2550). การพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคม. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
- วิศิษฐ์ นววิจน์กำจร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีประวัติการสูบบุหรี่. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2545; 32(2): 109
- วิชญ์ ธรรมลิขิตกุล. (2540). กระบวนการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

- วิไลวรรณ แสนโฮม. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่โรงพยาบาลขอนแก่น. ขอนแก่นเวชสาร. 2551; 32 มกราคม- เมษายน: 1-15.
- วีณา ศิริสุข และคณะ. (2545). พ่อใหญ่แม่ใหญ่: สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีการพิมพ์.
- ศลาชนันท์ หงส์สวัสดิ์. (2551). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2540). การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุพื้นที่ภาคกลาง. รายงานการวิจัยโครงการระหว่างมหาวิทยาลัยมหิดลและคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: มิตรเทร็กซ์ จำกัด.
- ศรีเมือง พลังฤทธิ์. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัว และชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารประชากรศาสตร์. 2547; 23(2 กันยายน 2550): 67-84.
- ศรีเมือง พลังฤทธิ์, Frits van Griensven และเกื้อ วงศ์บุญสิน. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัว และชุมชน กรณีศึกษา: จังหวัดพระนครศรีอยุธยาประเทศไทย. วารสารประชากรและสังคม. 2549; 14(2): มกราคม.
- ศิริพร ภูมิพัฒนานนท์. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันตกของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพร เกษธนัง. (2550). การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมที่ผ่านเกณฑ์การประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี. (2540). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริลักษณ์ กิจไพศาล. (2545) การพยาบาลผู้รับบริการที่มีความผิดปกติทางตา. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2545). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ศุภกานต์ เตชะพงศธร และคณะ. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. เวชเวชสาร. 2550; 51(1): 33-39.
- ศุภลักษณ์ ปริญญาวุฒิชัยและพรพรรณ พงศ์สุพัฒน์. (2549). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอสแอลอี. งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศักดิ์ชัย วงศ์กิตติรักษ์ และโกศล คำพิทักษ์ บรรณาธิการ. (2548). ตำราจักษุวิทยา. สาขาจักษุวิทยา. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ศักดิ์ชัย วงศ์กิตติรักษ์, ณัฐพล วงษ์คำซัง และภาณุภูมิ คัมภีร์พันธุ์. (2549). ตำราสายตาดัดแปลง การดูแลและฟื้นฟู. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- ศรีเมือง พลัทธิ. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัว และชุมชน กรณีศึกษา: จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประเทศไทย. วารสารประชากรและสังคม. 2549; 14(2): มกราคม.
- ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล. (2545). การพยาบาลผู้รับบริการที่ผิดปกติทางตา. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนา กรมพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย. รายงานคุณภาพชีวิตคนไทยจากความเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ปี 2549. กรุงเทพมหานคร: บริษัทบีทีเอสเพรส จำกัด.
- ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โครงการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บในประเทศไทย. [Online]. 3 มีนาคม 2551: แหล่งที่มา <http://ncd.ddc.moph.go.th/ncd>
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2545). การศึกษาแบบคัดกรองและภาวะโภชนาการผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2549). การฉายสภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548-2568. กรุงเทพมหานคร: เอ็ดมันด์ เพรส โปรดักส์ จำกัด.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2544). ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: ธิพัทธ์ จำกัด.
- _____. (2549). การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุขภาพพิมพ์.
- สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (2550). เอกสารการเรียนรู้การทำวิจัยด้วยตนเอง. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (2547). ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในชนบท. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). คู่มือสุขภาพประจำตัวผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ. (2543). การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล. มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สมชาย สุขเสรีกุล และมีทนา พานานิรัมย์. (2539). การพยากรณ์แบบแผนการเจ็บป่วยและความต้องการแพทย์ในอนาคต. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สมชาติ โตรักษา. (2542). เอกสารวิชาการ สมาคมนักบริหารโรงพยาบาลประเทศไทย ชุดที่ 13 การประกันสุขภาพถ้วนหน้าเต็มรูปแบบ. กรุงเทพมหานคร: สมาคมนักบริหารพยาบาลประเทศไทย.
- สมบุญ ชัยมานะการ และคณะ. (2544). ประสิทธิผลการประยุกต์ความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังการสลายต่อกระดูกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและใส่เลนส์แก้วตาเทียม. วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. 2544; 6(1): 61-63.
- สมพร ใจสมุทร. (2547). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตลาดกระบัง. วิทยานิพนธ์ (วท.ม.) ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สมพร ชัยยุทธ์. (2542). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมภพ พันธุโฆสิต. (2548). พบคนไทยอายุยืนมากขึ้น แต่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค. อ.ส.ม.ท. (26 มกราคม พ.ศ. 2548).
- สมสงวน อัญญคุณ. (2549). ตำราเวชปฏิบัติฉุกเฉินสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: วิทอินดิไซน์ จำกัด.
- สมสุข สิงห์ปัญจนท์. (2540). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงไม่ทราบชนิด. ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมหมาย ขวัญพราย. (2545). สบ...ปราชญ์: การศึกษาการทำการกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุกรณีกลุ่มผู้สูงอายุหมู่บ้านดอนขุนห้วย จังหวัดเพชรบุรี. สารนิพนธ์ประกาศนียบัตร (บัณฑิตอาสาสมัคร) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- สมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ. (ม.ป.ป.) การสนับสนุนสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. การอบรมและการประชุมวิชาการด้านผู้สูงอายุและความ ชรา. กรุงเทพมหานคร: บี บี การพิมพ์และบรรจุภัณฑ์.
- _____. (2546). ผู้สูงอายุกับการนอนหลับ. การอบรมวิชาการประจำปี วันที่ 31 กรกฎาคม-1 สิงหาคม 2546 ณ ศูนย์ประชุมสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร.
- สรีดา มังคโลปกรณ์. (2544). สัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาหมู่บ้านนคร หลวง ซอยเชื้อเพลิง (อมร) ถนนนางลิ้นจี่ เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์ หลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม) คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สอึง ขวรางกูร. (2538). คุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สังวร ปัญญาฉลิก. (2540). รู้เรื่องโรค. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูล ข่าวสารสุขภาพ.
- สันทนา เขียมเจตจรูญ. (2536). ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลสมิติเวชศรีราชา. ภาค นิพนธ์ สถาบันพัฒนบริหารศาสตร์.
- สันตติ เสริมศรี. ประเภทของที่อยู่อาศัยกับสุขภาพของกรุงเทพฯ. วารสารประชากรศาสตร์. 2535; 8(1): 41.
- สัญญา ปิลกศิริ. (2522). จิตวิทยาพื้นฐาน. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สายฝน จับใจ. (2540). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. ปริญญาพยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายสีทอง ณ ภูเก็ต. (2543). การศึกษาสัมพันธภาพของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่น: ศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุใน จังหวัดระยอง. สารนิพนธ์ สส.ม. สาขาการจัดการ โครงการสวัสดิการสังคม สมุทรปราการ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- สายัณห์ สวัสดิ์ศรี และคณะ. (2545). Aging male II "Problem Practice Promotion Prevention Postpone Productivity". กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอไพรซ์ จำกัด.

