

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง : การทบทวนวรรณกรรม

เนตรนภา พันเล็ก, พย.ม.* และกฤติยา ชาสุวรรณ, พย.ม.*

บทคัดย่อ

ปัจจุบันภาวะพึ่งพิงได้รับการถูกกล่าวถึงมากขึ้น เนื่องจากโครงสร้างของประชากรภายในประเทศไทยเกิดการเปลี่ยนแปลงไปด้วยประชากรที่มีอายุเฉลี่ยสูงขึ้น และสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เมื่ออายุมากขึ้นการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ประสิทธิภาพลดลงตามกระบวนการชราภาพ หรือ ความเสื่อมของร่างกาย รวมไปถึงผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค ทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ภายในสังคมไทย ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวันเช่นเดียวกับบุคคลวัยอื่นๆ ตามความต้องการพื้นฐานที่มีลักษณะแตกต่างกันออกไปส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี บทความวิชาการฉบับนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมที่เน้นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยทางนักวิจัยเล็งเห็นว่า ตัวแปรคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความน่าสนใจ และถูกนำมาศึกษาอย่างกว้างขวาง เนื่องจากการทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีคุณค่า และควรได้รับการตอบสนองต่อความต้องการสำหรับการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี และสามารถพึ่งพาตนเองได้ หลังจากนั้นทำการสืบค้นงานวิจัยปฐมภูมิแล้วได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งที่เป็นภาษาไทย และภาษาอังกฤษ จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ThaiJO, PubMed, ProQuest และ ScienceDirect ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ.2566 และสกัดข้อมูลจากการคัดเลือกมาเฉพาะงานวิจัยที่มีคำสำคัญ (keywords) ครอบคลุมทั้งหมดแล้วทำการสังเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผลการทบทวนจากการวิเคราะห์เอกสารงานวิจัย

ผลการวิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยอาศัยกระบวนการทบทวนงานวิจัยตามขั้นตอนต่าง ๆ จึงสามารถสรุปเนื้อหาสาระสำคัญได้ว่า คุณภาพชีวิต (quality of life) หมายถึง การรับรู้ระดับการมีชีวิตที่ดี ความสุข และความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อมภายใต้บริบททางวัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายของชีวิต ประกอบด้วย องค์ประกอบหลักของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน 2) ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต จากสรุปผลการวิจัย พบว่า สามารถนำไปเป็นข้อมูลด้านการปฏิบัติทางพยาบาลสำหรับบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการพัฒนาระดับคุณภาพชีวิต รวมถึงสามารถนำผลการศึกษาไปปรับใช้กับการเฝ้าระวังการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การทบทวนวรรณกรรม

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบราชฐานันท์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding e-mail: krittiya@bcnsurat.ac.th

(Received: July 9, 2024; Revised: September 17, 2024; Accepted: November 20, 2024)

Quality of Life of Dependent Elderly : A Literature Review

Netnapa Phanlek, M.N.S.* & Krittiya Chansuwan, M.N.S.*

Abstract

Nowadays, dependency is being discussed more and more because the changing population structure in Thailand, characterized by a higher average age, and has sparked a growing discourse on dependency. The proportion of the elderly population has rapidly increased. As people age, the performance of various organs decreases due to the aging process or body deterioration. Most elderly people suffer from numerous chronic diseases, which lead to limitations in their ability to perform daily activities independently. This has been the primary cause of increased dependency within Thai society. Dependent elderly need assistance in their daily lives, just like people of any age. Their basic needs are different, and meeting these needs contributes to a satisfactory quality of life. This academic article aimed to review literature regarding the quality of life of dependent elderly. The researcher saw that the quality of life variable of dependent elderly is interesting, and has been widely studied because creating a good quality of life is an important goal in caring for the elderly by the World Health Organization. The elderly are valuable people and should have their needs met for living with dignity and being able to rely on themselves. After that, searching for primary research published in both Thai and English from electronic databases such as ThaiJO, PubMed, ProQuest, and ScienceDirect from 2003 to 2023, and condensation the data from selecting only researches that covered all keywords. Then synthesis the data, and presenting the results of the review from the analysis of research documents.

Research results: The literature review on the quality of life of dependent elderly using the research review process in various steps can summarize the main content is that quality of life means physical health, mental health, social relationships, and the environment all influence the person's perception of their level of well-being, happiness, and life satisfaction, all within the context of culture, values, and life goals. The four main components of quality of life are: 1) the physical domain, which is the perception of a person's physical condition and its effect on daily life; 2) the psychological domain, which refers to the perception of one's own mental state; 3) social relationships, which involve the perception of relationships with others; and 4) the environment, which refers to how the perception of the environment affects how we live our lives. In the conclusions of the research results, nursing personnel involved in the care of dependent elderly can use the results of this literature review to guide their practice and improve their quality of life. Furthermore, we can apply the findings of this study to disease surveillance and the management of potential complications.

