



คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อในชุมชนลินสมุท จังหวัดปทุมธานี

ภัทริน สุกาญจนาศรเศรษฐ์ ภ.ม. เกษัชศาสตร์^{1*}

กมลลา สดับพจน์ ภ.ม. เกษัชศาสตร์¹

¹ วิทยาลัยเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

* ผู้ติดต่อ, อีเมล: pattarin_fai@hotmail.com

Vajira Med J. 2018; 62(6): 453-62

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2018.50>

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อในชุมชนลินสมุท จังหวัดปทุมธานี

วิธีการดำเนินการวิจัย: สุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อและอาศัยอยู่ในชุมชนลินสมุท ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ.2560 ถึงธันวาคม พ.ศ.2560 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย และใช้สถิติ independent t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละปัจจัย

ผลการศึกษา: ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเข้าร่วมการวิจัยและทำแบบสอบถามสมบูรณ์ มีทั้งสิ้น 33 คน ค่ามัธยฐานของอายุคือ 69 ปี [Interquartile range (IQR) 11 ปี] อาสาสมัครส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 และใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิทธิการรักษาร้อยละ 78.8 พบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 81.8 รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด ตามลำดับ มีจำนวนรายการยาที่ใช้ต่อวันเฉลี่ย 4.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ± 2.8 รายการ มีคุณภาพชีวิตในภาพรวมเฉลี่ย 82.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ± 13.1 คะแนน โดยส่วนใหญ่จัดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 78.8 ระดับของคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่จัดอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้พบว่าปัจจัยด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ชนิดของโรคไม่ติดต่อและจำนวนโรคร่วม ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่จำนวนรายการยาที่ได้รับต่อวันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยอาสาสมัครที่ได้รับยาน้อยกว่า 5 รายการจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่ได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป ทั้งคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

สรุป: คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อในชุมชนลินสมุท จังหวัดปทุมธานี ส่วนใหญ่จัดอยู่ในระดับปานกลาง โดยจำนวนรายการยาที่ได้รับต่อวันมีผลต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นการให้ความสำคัญต่อการลดการสั่งจ่ายยาที่ไม่จำเป็นหรือมีความซ้ำซ้อนในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่ออาจช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ โรคไม่ติดต่อ ชุมชนลินสมุท จังหวัดปทุมธานี



The Quality of Life of Elderly with Non-Communicable Diseases in Sinsamut Community, Pathumthani Province

Pattarin Sukarnjanaset MSc in Pharm^{1*}

Kamala Sadabpod MSc in Pharm¹

¹ College of pharmacy, Rangsit university

* Corresponding author, e-mail address: pattarin_fai@hotmail.com

Vajira Med J. 2018; 62(6): 453-62

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2018.50>

Abstract

Objective: To assess the Quality of Life (QoL) and the factors affecting QoL in elderly people with non-communicable diseases (NCDs) in Sinsamut community, Pathumthani province.

Methods: This study surveyed elderly people with NCDs living in Sinsamut Community between August 2017 to December 2017 by using a questionnaire for the general data and the World Health Organization Quality of Life Brief – Thai (WHOQOL-BREF-THAI). The independent t-test was used to compare QoL score between the two groups studied.

Results: Thirty-three elderly with NCDs participated and completed the study questionnaire. The median age was 69 years [Interquartile range (IQR) 11 years]. Most participants were female (66.7%) and entitled to universal health insurance (78.8%). The most common NCDs found in participants were hypertension (81.8%), followed by hyperlipidemia, diabetes and cardiovascular disease, respectively. The average number of medications used in participants was $4.8 \pm$ Standard deviation (SD) 2.8 items. The score for overall QoL was $82.2 \pm$ SD 13.1, mostly in the moderate level (78.8%). The quality of life levels for physical health, psychological, social relationships, including environmental domains, were in the moderate level. Age, sex, marital status, average monthly income, types of NCDs and numbers of diseases were not the factors that significantly affected QoL. Nevertheless, the number of medications used by participants statistically affected QoL ($p < 0.05$). The participants who received less than 5 drugs had better overall physical health domain of QoL than those who took 5 drugs or more.