- สิริมน ไชยเชษฐ์. (2539). ผลกระทบและปัจจัยเสี่ยงของโรคต่อกระดูกในผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิริสมร สุขสวัสดิ์. (2534). ผู้สูงอายุกับความคาดหวังในการเข้ารับการสงเคราะห์ประเภทเสียค่าบริการ. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุกัญญา รำพึงกิจ. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การทำกิจกรรม กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชาดา บวรกิตติวงศ์. (2548). สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2534). ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร: เพื่อฟ้าพรินต์ติ้ง จำกัด.
- _____. (2546). ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เพื่อฟ้าพรินต์ติ้ง จำกัด.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุธน ชินวุฒิ. การผ่าตัดชนิดบอดี้ให้ผู้ป่วยด้วยโอกาสในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2546; 12(5): 827.
- สุธีร์ อินตะประเสริฐ. (2547). ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุมาลี สังข์ศรี. (2542). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสังคมและนันทนาการ. กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุมาลี แสงมณี. (2540). ผลกระทบการสูญเสียการมองเห็นของผู้ป่วยที่รับอุบัติเหตุทางตา ด้านความต้องการพื้นฐาน. งานการพยาบาลจักษุ โสตฯ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนันต์ วงศ์กุญชร. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการเข้าร่วมกิจกรรมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ. กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุร่วมเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุภาวดี พุฒิน้อย และคณะ. (2547). ผู้สูงอายุกับกิจกรรมบำบัด. ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2547). ต่อกระดูก-ต่อหิน. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- สุรกุล เจริญธรรม. (2534). วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรกุล เจริญธรรม. (2534). วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการศึกษาออกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุริย์ กาญจนวงศ์ และคณะ. (2538). ภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ (พื้นที่ภาคกลาง). กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: แอล.ที.เพรส จำกัด.
- สุริย์ กาญจนวงศ์. (2540). ภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ (พื้นที่ศึกษาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ). กรุงเทพมหานคร: กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. (2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. คุณภาพชีวิตคนไทยในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2546; 8(2)พฤษภาคม.
- สุวิมล พนาวัฒน์กุล. (2534). อัตรานวัตกรรม ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล.
- สุวิมล ตีรกันันท์. (2550). การสร้างเครื่องมือวัดตัวแปรในการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- _____. (2546). ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2547). ศัพทานุกรมข้อมูลสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.).
- สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. (2550). โครงการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของคนไทย. กรุงเทพมหานคร: ทิพนตร์การพิมพ์.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2546). รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2545 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สถิติพยากรณ์.
- _____. (2549). สรุปสถานการณ์ทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของประเทศไทย พ.ศ. 2549. กรุงเทพมหานคร: สถิติพยากรณ์.
- _____. (2549). การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549. กรุงเทพมหานคร: สถิติพยากรณ์.
- สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. (2550). คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจด้านสิ่งแวดล้อมโดยรวมทั้งประเทศและในแต่ละภาค.
- สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ. ผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: ปิยะทิพย์พรินต์ติ้ง จำกัด.
- สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2545). แนวทางกิจกรรมคุณภาพบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ.
- สำนักมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2548). รายงานผลการศึกษาโครงการกำหนดดัชนีคุณภาพชีวิต. กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานสารสนเทศและประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). สาธารณสุขซึ่งภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิกมีคนตาบอดสนิทมากที่สุดในโลก 21 ล้านคน. [Online]. 7 พฤษภาคม 2551: แหล่งที่มา <http://www.moph.go.th>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). ผู้สูงอายุกับหลักประกันด้านสุขภาพ. [Online]. ข่าวประชาสัมพันธ์สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 5 เมษายน 2550: แหล่งที่มา <http://www.nso.go.th>
- _____. (2551). ผู้สูงอายุไทย 2550 มุมมอง/เสียงสะท้อนจากข้อมูลสถิติ. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด.
- สำราญ มีแจ้ง. (2544). สถิติขั้นสูงสำหรับการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: นิชินแอตเวอร์ไทซิงกรุ๊ป.
- เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. (2548). เจาะลึกระบบประกันสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: แอทีฟ พรินท์ จำกัด.
- เสาวรศ ปริญญะจิตตะ. (2540). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ปลูกถ่ายไตโรงพยาบาลมหาราชานครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหาวชิราลงกูเชียงใหม่.

- องอาจ นัยพัฒน์. (2549). วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ครั้งที่ 2. สามลดา.
- อภิชาติ สิงคาลวณิช และ ญาณี เจียมไชยศรี, บรรณาธิการ. (2540). จิตวิทยา. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พลัทธิซัง จำกัด.
- อภิวัฒน์ บุญสาธ. คุณภาพชีวิตของประชากรที่มีรายได้น้อยในโครงการบ้านเอื้ออาทร กรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสารประชากรศาสตร์. 2551; 24(2) กันยายน.
- อรุณี บุญอุรพิภิญโญ. (2542). ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุขสุขภาค2 กรุงเทพมหานคร. ปรินญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อรุณี อ่อนสวัสดิ์. (2551). ระเบียบวิธีการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรณณ อิศราภรณ์. (2536). พฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ซึมเศร้า ในเขตเทศบาล จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลอาชีวศาสตร์ และสัตวศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อารี สุจินนสกุล. (2545). ดวงตา: ปัญหาและการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อำนาจ สันเทพ, บรรณาธิการ. (2532). ศึกษาความต้องการคุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในสาธารณสุขเขต 5. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อำนาจ อาษานอก, ชนกพร จิตปัญญา และสุรัช เคารพธรรม. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2551; 22(2): 47.
- อำนาจ วังจันและพิมพ์พร ฟองคำ. (2546). รายงานการวิจัย เรื่องดัชนีคุณภาพชีวิตในเขตกรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยศรีปทุม วิทยาเขตบางเขน.
- อุทุมพร จามรมาน. คุณภาพชีวิตของคนกรุงเทพมหานคร. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 2530; 18 มกราคม-มิถุนายน: 1-20.
- อุมาพร ห่านรุ่งชโรทร. (2545). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์. (2543). ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวภาวะสุขภาพการปฏิบัติธรรมกับความ ผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อนุก เพทวนิช. (2528). จิตวิทยาในเวชปฏิบัติทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อนุก สุภรณ์นท์ และสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล. คุณภาพชีวิตของคนไทย: เมื่อฟื้นวิกฤตเศรษฐกิจ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2548; 13(2) พฤษภาคม: 93.
- อนุชิต ปุณณทลั้งค์ และคณะ. (2543). ดวงตาของคุณ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หน้าต่างสู่โลกกว้าง. _____ .สุขภาพคนไทยปี 2548. หนังสือพิมพ์ คม ชัด ลึก (3 มกราคม พ.ศ. 2548).