Keywords : Quality of Life Dependent Elderly Literature Review

*Boromarajonani College of Nursing Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public Health

บทนำ

ภาวะพึ่งพิง (dependency) เป็นภาวะที่บุคคลต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ ในการดำเนินชีวิต และประกอบกิจกรรมต่างๆ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2554) รวมถึงการพึ่งพิงทางด้านการเลี้ยงดู การเงิน การให้การศึกษา การช่วยเหลือเกื้อกูล การสนับสนุนเกี่ยวกับปัจจัย 4 และการพึ่งพิงทางด้านจิตใจ และสังคม การให้คำปรึกษาแนะนำเมื่อเกิดปัญหา การอยู่เป็นเพื่อน การเห็นคุณค่า การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคม (ชมพูนุช พุมพิง, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และ เดชา ทำดี, 2564) กล่าวคือ การต้องการความช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน 4 ประการ คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงอาจเกิดความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่เพียงพอ หรือ ความเปราะบางของสภาวะสุขภาพ ได้แก่ ทารก เด็ก ผู้สูงอายุ หรือ ผู้ป่วย โดยบุคคลเหล่านี้ถือเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของพยาบาลที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลให้การดูแล (Orem, 1995) ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวันเช่นเดียวกับบุคคลในวัยอื่น ๆ ตามความต้องการพื้นฐานที่มีลักษณะแตกต่างกัน จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดสังคม หรือ ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้ จำนวน 7,270,162 คน ลดลงจาก พ.ศ. 2563 จำนวน 7,407,020 คน ภายในระยะเวลา 2 ปี จำนวนลดลงมากถึง 136,858 คน จึงทำให้กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน หรือ ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ จำนวน 198,338 คน เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2563 จำนวน 189,194 คน ภายในระยะเวลา 2 ปี จำนวนเพิ่มขึ้นมากถึง 9,144 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง หรือ ผู้สูงอายุไม่สามารถพึ่งตนเองได้ จำนวน 44,325 คน เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2563 จำนวน 43,520 คน ภายในระยะเวลา 2 ปี จำนวนเพิ่มขึ้นมากถึง 805 คน เช่นเดียวกัน (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2566) และข้อมูลรายงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุภายในประเทศไทย พ.ศ. 2566 พบว่า หากจำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 4,116,990 คน คิดเป็นร้อยละ 96.59 2) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 115,656 คน คิดเป็นร้อยละ 2.71 และ 3) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จำนวน 29,789 คน คิดเป็นร้อยละ 0.70 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567) โดยเกณฑ์การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าวใช้เกณฑ์คะแนนของภาวะพึ่งพิงจากการประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) กล่าวคือ กลุ่มติดสังคม คือ ผู้สูงอายุที่มีคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป กลุ่มติดบ้าน คือ ผู้สูงอายุที่มีคะแนน ADL ระหว่าง 5 - 11 คะแนน และกลุ่มติดเตียง คือ ผู้สูงอายุที่มีคะแนน ADL ระหว่าง 0 - 4 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอาจเกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวที่ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน เกิดความทุกข์ทรมานแล้วส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (มุขรินทร์ สมคิด, 2562) จากสถานการณ์ข้างต้นจึงทำให้ทางนักวิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของตัวแปรคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งได้รับความสนใจ และถูกนำมาศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวาง เนื่องจากการทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีคุณค่า และควรได้รับการตอบสนองต่อความต้องการสำหรับการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี และสามารถพึ่งพาตนเองได้ (World Health Organization, 2003)

คุณภาพชีวิต (quality of life) เป็นการรับรู้ระดับการมีชีวิตที่ดี ความสุข และความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อมภายใต้บริบททางวัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายของชีวิต (World Health Organization, 1996) ซึ่งคำว่า คุณภาพชีวิตสามารถแยกออกเป็น 2 คำ คือ คุณภาพ