Conclusion: Therefore, the emphasis on reducing unnecessary or overlapping drug orders to reduce the number of medications in the elderly with NCDs might improve patients' QoL.

Keywords: Quality of Life, elderly, non-communicable diseases

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุต่อประชากรทั้งหมดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2543 มีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 9 และคาดว่าในปี พ.ศ.2563 อาจเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 15 แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุมาเป็นระยะเวลามากกว่า 10 ปีแล้ว^{1,2} ซึ่งประชากรสูงอายุเป็นประชากรกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน เช่น การที่อวัยวะต่างๆ ทำหน้าที่ได้ลดลงทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย เกิดความกังวลทั้งจากปัญหาสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงด้านหน้าที่การงานและรายได้ ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง ต้องการการพึ่งพามากขึ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักถูกลดบทบาทจากการเป็นหัวหน้าครอบครัว กลายเป็นผู้ที่ต้องได้รับการเลี้ยงดูจากบุตรหลาน บางรายอาจถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง มีบทบาทและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดน้อยลง²

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ [Non-communicable diseases (NCDs)] เป็นกลุ่มโรคที่พบได้มากในประชากรสูงอายุ และในประเทศไทยมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 314,340 คน ในปี พ.ศ.2552 เป็น 349,090 คน ในปี พ.ศ.2556 หรือกล่าวได้ว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 8,687.5 คนต่อปี³ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อนอกจากจะประสบปัญหาด้านสุขภาพร่างกายและความกังวลทางด้านจิตใจต่อโรคที่เกิดขึ้นแล้ว การที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเป็นเวลานานและมีการใช้ยาหลายชนิดอาจส่งผลให้เกิดอันตรกิริยาของยา หรือเกิดผลข้างเคียงจากยาได้⁴

คุณภาพชีวิตในมุมมองทางด้านสุขภาพ หมายถึงการประเมินผลของโรคและการรักษาว่ามีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเองซึ่งแสดงถึงผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและการแพทย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หลายประเทศต่างให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของประชากรและกำหนดเป็นเป้าหมายหลักที่สำคัญของการพัฒนาประเทศ^{5,6} ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อนจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมที่อาจส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงได้ โดยมีการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อมีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ($p < 0.01$)⁷ และถึงแม้จะได้รับยาเพื่อรักษาโรคประจำตัวแล้วแต่ยา ก็อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ

ของผู้ป่วยได้ ทั้งในด้านสุขภาพร่างกายจากการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ได้รับ และด้านสุขภาพจิตใจจากความเครียด กลัวและวิตกกังวลถึงผลจากการใช้ยาและผลข้างเคียงของยาที่ใช้ ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไม่ดีเท่าที่คาดหวังไว้⁴ นอกจากนี้ปัจจัยที่มีการศึกษาว่ามีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ปัญหาภาวะสุขภาพ และจำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ^{8,9} การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อนในชุมชนลินสมุทรวงจังหวัดปทุมธานี เนื่องจากเป็นชุมชนต้นแบบในเขตเทศบาลนครรังสิต มีเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขลงเยี่ยมบ้าน ทำให้มีข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ชัดเจน และยังไม่เคยมีการศึกษาด้านคุณภาพชีวิตมาก่อน เพื่อเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนทางการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยสำรวจภาคตัดขวางระหว่างเดือนสิงหาคม – ธันวาคม พ.ศ.2560 โดยการลงพื้นที่สำรวจตามบ้านทุกหลัง เก็บข้อมูลในผู้ที่มีสัญชาติไทยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทุกราย ที่อาศัยอยู่ในชุมชนลินสมุทรวง จังหวัดปทุมธานี ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคไม่ติดต่อนอย่างน้อย 1 ชนิด โดยสอบถามจากผู้ป่วยและอ้างอิงข้อมูลจากศูนย์บริการสาธารณสุข 1 เทศบาลนครรังสิต ผู้ป่วยสามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย มีเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ และมีปัญหาการสื่อสารจนเป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต (เลขที่ 09/2560) โดยผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงและมีเอกสารชี้แจงรายละเอียดการวิจัยให้แก่อาสาสมัครทุกรายอ่าน เมื่ออาสาสมัครยินยอมและลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์อาสาสมัครโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สอบถามข้อมูลเพศ อายุ น้ำหนัก ประวัติการแพทย์ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการ

รักษาพยาบาล อาชีพ โรคประจำตัว ยา อาหารเสริม สมุนไพร ที่ใช้รักษา เป็นต้น จากนั้นสอบถามคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครโดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)^{10,11} ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นที่ยอมรับ มีการใช้อย่างแพร่หลาย และมีความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (ค่า Cronbach's alpha อยู่ระหว่าง 0.61 ถึง 0.81¹² และ 0.91¹³) โดยเครื่องมือนี้มีทั้งสิ้น 26 คำถาม แบ่งเป็น 4 มิติ ได้แก่ มิติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยแต่ละข้อคำถามมี 5 ตัวเลือกตอบ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด คะแนนแต่ละข้ออยู่ระหว่าง 1 ถึง 5 โดยที่คะแนนมากจะหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดี การแปลผลแบ่งได้ 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตระดับดี (คะแนน 96 - 130 คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนน 61 - 95 คะแนน) และระดับไม่ดี (คะแนน 26 - 60 คะแนน) ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้อาสาสมัครฟังและเลือกตอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม IBM SPSS statistics 22 (IBM Corp., Bangkok, Thailand) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการหาความชุกของข้อมูลพื้นฐานทั่วไปและคุณภาพชีวิตของอาสาสมัคร และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ independent t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละปัจจัย

ผลการวิจัย

คุณลักษณะพื้นฐานของอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัย

จากการเก็บข้อมูลในชุมชนสันสมุท จังหวัดปทุมธานี ระหว่างเดือนสิงหาคม - ธันวาคม พ.ศ.2560 พบผู้สูงอายุ จำนวน 60 คน มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อจำนวน 43 คนยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและทำแบบสอบถามจนครบถ้วนสมบูรณ์ 33 คน มีค่ามัธยฐานของอายุอยู่ที่ 69 (IQR 11) ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.7 อาสาสมัครทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ด้านสถานภาพสมรส มีอาสาสมัครที่แต่งงานหรืออยู่ด้วยกันร้อยละ 51.5 เป็นหม้ายหรือหย่าร้างร้อยละ 39.4 โดยร้อยละ 87.9 พักอาศัยอยู่กับบุตร/หลาน ร้อยละ 39.4 พัก

อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา ในขณะที่ร้อยละ 15.2 และ 3.0 พักอาศัยอยู่กับญาติ/พี่น้อง และอยู่คนเดียวตามลำดับ อาสาสมัครส่วนใหญ่ร้อยละ 81.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 57.6 ตั้งแต่ 5,000 ถึง 10,000 บาท ร้อยละ 27.3 และ 10,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 15.1 โดยแหล่งที่มาของรายได้ในปัจจุบันมาจากบุตรหลาน/ญาติพี่น้องร้อยละ 60.6 รองลงมาคือจากเบี้ยยังชีพร้อยละ 45.5 ดังแสดงในตารางที่ 1

อาสาสมัครส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นสิทธิการรักษาคิดเป็นร้อยละ 78.8 มีประวัติโรคไม่ติดต่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 81.8 รองลงมาคือโรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 48.5, 48.5 และ 30.3 ตามลำดับ มีผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมากกว่า 2 โรคคิดเป็นร้อยละ 45.5 และมีค่าเฉลี่ยจำนวนรายการยาที่ใช้ต่อวันอยู่ที่ 4.8±2.8 รายการ โดยส่วนใหญ่จะเป็นผู้จ่ายยาใช้เองร้อยละ 84.9 และไม่มีรายใดแจ้งว่าเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ดังแสดงในตารางที่ 2

คุณภาพชีวิตของอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัย

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อในชุมชนสันสมุท จังหวัดปทุมธานี มีคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ที่ 82.2±13.1 คะแนน จัดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 78.8 รองลงมาเป็นระดับดีร้อยละ 18.2 และระดับไม่ดีร้อยละ 3.0 เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่าคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครส่วนใหญ่จัดอยู่ในระดับปานกลางทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม (ค่าเฉลี่ย 21.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ±4.9, 19.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ±3.7, 9.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ±2.0 และ 25.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ±4.1 คะแนน ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรวมคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครจำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน โดยใช้สถิติ independent t-test พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05) ทั้งในปัจจัยด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 1:

แสดงข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของอาสาสมัคร (จำนวน 33 ราย)

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป		จำนวน (ร้อยละ)
อายุ, ปี		69 (11)*
เพศหญิง		22 (66.7)
สถานภาพสมรส	โสด	2 (6.1)
	แต่งงานหรืออยู่ด้วยกัน	17 (51.5)
	แยกกันอยู่	1 (3.0)
	หย่าร้างหรือหม้าย	13 (39.4)
ผู้พักอาศัยอยู่ร่วม	อาศัยอยู่คนเดียว	1 (3.0)
	อยู่กับสามี/ภรรยา	13 (39.4)
	อยู่กับบุตร/หลาน	29 (87.9)
	อยู่กับพี่น้อง/ญาติ	5 (15.2)
วุฒิการศึกษาสูงสุด	ต่ำกว่าประถมศึกษา	6 (18.2)
	ประถมศึกษา	21 (63.6)
	มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	1 (3.0)
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.	2 (6.1)
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2 (6.1)
	อื่นๆ	1 (3.0)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	ต่ำกว่า 5,000 บาท	19 (57.6)
	5,000 – 10,000 บาท	9 (27.3)
	10,001 บาทขึ้นไป	5 (15.1)
แหล่งที่มาของรายได้ปัจจุบัน	บุตรหลาน/ญาติพี่น้อง	20 (60.6)
	เบี้ยยังชีพ	15 (45.5)
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	6 (18.2)
	บำเหน็จ/บำนาญ	4 (12.1)
	รับจ้าง/อาชีพอิสระ	2 (6.1)

*ค่าที่แสดงคือ ค่ามัธยฐาน [Interquartile (IQR)] เนื่องจากมีการกระจายตัวไม่เป็นปกติ

ตารางที่ 2:

แสดงข้อมูลด้านสุขภาพของอาสาสมัคร (จำนวน 33 ราย)

ข้อมูลด้านสุขภาพ		จำนวน (ร้อยละ)
ประวัติโรคไม่ติดต่อ	ความดันโลหิตสูง	27 (81.8)
	ไขมันในเลือดสูง	16 (48.5)
	เบาหวาน	16 (48.5)
	หัวใจและหลอดเลือด	10 (30.3)
	หอบหืด/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	4 (12.1)
	ไตเรื้อรัง	3 (9.1)
	อื่นๆ	3 (9.1)
	สิทธิการรักษา	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ประกันสังคม		1 (3.0)
ข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ		1 (3.0)
จ่ายเอง		1 (3.0)
ไม่ระบุ		3 (9.1)
จำนวนโรคร่วมที่เป็น (โรค)	ไม่เกิน 2 โรค (จำนวน 18 ราย)	18 (54.5)
	มากกว่า 2 โรค (จำนวน 15 ราย)	15 (45.5)
จำนวนรายการยาที่ใช้ต่อวัน		4.8 ± 2.8*
	น้อยกว่า 5 รายการ (จำนวน 14 ราย)	14 (42.4)
	ตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป (จำนวน 19 ราย)	19 (57.6)

*ค่าที่แสดงคือ ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 3:

แสดงคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครที่เข้าร่วมงานวิจัย (จำนวน 33 ราย)

มิติ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ (mean ± SD)	จำนวนคนตามระดับคุณภาพชีวิต (ร้อยละ)		
			คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตดี
ด้านร่างกาย	35	21.2 ± 4.9	5 (15.2)	26 (78.8)	2 (6.1)
ด้านจิตใจ	30	19.6 ± 3.7	3 (9.1)	23 (69.7)	7 (21.2)
ด้านสังคม	15	9.9 ± 2.0	5 (15.2)	22 (66.7)	6 (18.2)
ด้านสิ่งแวดล้อม	40	25.9 ± 4.1	1 (3.0)	25 (75.8)	7 (21.2)
สุขภาพทั่วไปและคุณภาพชีวิตโดยรวม	10	5.7 ± 1.4	-	-	-
คะแนนรวม	130	82.2 ± 13.1	1 (3.0)	26 (78.8)	6 (18.2)