ภาษาอังกฤษ

- Barrow, G.M. and Smith, P.A. (1979). Aging, Ageism and Society. St. Paul. Minn. West Publishing Co.
- Berghorn, Forrest J., Schafer, Donna E., and Associates, (1981). The Dynamics of Aging. Colorado: Westview Press. USA.
- Bert Spilker. (1996). Quality of life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. New York: Philadelphia.
- Burckhards. C. S. (1987). Coping Strategies of chronically ill. Nursing Clinic North of America, 22, 43-550.
- Campbell A. (1976). Subjective measure of well-being. American Psychologist. February 32.
- Capino, D. & Leibowitz, H.M. (1987, March 30). The elderly patient with cataract. Hospital practice. 22. pp.19-37.
- Cabezas-León M, García-Caballero J and Morente-Matas P. (2008). Impact of cataract surgery on visual acuity and quality of life. Arch Soc Esp Oftalmol. Apr; 83(4): 237-47.
- Chang-Godinich, A., Ou, R. L. & Koch, D. D. (1999). Functional improvement after Phacoemulsification cataract surgery. J cataract Refract Surgery, (25): 1226-1231.
- Chivers, J. (2003). Care for older people with visual impairment. Nursing older people 15, 1: 22-26.

- Cratree, H.L., Hildrenth, A.j., O'Connell, J.E., Phelan, P.S., Allen, D., & Gray, C.S. (1999). Measuring visual symtoms in British cataract patients; the cataract symptom scale. Br J Ophthalmol, (83): 519-523.
- Evan, R.L. (1983). Loneliness depression and social activity after determination of legal blindness. Psychological Report. 52(12): 603-608.
- Ferran, C.E. & Power, M.J. (1985). Quality of life Index: Development and Psychometric Properties. Advance in Nursing Science. 8(1), October: 15-24.
- Ferrell B. R., Wisdom, C. & Wenzl, C. (1989). Quality of life as an outcome variable in the management of cancer pain. Cancer. 63(11): 2321-2327.
- Flanagan, J.C. (1982). Measurement: Quality of life: Current State of yhe Art. Archive of Physical Medicine and Rehabilitation. 63 (February).
- Flanagan, J.C. (1982). Measurement of Quality of Life: Current State of the Art. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 63 (2): 56 – 59.
- Flank-Stromborg, M. (1992). Selecting an instrument to measure quality of life. Oncol Nurs Forum 11(5): 88-91.
- Fletcher A. Ellwein LB. Salvary S.et al, (1997). Measurement of vision funtion and quality of life in patients with cataract in Southern India, Arch Ophthamol.
- Foster A. (2000). Vision 2020: the cataract challenge. J Comm Eye Health 2000, 13: 17-19. (Estimates updated by Foster).
- Flynn, M. K., and Frant Z, R. (1987). Coronary artery bypass surgery: Quality of life during early convalescence. Heart and lung. 23 (March):159.
- Graham KY. & Longman AJ. (1987). Quality of life and Person with Melanoma. Cancer nursing. July; 10:338-346
- Hanlon & Pickett, (1984). Public Health : Administration and Practice. 8th ed. St. Louis: Times Mirror/Mosby College Publishing, 433-434.
- Harris, D.K. & Cole, WE. (1980). Sociology of Ageing. New York: Houghton Mifflin.
- He M, EllweinL. (1999). Visual acuity and quality of life in Patient with cataract in Domen County, China. Ophthalmology,106: 1609-15.

- Hogstel, (1981). Nursing Care of the Older Adult. New York : A Wiley Medical Publication, 466.
- Houde, S.C., Huff, M.A. (2003). Age-relate vision loss in older adults a challenge for gerontological nurse. Journal of Gerontological nursing, 29(4), 25-33.
- Larson. (1978). Thirty Years of Resarch on the Subjective Well-Being of Older Americans. Journal of Gerontology, 33(September 1978): 109-125.
- Lauer. (1982). Socail Problems and the Quality of Life. 2nd ed. Iowa: Wm. C. Brown Company Publishes, 1982.
- Liu, B-C. 12. (1975). Quality of life : Concept, Measure and Result. The American Journal of Economies and Sociology.34 (January).
- Latonovic S. et al. (2550). Vision related quality of life - a cataract study. Medicinski pregled. Nov - Dec; 60(11-12):653-6.
- Mangione C. et al. (1992). "Development of the activity of daily vision scale" a measure of visual funtional status. Med care; 30: 1111-1130.
- Mark Rapley. (2003). Quality of Life Reseach. London: GCS, Leignton Buzzard, Beds.
- McConnell, E.S. and Matteson , M.A. (1988). Gerontological concept and practice. Philladelphia: WB Suander: 530.
- McMahon, A. (1992). Coping with chronic illness : Overcoming powerlessness. 2nd ed. Philadephia: F.A. Company.
- Meeberg GA. (1993). Quality of life : Aconcept Analysis. Journal of advancad Nursing.
- Muhlenkamp A. F. & Sayles J. A. (1986). Self-esteem, social support and positive health practices. Nursing research, 35, 334-338.
- Nantaporn Jitprasert, (2005). Factors associated with quality of life among older adults in Bangpe-In district, Ayutthaya province. Thesis for thee degree of master of science (public health) major in public health nursing faculty of graduate studies Mahidol University.
- Orem, D.E. , (1985). Nursing Concept of practice. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Book Company.
- _____. (1991). Nursing Concept of practice. 4rd ed. St. Louis: Mosby Year Book.
- _____. (1995). Nursing: concepts of practice. 5th ed. Philadelphia: Mosby-Year Book.