กับชีวิต คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดีประจำตัวบุคคล หรือ สิ่งของ และชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ ดังนั้น คุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล (ราชบัณฑิตยสถาน, 2539) ประกอบด้วย องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน 2) ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต (สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล, วิระวรรณ ตันติพิพัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และ วราณี พรมานะรังกุล, 2545) จากบริบทของสังคมไทย และต่างประเทศ พบว่าคุณภาพชีวิตย่อมมีความแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ของแต่ละประเทศอันเนื่องมาจากสภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม โครงสร้างการบริหารจัดการประเทศ และการเงินการคลัง รูปแบบการให้บริการ หรือ บทบาทของแต่ละภาคส่วนในสังคม (วิระวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และ ยศ วัชรคุปต์, 2560) การสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนจึงมีความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะกับกลุ่มเปราะบางภายในสังคม คือ ผู้สูงอายุ (Tobis et al., 2021) การช่วยเหลือดูแลระยะยาวจากบุคคลภายในครอบครัว และภาคส่วนต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรต้องได้รับการสนับสนุน และจัดสรรอย่างครอบคลุมตั้งแต่บริการทางด้านการดูแลรักษาภายในโรงพยาบาลเชื่อมโยงจนถึงการรับบริการที่บ้าน โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล หากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการส่งเสริมให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การเกิดสุขภาวะที่ดีทุก ๆ ด้านแล้วย่อมส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี (Dijkstra et al., 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบข้อมูลความหมายของคุณภาพชีวิต ประเภทของคุณภาพชีวิต องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยบทความวิชาการฉบับนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนข้อสรุปเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งสามารถนำเอาผลการศึกษาวิจัยดังกล่าวไปเป็นข้อมูลด้านการปฏิบัติทางพยาบาลสำหรับบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการพัฒนา ระดับคุณภาพชีวิตครอบคลุมทุก ๆ ด้านอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การต่อยอดสำหรับการสร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว และการมีส่วนร่วมของชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทบทวนข้อสรุปเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคืออะไร
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นอย่างไร
3. ข้อสรุปเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีอะไรบ้าง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยอาศัยกระบวนการทบทวนงานวิจัยตามขั้นตอนต่าง ๆ ได้แก่ การกำหนดหัวข้อ การกำหนดวัตถุประสงค์ และคำถามการวิจัย การสืบค้น

งานวิจัย การสกัดข้อมูล การสังเคราะห์ข้อมูลจากผลการวิจัย และการนำเสนอผลการทบทวนจากการวิเคราะห์เอกสารงานวิจัยเชิงคุณภาพแล้วได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งที่เป็นภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ. 2566 (ค.ศ. 2003 ถึง ค.ศ. 2023)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมจากรายงานการวิจัยที่ทำการศึกษเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยคัดเลือกงานวิจัยที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งที่เป็นภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ภายในระยะเวลาย้อนหลัง 20 ปี คือ ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ. 2566 (ค.ศ. 2003 ถึง ค.ศ. 2023)

สรุปผลการวิจัย

งานวิจัยที่ทำการศึกษเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแล้วคัดเลือกจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด จำนวน 8 เรื่อง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ทำภายในประเทศไทย และตีพิมพ์เผยแพร่เป็นภาษาไทย พ.ศ. 2562 จำนวน 3 เรื่อง พ.ศ. 2563 จำนวน 1 เรื่อง และ พ.ศ. 2565 จำนวน 2 เรื่อง รวมถึงงานวิจัยต่างประเทศจำนวน 2 เรื่อง ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษ ค.ศ. 2014 จำนวน 1 เรื่อง และ ค.ศ. 2015 จำนวน 1 เรื่อง ผ่านกระบวนการทบทวนงานวิจัยตามขั้นตอนต่างๆ กล่าวคือ การกำหนดหัวข้อจากความสนใจของนักวิจัย เนื่องจากการทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกแล้วกำหนดวัตถุประสงค์และคำถามการวิจัยจากตัวแปรที่มีความสนใจนำมาศึกษา คือ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างครอบคลุมและสอดคล้องกับตัวแปรที่มีความสนใจมากที่สุด ต่อมาทำการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ThaiJO, PubMed, ProQuest และ ScienceDirect และสกัดข้อมูลจากการกำหนดคำสำคัญ (keywords) แล้วคัดเลือกมาเฉพาะงานวิจัยที่มีคำสำคัญครอบคลุมทั้งหมด หลังจากนั้นทำการสังเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผลการทบทวนจากการวิเคราะห์เอกสารงานวิจัย โดยงานวิจัยทั้งหมดที่พบเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ซึ่งสามารถสรุปเนื้อหาสาระสำคัญ กล่าวคือ

คุณภาพชีวิต (quality of life) เป็นการรับรู้ หรือ การเข้าใจส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อสถานภาพชีวิตของบุคคลนั้นๆ ตามบริบทของวัฒนธรรม และค่านิยมของสังคมที่อาศัยอยู่ และเกิดความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความกังวลที่บุคคลนั้นแสดงออกต่อสิ่งต่างๆ (World Health Organization, 1996) หรือการรับรู้ระดับของความสุข (sense of well-being) ประเมินจากความพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจในแต่ละองค์ประกอบของชีวิตที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้นๆ ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ชีวิต สิ่งแวดล้อม ประเพณี และวัฒนธรรม (Ferrans, 1992) โดยทำการแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน 2) ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้ความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่นๆ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้ลักษณะสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำรงชีวิต (สุวัฒน์มัทนรินทร์กุล และคณะ, 2545) ซึ่งในแต่ละด้านสามารถอธิบายถึงพฤติกรรม สถานภาพความเป็นอยู่ สมรรถนะศักยภาพ การรับรู้ หรือ ประสบการณ์ที่ผ่านมา ดังนั้นจึงสามารถสรุปความหมายได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้