ตารางที่ 4:

แสดงคะแนนรวมคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครที่เข้าร่วมงานวิจัยจำแนกตามปัจจัยต่างๆ

	ปัจจัย	คะแนนรวม คุณภาพชีวิต (mean \pm SD)	p-value
อายุ	60-69 ปี (จำนวน 18 ราย)	82.4 \pm 12.5	0.62
	70 ปีขึ้นไป (จำนวน 15 ราย)	81.8 \pm 14.2	
เพศ	ชาย (จำนวน 11 ราย)	77.6 \pm 12.2	0.16
	หญิง (จำนวน 22 ราย)	84.5 \pm 13.2	
สถานภาพสมรส	แต่งงานหรืออยู่ด้วยกัน (จำนวน 17 ราย)	79.8 \pm 11.3	0.45
	หย่าร้างหรือหม้าย (จำนวน 13 ราย)	83.6 \pm 15.9	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	น้อยกว่า 5,000 บาท (จำนวน 19 ราย)	83.8 \pm 11.7	0.43
	ตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป (จำนวน 14 ราย)	80.1 \pm 14.9	
โรคไม่ติดต่อที่เป็น	โรคเบาหวาน		0.80
	ไม่เป็น (จำนวน 17 ราย)	81.7 \pm 15.0	
โรคความดันโลหิตสูง	เป็น (จำนวน 16 ราย)	82.8 \pm 11.2	0.54
	ไม่เป็น (จำนวน 6 ราย)	79.2 \pm 5.8	
โรคไขมันในเลือดสูง	เป็น (จำนวน 27 ราย)	82.9 \pm 14.2	0.85
	ไม่เป็น (จำนวน 17 ราย)	82.7 \pm 12.7	
โรคหัวใจและหลอดเลือด	เป็น (จำนวน 16 ราย)	81.8 \pm 13.9	0.13
	ไม่เป็น (จำนวน 23 ราย)	84.5 \pm 13.3	
จำนวนโรครวม	ไม่เกิน 2 โรค (จำนวน 18 ราย)	84.8 \pm 14.0	0.22
	มากกว่า 2 โรค (จำนวน 15 ราย)	79.1 \pm 11.7	
จำนวนรายการยาที่ได้รับต่อวัน	น้อยกว่า 5 รายการ (จำนวน 14 ราย)	87.6 \pm 11.0	0.04
	ตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป (จำนวน 19 ราย)	78.2 \pm 13.3	

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติ independent t-test พบว่าชนิดของโรคไม่ติดต่อที่ผู้สูงอายุเป็นและจำนวนโรครวมไม่ได้มีผลต่อค่าเฉลี่ยคะแนนรวมคุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่จำนวนรายการยาที่ได้รับต่อวันส่งผลให้เกิดความแตกต่างของคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยทำการวิเคราะห์แยกเป็นกลุ่มที่ได้รับยาน้อยกว่า 5 รายการ และกลุ่มที่ได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป เนื่องจากมีการศึกษาก่อนหน้านี้¹⁴⁻¹⁶ ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการใช้ยาตั้งแต่ 5

รายการขึ้นไป จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากยามากขึ้น ส่งผลให้มีการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) ซึ่งในการศึกษานี้พบว่าผู้ที่ได้รับยาน้อยกว่า 5 รายการจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่ได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไปทั้งคะแนนรวมคุณภาพชีวิต คะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และสุขภาพทั่วไปและคุณภาพชีวิตโดยรวม ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5:

แสดงคะแนนคุณภาพชีวิต (คะแนนรวมและคะแนนแยกมิติ) ของอาสาสมัครที่เข้าร่วมงานวิจัยจำแนกตามจำนวนรายการยาที่ได้รับต่อวัน