- Padilla, G.V. and Grant, M.M. (1985). Quality of life as A Cancer Nursing outcomes Variable. Advance in Nursing Science. 8 (October).
- Pensri Rukwong Siriporn Chirawatkul and Milica Markovic. (2007). Quality of Life Perceptions of Middle-Aged Women Living with a Disability in Muang District, Khon Kaen, Thailand: WHOQOL Perspective. J Med Assoc Thai, Vol. 90 No. 8.
- Peter M. Fayers and Devid Machin. (2000). Quality of Life Assessment, Analysis and Interpretation. London; Mayhew typesetting, Rhayader.
- Richard A., (2004). Lens and Cataract. In American Academy of ophthalmology. United States of America.
- Riusala, A., Sarna, S. & Immonen, I., (2003). Visual function index (VF-14) in exudative age-related macular degeneration of long duration. Am J Ophthalmol, 135(2), 206-212.
- Song J. (2000). Family support and quality of life among visual impaired persons. Thesis for the degree of master of nursing science in medical and surgical nursing faculty of graduate studies Mahidol University.
- Stromberg, MF. (1984). Selection and Instrument to Measure Quality of life. Oncology Nursing. September-October; 11).
- Tepstra T. L. (Tommy), Tepstra T. L., Plawiche H. J. and Streeter J. (1989). As young as you ful: Age Identification among the elderly. Journal of Gerontological Nursing, 15: 4-10.
- Thoits, P.A. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. Journal of Health and Social behavior, 23, 145-159.
- Uusitalo, R. J., Brans, T., Pessi, T., Tarkkanen, A. (1999). Evaluating cataract surgery gains by assessing patients' quality of life using the VF-7. J Cataract Refract Surg, (25), 989-994.
- UNESCO. (1993). Evaluating the Quality of Life in Belgium. Socail Indicators Research. 8(September 1980): 312.
- Volicer, H.P. J. and Bohannon, M.W. (1975). A Hospital Stress Rating Scale. Nursing Research. 25: 352-359.
- Weinstein and MC.Starson WB, (1997: 296: 716-301). Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical pratice. N Eng I Med.

- World Health Organization. (1994). Quality of Life Assessment: An Annotated Bibliography. Geneva: WHO (WHO/MNH/PSF/94.1).
- World Health Organization. (1992). Geneva Health Dimension of Economic Reform. Switzerland.
- Young, K.J. & Longman, A.J. Quality of life and Persons with Melanoma: Apilot study. Cancer Nursing, 6 (June 1983).
- Yurick, A. G., Robb, S.S., Spier, B.E. & Ebert, N.L. (1980). The aged person and the nursing process. New York, Appleton-Century-Crofts.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. Journal of Advanced Nursing, 17: 795-800.



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รศ.ดร.สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผศ.พญ.สุชาดา กัมปนาทแสนยากร อาจารย์ประจำภาควิชาจักษุวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล
3. คุณสุวภัทร ผู้พัฒนพงศ์ พยาบาล ระดับ 8
หน่วยพักรอดูอาการก่อนและหลังผ่าตัด
สยาminster 3 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข

2 ถนนพราหมณ์ 2 PRANNOK Rd. บางกอกน้อย BANGKOKNOI กรุงเทพฯ 10700 BANGKOK 10700		Tel. (662) 419 6405-6 FAX (662) 4196405
---	---	--

Siriraj Ethics Committee

Certificate of Approval

COA no.SI 149/2008

Protocol Title : A COMPARISON OF QUALITY OF LIFE IN ELDERLY CATARACT PATIENT BETWEEN PREOPERATIVE AND POSTOPERATIVE CATARACT SURGERY WITH INTRAOCULAR LENS AT SIRIRAJ HOSPITAL, THAILAND, 2008.

SiEC number : 101/2551(EC1)

Principal Investigator/Affiliation : Miss Tidawun Chaimanee
Faculty of Public Health , Mahidol University

Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital

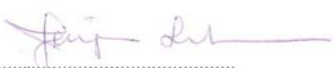
Approval includes :

1. EC Submission Form dated March 18, 2008
2. Proposal
3. Participant information sheet dated March 18, 2008
4. Informed consent form dated March 18, 2008
5. Questionnaire

Approval date : March 20, 2008

Expired date : March 19, 2009

This is to certify that Siriraj Ethics Committee is in full Compliance with International Guidelines For Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).