ระดับของการมีชีวิตที่ดี ความสุข และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต กล่าวคือ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1996) ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 6 องค์ประกอบ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล ต่อมาในปี ค.ศ. 1995 ทำการจัดองค์ประกอบใหม่ ซึ่งมีการรวมองค์ประกอบบางด้านเข้าด้วยกัน กล่าวคือ รวมด้านร่างกายเข้ากับด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล และรวมด้านจิตใจเข้ากับด้านความเชื่อส่วนบุคคล จึงทำให้เหลือแค่เพียง 4 องค์ประกอบ โดยสามารถสรุปรายละเอียดเพิ่มเติมต่างๆ กล่าวคือ

1) ด้านร่างกาย (physical domain) หมายถึง การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน ทำการประเมินจากสิ่งที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคล ได้แก่

- ความปวด และความไม่สบาย เป็นลักษณะทางกายภาพอันไม่พึงประสงค์สำหรับบุคคล และขอบเขตของความรู้สึกรบกวน รบกวนชีวิต รวมถึงการบรรเทาความเจ็บปวดที่สามารถทำได้

- พลังงาน และความเมื่อยล้า เป็นการประเมินพลังงาน ความกระตือรือร้น และความอดทนของบุคคลในการดำเนินชีวิตประจำวัน และทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งความเหนื่อยล้าอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การเจ็บป่วย ความเครียด การออกกำลังกายมากเกินไป เป็นต้น ผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การต้องพึ่งพาบุคคลอื่นๆ เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเกิดความเหนื่อยล้าเรื้อรัง

- การนอน และการพักผ่อน เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลอย่างมาก เช่น ความยากลำบากในการนอนหลับ การตื่นขึ้นมาในตอนกลางคืน การตื่นขึ้นมาในตอนเช้ามืดแล้วไม่สามารถกลับไปนอนหลับได้ เป็นต้น ซึ่งการถูกรบกวนการนอนอาจมีสาเหตุมาจากตัวบุคคล หรือสิ่งแวดล้อม

- การเคลื่อนไหว เป็นการตรวจสอบเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการเคลื่อนย้ายตนเองจากจุดตรงที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง โดยมุ่งเน้นว่าการเคลื่อนย้ายนั้นจะต้องทำด้วยตนเอง ไม่พึ่งพาบุคคลอื่นๆ ซึ่งหากบุคคลเกิดปัญหาในการเคลื่อนไหวก็อาจส่งผลกระทบในทางลบต่อชีวิตได้

- กิจกรรมประจำวัน เป็นการประเมินความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันของบุคคล รวมไปถึงการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมตามความสามารถของบุคคลนั้นๆ หากบุคคลไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองได้อย่างปกติแล้วอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตในทางลบ

- การใช้ยา และการรักษา เป็นการประเมินการใช้ยา หรือ การรักษาในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้หากเป็นการใช้ยา และการรักษาอย่างไม่มีความเหมาะสม

- ความสามารถในการทำงาน เป็นการประเมินตามความสามารถของบุคคลในการทำงานต่าง ๆ หรือ พลังในการทำงานของบุคคล อาจเป็นงานที่ต้องทำเป็นประจำเพื่อรับค่าตอบแทน หรือ งานที่เป็นกิจกรรมสำหรับบุคคลที่ต้องเข้าร่วม เช่น การเป็นอาสาสมัคร เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายเช่นกัน

2) ด้านจิตใจ (psychological domain) หมายถึง การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง ได้แก่

- ความรู้สึกเชิงบวก เป็นประสบการณ์ หรือ ความรู้สึกของบุคคลถึงความสมดุล ความสงบ ความสุข ความหวัง ความสนุกสนาน และความเพลิดเพลินในสิ่งที่ได้ภายในชีวิต

- การคิด การเรียนรู้ ความจำ และสมาธิ เป็นความสามารถในการคิด การเรียนรู้ ความทรงจำ สมาธิ และความสามารถในการตัดสินใจ รวมถึงความรวดเร็ว และความชัดเจนในการคิด

- การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นการที่บุคคลมีความรู้สึกทั้งในด้านบวก และด้านลบกับตัวเอง การเห็นคุณค่าในตนเองจึงเป็นการรับรู้ความสามารถ ความพึงพอใจ การควบคุมตนเอง ความสามารถในการเปลี่ยนแปลง ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และการยอมรับตนเอง

- ภาพลักษณ์ เป็นมุมมองของบุคคลเกี่ยวกับร่างกายของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการมองในด้านบวก หรือด้านลบที่ขึ้นอยู่กับความพึงพอใจ แนวคิด และการรับรู้ของบุคคลนั้น ๆ

- ความรู้สึกเชิงลบ ได้แก่ ความสิ้นหวัง ความรู้สึกผิด ความโศกเศร้า ความเสียใจ ความกังวลใจ ความวิตกกังวล และการขาดความสุขภายในชีวิต

- จิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อส่วนบุคคล เป็นสิ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล เพราะช่วยให้บุคคลนั้น ๆ สามารถรับมือกับความยากลำบาก หรือรู้สึกถึงความปลอดภัยในชีวิตของตนเอง

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) หมายถึง การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น ๆ จากการได้รับความช่วยเหลือดูแลจากบุคคลอื่นๆ ภายในสังคม ได้แก่

- ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นความรู้สึกถึงมิตรภาพ ความรัก และการสนับสนุน รวมไปถึงความสามารถและโอกาสที่ควรได้รับ หรือให้กับบุคคลอื่นๆ ทั้งทางด้านร่างกาย และด้านอารมณ์

- การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้การได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากบุคคลอื่นๆ

- กิจกรรมทางเพศ เป็นการแสดงออก หรือ ความพึงพอใจเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศ

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อชีวิต ได้แก่

- ความมั่นคง และความปลอดภัยทางด้านร่างกาย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับภัยคุกคามต่อร่างกายของบุคคล ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากสิ่งต่างๆ ความปลอดภัย และความมั่นคงภายในชีวิต

- สภาพแวดล้อมภายในบ้าน เป็นคุณภาพพื้นฐานของบ้านเกี่ยวกับความสะดวกสบาย ความเป็นส่วนตัว สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ และความปลอดภัยแก่บุคคลที่อยู่อาศัย

- ทรัพยากรทางการเงิน เป็นการตอบสนองความต้องการทางการเงิน ความสะดวกสบายในการใช้จ่าย และความพึงพอใจกับรายรับ และรายจ่ายของบุคคล ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

- การดูแลสุขภาพทางสังคม เป็นมุมมองโดยรวมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทางด้านสุขภาพ และสังคมของบุคคล รวมถึงความพร้อม ความสมบูรณ์ และการเข้าถึงการให้บริการที่บุคคลควรได้รับการดูแล

- โอกาสของการรับรู้ข้อมูล และทักษะ เป็นความต้องการเรียนรู้ ทักษะ หรือความรู้ใหม่ของบุคคล อาจเป็นโปรแกรมเกี่ยวกับการศึกษา หรือการเรียนรู้แบบกลุ่ม หรือเดี่ยว โดยมุ่งเน้นโอกาสของบุคคลที่ควรได้รับการตอบสนองทางข้อมูล หรือความรู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

- การมีส่วนร่วม และโอกาสของการพักผ่อนหย่อนใจ เป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าร่วมกิจกรรมยามว่าง งานอดิเรก และการผ่อนคลายอย่างสนุกสนานเพลิดเพลิน

- สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (มลพิษ / เสียง / การจราจร / สภาพภูมิอากาศ) เป็นมุมมองเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัว สภาพภูมิอากาศ และความงามของสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

- ระบบการขนส่ง เป็นมุมมองเกี่ยวกับความง่าย ความสะดวกสบายในการเข้าถึงบริการขนส่งเพื่อการเดินทาง บุคคลควรสามารถเดินทางได้อย่างอิสระเสรีด้วยระบบการขนส่งที่มีความทันสมัย

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต พบว่า มีการประเมินอยู่หลากหลายรูปแบบ จึงสามารถสรุปการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ดังนี้

1) Medical Outcomes Short Form (SF - 36) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย แวร์ และ เซอร์เบิร์น (Ware & Sherbourne, 1992) ซึ่งแบบประเมินดังกล่าวสามารถประเมินด้วยตนเองได้ แต่หากไม่สามารถอ่านออกเขียนได้อาจให้บุคคลอื่นๆ อ่านให้ฟัง และเลือกคำตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ครอบคลุมด้านร่างกาย ได้แก่ การทำงานของร่างกาย ข้อจำกัดด้านบทบาท เนื่องจากปัญหาทางร่างกาย ความสามารถทางกาย และการรับรู้สุขภาพทั่วไป และด้านจิตใจ ได้แก่ การทำหน้าที่ทางสังคม การถูกจำกัดบทบาทเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 36 ข้อ การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 3 และ 1 ถึง 5 คะแนน แล้วนำคะแนนมาแปลงเป็นร้อยละ 100 ซึ่งช่วงคะแนนเท่ากับ 0 ถึง 100 คะแนน คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไป หมายถึง คุณภาพชีวิตดี ทำการทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) จากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.43 - 0.90 แล้วพบการแปลเป็นภาษาไทยโดย สุภาภรณ์ นากลาง และ มณฑล ทองนิตย์ (2559) ซึ่งได้นำเอาไปประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ทำการทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) จากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.88 - 0.95