Prof. Jariya Lertakyamane, M.D.
Chairperson

March 28, 2008
date



(Clin. Prof. Teerawat Kulthanan, M.D.)
Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

March 31, 2008
date

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง

เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก
ระหว่างก่อนกับหลังผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม

โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2551

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้ ใช้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 7 ส่วน คือ

- | | |
|-----------|---|
| ส่วนที่ 1 | ข้อมูลทั่วไป ของผู้ถูกสัมภาษณ์ |
| ส่วนที่ 2 | ข้อมูลด้านครอบครัว ของผู้ถูกสัมภาษณ์ |
| ส่วนที่ 3 | ข้อมูลด้านสุขภาพร่างกาย ของผู้ถูกสัมภาษณ์ |
| ส่วนที่ 4 | ข้อมูลด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ของผู้ถูกสัมภาษณ์ |
| ส่วนที่ 5 | ข้อมูลการใช้บริการด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิต ของผู้ถูกสัมภาษณ์ |
| ส่วนที่ 6 | ข้อมูลคุณภาพชีวิตในช่วงก่อนผ่าตัดต่อกระดูกของผู้ถูกสัมภาษณ์ |
| ส่วนที่ 7 | ข้อมูลคุณภาพชีวิตในช่วงในช่วง 1 เดือนหลังผ่าตัดต่อกระดูกของผู้ถูกสัมภาษณ์ |

นางสาว ธิดาวรรณ ไชยมณี

นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

หัวหน้าโครงการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ถูกสัมภาษณ์

คำชี้แจง ขอให้ผู้สัมภาษณ์ ทำเครื่องหมาย ✓ และเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. ปี พ.ศ. ที่เกิด อายุ ปี บริบูรณ์ (เศษของปีไม่นับ)
3. ศาสนา
 - ☐ พุทธ ☐ คริสต์
 - ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
4. สถานภาพสมรส
 - ☐ โสด ☐ สมรส
 - ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง
 - ☐ แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษาสูงสุด
 - ☐ ไม่ได้เรียน ☐ ประถมศึกษา
 - ☐ มัธยมศึกษา/ปวช. ☐ อนุปริญญา/เทียบเท่า
 - ☐ ปริญญาตรี/เทียบเท่า ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
6. ความสามารถในการอ่านเขียน
 - ☐ อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้
 - ☐ อ่านได้เขียนไม่ได้
 - ☐ อ่านออกเขียนได้
7. การประกอบอาชีพในปัจจุบัน
 - ☐ ไม่ได้ทำงาน ☐ เกษตรกรรม
 - ☐ ค้าขาย ☐ รับจ้าง
 - ☐ ข้าราชการบำนาญ ☐ ธุรกิจส่วนตัว
 - ☐ อื่นๆระบุ.....
8. ท่านมีรายได้จากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - ☐ ข้าราชการบำนาญ ☐ บุตรหลาน ญาติพี่น้อง ให้
 - ☐ การประกอบอาชีพตามข้อ 7
 - ☐ ดอกเบี้ยจากเงินเก็บสะสมหรือเงินปันผลจากการลงทุน/หุ้น
 - ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ
9. ปัจจุบันท่านมีรายได้เฉลี่ยประมาณ บาท/เดือน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านครอบครัวของผู้ถูกสัมภาษณ์

1. ในบ้านที่ท่านพักอาศัยอยู่ในปัจจุบัน มีรวมกันทั้งหมด คน ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

- ☐ ตัวท่านเอง ☐ คู่สมรสของท่าน..... คน
- ☐ บุตรของท่าน..... คน ☐ หลาน คน ได้แก่
- ☐ ญาติ คน ได้แก่
- ☐ อื่น ๆ ระบุ รวมอีก คน

2. สถานะของท่านในบ้านที่ท่านพักอาศัยอยู่ในปัจจุบัน คือ

- ☐ ท่านเป็นหัวหน้าครอบครัว (เจ้าของบ้าน หรือ เจ้าบ้าน)
- ☐ ท่านเป็นสมาชิกในครอบครัว แล้วหัวหน้าครอบครัว คือ.....

3. บทบาทที่สำคัญของท่านในครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ) คือ

- ☐ ดูแลเด็ก ๆ เลี้ยงหลาน ☐ ทำงานบ้าน
- ☐ ดูแลบ้าน ☐ อื่นๆ ระบุ.....

4. รายได้เฉลี่ยทั้งครอบครัว ประมาณ บาทต่อเดือน

5. ท่านเห็นว่าฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว (ทั้งบ้านรวมๆกัน) เป็นอย่างไร

- ☐ มีรายได้ไม่พอกับรายจ่าย
- ☐ มีรายได้พอๆกันกับรายจ่าย
- ☐ มีรายได้ มากกว่ารายจ่าย จึงมีเงินเหลือเก็บ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านสุขภาพร่างกายของผู้ถูกสัมภาษณ์

สำหรับ: ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน

1. ระดับสายตา (Visual acuity): ตาขวา..... ตาซ้าย.....

2. ระยะของโรคต้อกระจกวัยชรา (Stage of Senile cataract)

- ☐ Incipient cataract ☐ Immature cataract
- ☐ Mature cataract ☐ Hypermature cataract

สำหรับ: ผู้วิจัยสัมภาษณ์

3. ปี พ.ศ.....ที่ท่านสูญเสียการมองเห็น

4. ปี พ.ศ..... ที่ท่านเริ่มรักษาโรคต้อกระจก

สถานพยาบาลที่ท่านไปรักษาโรคต้อกระจก (โดยรักษาที่)

(ถ้าเริ่มรักษาที่โรงพยาบาลอื่นๆ) ได้มาเริ่มรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชตั้งแต่ พ.ศ.....

5. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวหรือการเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ

6. ประเภทบ้านที่ท่านอยู่อาศัยเป็นลักษณะแบบใด

- | | |
|--|--|
| ☐ บ้านเดี่ยว | ☐ เรือนแพ |
| ☐ ห้องแถว/เรือนแถว/ตึกแถว | ☐ ห้องเช่า |
| ☐ คอนโดมีเนียม | ☐ ทาวเฮาส์หรือบ้านแฝด |
| ☐ ที่อยู่อาศัยชั่วคราว เช่น เฟิง กะต๊อบ | ☐ สถานสงเคราะห์คนชรา |
| ☐ อื่นๆ ระบุ..... | |

7. เขตที่อยู่อาศัยของท่านในปัจจุบัน มีลักษณะอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|---|-------------------------------------|
| ☐ เขตเมือง | ☐ เขตชนบท |
| ☐ เขตอุตสาหกรรม | ☐ ย่านการค้า |
| ☐ อื่นๆระบุ..... | |

8. ปัญหาสภาพที่อยู่อาศัยบริเวณใกล้บ้าน ชุมชน ของท่านในปัจจุบันประสบปัญหาต่อไปนี้หรือไม่ เพียงใด ถ้ามี มีมานานกี่ปี

- | | | | | |
|---|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|------------------|
| เสียงรบกวน/เสียงดัง | ☐ ไม่มี | ☐ มีไม่มาก | ☐ มีมาก | มีมานาน ปี |
| ควัน | ☐ ไม่มี | ☐ มีไม่มาก | ☐ มีมาก | มีมานาน ปี |
| กลิ่นรบกวน/กลิ่นเหม็น | ☐ ไม่มี | ☐ มีไม่มาก | ☐ มีมาก | มีมานาน ปี |
| ฝุ่นละออง/เขม่าควัน | ☐ ไม่มี | ☐ มีไม่มาก | ☐ มีมาก | มีมานาน ปี |
| น้ำเน่าเสีย | ☐ ไม่มี | ☐ มีไม่มาก | ☐ มีมาก | มีมานาน ปี |
| ขยะทั่วไป/ขยะอันตราย | ☐ ไม่มี | ☐ มีไม่มาก | ☐ มีมาก | มีมานาน ปี |
| อื่น ๆ (ระบุ.....) ☐ ไม่มี ☐ มีไม่มาก ☐ มีมาก มีมานาน ปี | | | | |

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ถูกสัมภาษณ์ในปัจจุบัน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านทำสิ่งต่อไปนี้ได้ดีเพียงใด

ความสามารถในการทำกิจกรรม	ทำได้ดี เป็นปกติ	ทำได้แต่ช้า กว่าปกติ	ทำได้แต่ ต้องให้คนอื่นช่วย	ทำเอง ไม่ได้เลย
1. การอาบน้ำ				
2. การแต่งตัว				
3. การกินอาหารและยา (ถ้ามี)				
4. การลุกจากที่นอนตอนกลางวัน				
5. การลุกจากที่นอนตอนกลางคืน				
6. การเข้าห้องน้ำตอนกลางวัน				
7. การเข้าห้องน้ำตอนกลางคืน				
8. การเคลื่อนไหวหรือเดินภายในบ้าน				
9. การทำอาหาร การเตรียมอาหาร				
10. การใช้พาหนะและการเดินทาง				
11. การซื้อของ จ่ายตลาด				
12. การเดินทางไปนอกบ้าน				
13. การใช้โทรศัพท์ การติดต่อสื่อสาร				
14. การทำกิจกรรมทางศาสนาด้วยตนเอง ในบ้านเช่น การสวดมนต์ ไหว้พระ ตักบาตร ละหมาด ฯลฯ				
15. การไปทำบุญที่วัด/มัสยิด/โบสถ์				
16. การไปร่วมงานบวช งานแต่งงาน งาน ศพ หรือเที่ยวงานในเทศกาลต่าง ๆ				