2) Sickness Impact Profile (SIP - 38) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย เบิร์กเนอร์ และคณะ (Bergner et al., 1976) ซึ่งชุดคำถาม ประกอบด้วย 38 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย ได้แก่ การสั่งการอัตโนมัติของระบบประสาท และการควบคุมการเคลื่อนไหว 2) ด้านจิตใจ ได้แก่ ลักษณะทางด้านจิตใจ การสื่อสาร และความคงที่ของสภาวะทางอารมณ์ และ 3) ด้านสังคม ได้แก่ พฤติกรรมทางสังคม และระยะทางในการเคลื่อนที่ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ หากเลือก ใช่ เท่ากับ 1 คะแนน และเลือก ไม่ เท่ากับ 0 คะแนน ช่วงคะแนนเท่ากับ 0 - 38 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตดี และ 38 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี แบบประเมินดังกล่าว

สามารถประเมินด้วยตนเองได้ แต่หากไม่สามารถอ่านออกเขียนได้อาจให้บุคคลอื่นๆ อ่านให้ฟัง และเลือกคำตอบด้วยตนเอง ซึ่งได้นำเอาไปประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ และมีความพิการของประเทศเนเธอร์แลนด์ ทำการทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) จากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.26 - 0.85 (Nanda, McLendon, Andresen, & Armbrecht, 2003)

3) The World Health Organization Quality of Life - Brief (WHOQOL - BREF) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1996) ซึ่งเดิมเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่มีหลากหลายองค์ประกอบ และโครงสร้างหลายมิติ จำนวน 100 ข้อ หลังจากนั้นทางคณะกรรมการอนามัยโลกได้พัฒนาเครื่องมือดังกล่าวจากการเลือกคำถาม 1 ข้อ จากแต่ละหมวด 24 หมวด และรวมหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิต และสุขภาพโดยรวมทั่วไปเข้ามาอีก 2 ข้อคำถาม จนกลายเป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ จำนวน 26 ข้อ แล้วนำเอามาแปลเป็นภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI) โดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2545) แบบประเมินดังกล่าวสามารถทำการประเมินด้วยตนเองได้ แต่หากไม่สามารถอ่านออกเขียนได้อาจให้บุคคลอื่นๆ อ่านให้ฟัง และเลือกคำตอบด้วยตนเองในบุคคลที่มีอายุ 15 - 60 ปี ไม่จำกัดเพศ ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 26 ข้อ วัดการรับรู้ของบุคคล 4 มิติ ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน 2) ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น ๆ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลางมาก และมากที่สุด ช่วงคะแนนเท่ากับ 26 - 130 คะแนน หากได้ 26 - 60 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตไม่ดี หรือ 61 - 95 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ หรือ 96 - 130 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ เท่ากับ 0.65 และทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) จากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84

4) The European Quality of Life หรือ Euro - QoL 5 - Dimensions (EQ - 5D) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยกลุ่ม Euro QoL (Euro QoL Group, 1990) จากประเทศฟินแลนด์ เนเธอร์แลนด์ สวีเดน และ สหราชอาณาจักร ซึ่งเป็นแบบประเมินที่นำมาใช้สำหรับสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตทั่วไป ไม่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคใดโรคหนึ่ง ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 5 ข้อ ทดสอบ 4 มิติของสุขภาพ ได้แก่ การเคลื่อนไหว (mobility) การดูแลตนเอง (self-care) กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (usual activity) อาการปวด หรือ อาการไม่สุขสบายตัว (pain or discomfort) และความวิตกกังวล หรือ ความซึมเศร้า (anxiety or depression) ลักษณะคำตอบเป็นแบบการจำแนกความรุนแรง 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน คือ ไม่พบปัญหา พบปัญหาเล็กน้อย พบปัญหามาก พบปัญหาหนัก และไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นได้ หรือ พบปัญหามากที่สุด ในส่วนสุดท้ายให้ทำการประเมินคะแนนสุขภาพของตนเองจากการประมาณค่าด้วยสายตา (visual analog scale) ตั้งแต่ 0 ถึง 100 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง สุขภาพแย่มาก และ 100 คะแนน หมายถึง สุขภาพดีที่สุด แล้วมีการนำมาแปลเป็นภาษาไทย (EQ - 5D - 5L) โดย จันทนา พัฒนเภสัช

และคณะ (2554) ทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือจากการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) จากการหาค่า weighted Cohen's Kappa coefficient เท่ากับ 0.77

ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ

1) ภาวะสุขภาพ พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละคนย่อมต้องมีความแตกต่างกัน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ และการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน นำไปสู่การควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง และข้อจำกัดด้านร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง คือ ปัญหาการเจ็บป่วยเฉียบพลันจากอาการกำเริบ หรือภาวะแทรกซ้อนจากหลายโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคอัมพฤกษ์ หรือ อัมพาต โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะกระดูกพรุน เป็นต้น รวมไปถึงการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม ทำให้เกิดผลกระทบต่อการประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ความเจ็บป่วยดังกล่าวอาจส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเกิดความเสื่อมโทรมลง และการฟื้นฟูสภาพจำเป็นต้องใช้เวลานานจนอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ทำให้ต้องพึ่งพิงบุคคลอื่น ๆ (เกศกนก จงรัตน์, ศรีธยา ฤทธิ์ช่วยรอด, นันทวุฒิ วงศ์เมฆ และ นิพนธ์ รัตนคช, 2562)

2) ความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่า ข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองของผู้สูงอายุ เนื่องจากความสามารถในการทำหน้าที่ของโครงสร้างร่างกายเสื่อมถอยลง ภาวะโรคเรื้อรังต่างๆ ปัญหาจากสภาพจิตใจ และสังคมที่ส่งผลทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุลดลง ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตทั่วไปของผู้สูงอายุ ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อย และพบข้อจำกัดในการดูแลตนเอง บางรายอาจพบพฤติกรรมดูแลอย่างไม่เหมาะสม ขาดทักษะในการตัดสินใจต่อการดูแลตนเองอย่างมีเป้าหมาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความสามารถในการดูแลตนเองด้านต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร การรับประทานยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น ทำให้เกิดภาวะคุกคามของโรค หรือ ต้องพึ่งพิงบุคคลอื่นๆ มากยิ่งขึ้น ดังนั้นความสำคัญของความสามารถในการดูแลตนเองจากการที่ผู้สูงอายุสามารถควบคุมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิตอย่างอิสระ และลดการพึ่งพิงบุคคลอื่นๆ ให้มากที่สุด สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป (มุขรินทร์ สมคิด, 2562)

3) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่า หากผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตใจเสื่อมลงตามวัย อาจทำให้รากฐานของภาวะสุขภาพจิต การแสดงออกของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากผู้สูงอายุอาจเกิดความรู้สึกว่า สูญเสียการควบคุมความสามารถของตนเองแล้วยังเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น แผลกดทับ เป็นต้น อาจทำให้เกิดความรู้สึกว่าต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจากภาวะสุขภาพที่ทรุดโทรมร่วมกับความรู้สึกไม่เป็นอิสระในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองแล้วบุคคลนั้นยังคงต้องเผชิญต่อความรู้สึกที่ต้องยอมรับตนเองต่อการสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย บทบาททางสังคม

อื่นๆ และการรับรู้การตอบสนองความรู้สึกของบุคคลอื่นๆ ที่แสดงถึงการยอมรับในตัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย (มุขรินทร์ สมคิด, 2562)

4) การสนับสนุนทางสังคม พบว่า หากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการสนับสนุนด้านการเงิน และการได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเดิม อีกทั้งการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของศูนย์บริการสาธารณสุขต่างๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเกิดความพึงพอใจ หรือ การบริการดูแลที่บ้าน ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ การดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลเรื่องการกินยา การดูแลเรื่องการกินอาหาร การดูแลสายสวนปัสสาวะ การทำแผล การทำกายภาพบำบัด และการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ การให้บริการที่ตรงกับความต้องการย่อมทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น (สุนิสา วิลาศศรี, ขวัญใจ อำนางลัยชัยเชื้อ, พัทธพร เกิดมงคล และ เพลินพิศ บุญยมาลิก, 2563)

การอภิปรายผล

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนี้เป็นการรวบรวมองค์ความรู้จากงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด จำนวน 8 เรื่อง โดยพบข้อมูลความหมายของคุณภาพชีวิต ประเภทของคุณภาพชีวิต องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผลของการทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ยังพบประเด็นที่น่าสนใจ คือ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังได้รับความสนใจที่นำมาศึกษาไม่มากนัก จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพียง 8 เรื่อง แล้วยังทำการศึกษายาวในช่วงหลัง คือ พ.ศ. 2562 ถึง 2565 เป็นส่วนมากของงานวิจัยทั้งหมดที่สามารถสืบค้นข้อมูลได้ภายในระยะเวลาอันสั้น 20 ปี และงานวิจัยยังมุ่งเน้นทำการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) หรือการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research) แล้วพบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพียง 1 เรื่อง เท่านั้น ซึ่งยังขาดการวิจัยเชิงทดลอง (true-experimental research) และการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) และงานวิจัยจากต่างประเทศพบเพียง 2 เรื่อง ทำการศึกษาวิจัย ค.ศ. 2014 และ 2015 จึงทำให้เห็นว่า บริบทสังคมไทย และต่างประเทศแตกต่างกัน กล่าวคือ จากนโยบายขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (World Health Organization, 2003) ส่งผลให้ประเทศที่พัฒนาแล้วเล็งเห็นถึงความสำคัญแล้วเริ่มทำการศึกษาวิจัยก่อนประเทศที่กำลังพัฒนาอย่างประเทศไทย ซึ่งคุณภาพชีวิตย่อมมีความแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ของแต่ละประเทศอันเนื่องมาจากสภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม โครงสร้างการบริหารจัดการประเทศ และการเงินการคลัง รูปแบบการให้บริการ หรือ บทบาทของแต่ละภาคส่วนในสังคม (วรวรรณ ขาวด้วยวิทย์ และยศ วัชรคุปต์, 2560) จากการวิจัยยังพบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทำการศึกษากันเป็นจำนวนมากแต่ยังไม่ค่อยพบงานวิจัยที่ทำการศึกษานเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเปราะบางภายในสังคมอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากนัก

ทางนักวิจัยสามารถสรุปเนื้อหาสาระสำคัญเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กล่าวคือ ความหมายของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง การรับรู้ระดับของการมีชีวิตที่ดี สุขภาพ และความสุข

พอใจในชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ทำการประเมินอยู่หลากหลายรูปแบบ และปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

ข้อเสนอแนะ

การทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแล้วทำการรวบรวมข้อมูลเขียนออกมาเป็นบทความวิชาการที่สามารถนำไปเป็นข้อมูลด้านการปฏิบัติทางพยาบาลสำหรับบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมไปถึงสามารถนำผลการศึกษามาปรับใช้กับการเฝ้าระวังการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง หรือ ผลิตสื่อต่างๆ เพื่อส่งเสริมปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2566). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน).
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ฐานข้อมูลกลางกรมอนามัย : ข้อมูลสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ พ.ศ. 2566*. สืบค้นจาก <https://dohdatacenter.anamai.moph.go.th>
- เกศกนก จงรัตน์, ศรีธยา ฤทธิ์ช่วยรอด, นันทวุฒิ วงศ์เมฆ และ นิพนธ์ รัตนคช. (2562). ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(6), 1013-1020.
- จันทนา พัฒนเสถียร, มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์, ศิรินาถ ตงศิริ, วันทนีย์ กุลเพ็ง, ปฤษฎพร กิ่งแก้ว และ ยศ ตีระวัฒนานนท์ (2554). เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต EQ - 5D - 5L : การทดสอบคุณสมบัติการวัด และค่าน้ำหนักอรรถประโยชน์ภายในประชากรไทย. สืบค้นจาก <https://www.hitap.net/research/17587>
- ชมพูนุช พุ่มพิจ, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และ เดชา ทำดี. (2564). ความสามารถในการดูแล มุมมองด้านบวกในการดูแล และคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *พยาบาลสาร*, 48(3), 226-236.
- มุขรินทร์ สมคิด. (2562). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต)*. คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2539). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2526 (พิมพ์ครั้งที่ 6)*. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2554). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์.
- วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และ ยศ วัชรคุปต์. (2560). *ระบบประกันการดูแลระยะยาว : ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: บริษัท โรงพิมพ์วิฑูรย์การปก (1997) จำกัด.

- สุนิสา วิลาศรี, ขวัญใจ อำนางลัยชัย, พัชรพร เกิดมงคล และ เพลินพิศ บุญมาลิก. (2563). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบบริการระยะยาว กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 30(2), 164-176.
- สุภาภรณ์ นากลาง และ มณฑล ทองนิตย. (2559). ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 10(1), 62-69.
- สุวัฒน์ มหัตถินันต์กุล, วิระวรรณ ตันติพิพัฒนสกุล, วณิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และ วราณี พรมานะรังกุล. (2545). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI)*. สืบค้นจาก <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>
- Bergner, M., Bobbitt, R. A., Kressel, S., Pollard, W. E., Gilson, B. S., & Morris, J. R. (1976). The sickness impact profile: conceptual formulation and methodology for the development of a health status measure. *International Journal of Health Services*, 6(3), 393-415.
- Dijkstra, A., Hakverdioğlu, G., Muszalik, M., Andela, R., Korhan, E. A., & Kornatowska, K. (2015). Health related quality of life and care dependency among elderly hospital patients: an international comparison. *The Tohoku Journal Of Experimental Medicine*, 235, 193-200.
- Euro QoL Group. (1990). Euro QoL - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199-208.
- Ferrans, C. E. (1992). Conceptualizations of quality of life in cardiovascular research. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 7(1), 2-6.
- Nanda U., McLendon, P. M., Andresen, E. M., & Armbrrecht, E. (2003). The SIP68: an abbreviated sickness impact profile for disability outcomes research. *Quality of Life Research*, 12(5), 583-595.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: concepts of practice* (5th ed.). Missouri: Mosby-Year Book.
- Tobis, S., Jaracz, K., Kropinska, S., Talarska, D., Hoe, J., ..., & Suwalska, A. (2021). Needs of older persons living in long-term care institutions: on the usefulness of cluster approach. *BMC Geriatrics*, 21(316), 1-8.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of the assessment, field trial version*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2003). *The world oral health report 2003*. Geneva: World Health Organization.