ส่วนที่ 5 ข้อมูลการใช้บริการด้านสุขภาพและด้านคุณภาพชีวิตของผู้ถูกสัมภาษณ์ ในช่วง **3 เดือนที่**
ผ่านมา ท่านทำสิ่งต่อไปนี้หรือไม่ เพียงใดและอย่างไร

สถานบริการ ทางสุขภาพใกล้ บ้าน	มี หรือ ไม่	ท่านไป ใช้ บริการ หรือไม่	จำนวน ครั้งที่ไป ใช้บริการ ต่อเดือน	ความ สะดวกใน การไปใช้ บริการ	บริการที่ท่าน ไปใช้ คืออะไร (ให้ระบุ)	ผลการไป ใช้บริการ	คำอธิบาย
☐ สถานีอนามัย/ หน่วยบริการ ปฐมภูมิ							
☐ คลินิก							
☐ โรงพยาบาล ของรัฐ							
☐ โรงพยาบาล เอกชน							
☐ ร้านขายยา							
☐ อื่นๆ ระบุ							
☐ สวนสาธารณะ/ สนามกีฬา							
☐ ชมรมผู้สูงอายุ							
☐ ศาสนสถาน เช่น วัด มัสยิด โบสถ์							
☐ สถานีตำรวจ							
☐ ศูนย์พัฒนา ฝีมือแรงงาน/ ฝึกอาชีพ							
☐ สถานที่ ให้บริการด้าน การศึกษา เช่น ห้องสมุด							
☐ อื่น ๆ ระบุ.....							

ส่วนที่ 6 ข้อมูลคุณภาพชีวิตในช่วงก่อนผ่าตัดต่อกระดูกของผู้ถูกสัมภาษณ์

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมายในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย หรือรู้สึกไม่พอใจมากหรือรู้สึกแย่มาก

เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง หรือรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย หรือรู้สึกไม่พอใจ หรือรู้สึกแย่

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้น ปานกลาง หรือรู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแยระดับกลาง ๆ

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ หรือรู้สึกพอใจ หรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ หรือรู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกดีว่าสมบูรณ์ หรือรู้สึกพอใจมาก หรือรู้สึกดีมาก

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในช่วงเวลานี้เพียงใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ มีมากนักน้อยเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันหรือไม่เพียงใด (ทั้งเรื่องงาน หรือ การดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่าน มากน้อยเพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเอง มากน้อยแค่ไหน					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง ได้เพียงใด					
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวลบ่อยแค่ไหน					
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ให้ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตรอดต่อไปได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมาากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมามากน้อยแค่ไหน					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ แค่นั้น					
15	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ มากน้อยเพียงใด					
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น มากน้อยเพียงใด					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด มากน้อยเพียงใด					

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่าน มากน้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึง การคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมาย มากน้อยแค่ไหน					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเอง ได้ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้ว ท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเอง หรือ การมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

ส่วนที่ 7 ข้อมูลคุณภาพชีวิตในช่วง 1 เดือนหลังผ่าตัดต่อกระดูกของผู้ถูกสัมภาษณ์

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน **ในช่วง 2 สัปดาห์ที่**

ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมายในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย หรือรู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก

เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง หรือรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย หรือรู้สึกไม่พอใจ หรือรู้สึกแย่

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง หรือรู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแยระดับกลาง ๆ

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ หรือรู้สึกพอใจ หรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ หรือรู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกดีเสมอ หรือรู้สึกพอใจมาก หรือรู้สึกดีมาก

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในช่วงเวลานี้เพียงใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ มีมากน้อยเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันหรือไม่เพียงใด (ทั้งเรื่องงาน หรือ การดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่าน มากน้อยเพียงใด					

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเอง มากน้อยแค่ไหน					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง ได้เพียงใด					
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวลบ่อยแค่ไหน					
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ให้ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตรอยู่ต่อไปได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมามากแค่ไหน					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ ไหม					
15	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหม ในแต่ละวัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน มากน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสดูพักผ่อนคลายเครียด มากน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่าน มากน้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึง การคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตท่านมีความหมาย มากน้อยแค่ไหน					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้ว ท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเอง หรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล

นางสาวธิดาวรรณ ไชยมน

วัน เดือน ปีเกิด

3 พฤษภาคม พ.ศ. 2525

สถานที่เกิด

จังหวัดปัตตานี ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2547

วิทยาศาสตรบัณฑิต (การพยาบาลและผดุงครรภ์)

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2552

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข

ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพ

หน่วยฟักรอดูอาการก่อนและหลังผ่าตัด

สยามินทร์ชั้น 3 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: tidawun_@hotmail.com