มิติ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ (mean ± SD)		p-value
		ยาน้อยกว่า 5 รายการ	ยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป	
คะแนนรวม	130	87.6 ± 11.0	78.2 ± 13.3	0.04
ด้านร่างกาย	35	23.4 ± 3.6	19.6 ± 5.2	0.03
ด้านจิตใจ	30	20.9 ± 3.0	18.5 ± 3.9	0.07
ด้านสังคม	15	10.4 ± 2.3	9.5 ± 1.6	0.17
ด้านสิ่งแวดล้อม	40	26.5 ± 3.4	25.4 ± 4.6	0.47
สุขภาพทั่วไปและคุณภาพชีวิตโดยรวม	10	6.4 ± 0.9	5.2 ± 1.4	0.01

วิจารณ์

จากผลการวิจัย คะแนนรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อในชุมชนลินสมุทร จังหวัดปทุมธานี ส่วนใหญ่จัดอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 78.8) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่จัดอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรจิตต์ และคณะ ซึ่งศึกษาในผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบางมูลนาก อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร จำนวน 294 คน ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านจิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านสุขภาพทางกายอยู่ในระดับน้อย¹⁷ และการศึกษาของ ธาริน และคณะ ซึ่งศึกษาในผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี จำนวน 335 คน ก็พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านร่างกาย สภาพแวดล้อม และจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับดี¹⁸ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากชุมชนลินสมุทรเป็นชุมชนที่อยู่ในเขตเทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี ซึ่งมีการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้สะดวก มีเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้าเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอในทุกสัปดาห์ ทำให้คะแนนรวมคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงดี ส่วนคุณภาพ

ชีวิตรายด้านจะแตกต่างกันไปตามบริบทของสังคมและชุมชนที่อยู่อาศัย

จากผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อจำแนกตามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล พบว่า คุณภาพชีวิตไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \geq 0.05$) ทั้งในปัจจุบันด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน สอดคล้องกับการศึกษาของปิยภรณ์ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีเพศ สถานภาพสมรสต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน¹⁹ ในส่วนของปัจจัยด้านอายุ หลายการศึกษาที่มีข้อมูลที่ขัดแย้งกันอยู่ เช่น การศึกษาของธารินและคณะระบุว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มอื่น¹⁸ ในขณะที่การศึกษาของสุรจิตต์และคณะ ระบุว่าอายุไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ¹⁷

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยด้านสุขภาพพบว่าจำนวนรายการยาที่ได้รับต่อวันส่งผลให้เกิดความแตกต่างของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยผู้ที่ได้รับยาน้อยกว่า 5 รายการจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่ได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป ทั้งคะแนนรวมคุณภาพชีวิต คะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และสุขภาพทั่วไปและคุณภาพชีวิตโดยรวม สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการใช้ยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากยา ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะอย่าง

ยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ¹⁴⁻¹⁶รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะไม่ได้ใช้ยาที่มีความเหมาะสม^{20,21} โดยจากการศึกษาของ Henderson และคณะ ทำการศึกษาในชาวอินเดียนอเมริกัน อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปที่มีการใช้ยามากกว่าหรือเท่ากับ 4 รายการ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาหลายรายการ จะมีความสัมพันธ์กับการลดลงของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย (physical component summary score of the SF-36) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.30$, $p=0.02$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตใจ (mental component summary score of the SF-36) ($r=0.06$, $p=0.67$)⁹

สรุปผลการศึกษา

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อในชุมชน สิบสมุทร จังหวัดปทุมธานี มีคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ที่ 82.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ± 13.1 คะแนน โดยส่วนใหญ่จัดอยู่ในระดับปานกลางทั้งในภาพรวม และรายด้าน (ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม) โดยปัจจัยด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ชนิดของโรคไม่ติดต่อที่เป็น และจำนวนโรคคร่อมไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่จำนวนรายการยาที่ได้รับต่อวัน ส่งผลให้เกิดความแตกต่างของคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยผู้ที่ได้รับยาน้อยกว่า 5 รายการจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่ได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป ดังนั้น หากบุคลากรทางการแพทย์ให้ความสำคัญในการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการใช้ยาหลายรายการ ให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับยา ติดตามปัญหาการใช้ยา ลดการใช้ยาที่มีความซ้ำซ้อนหรือไม่มีความจำเป็นลง อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาและมีคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาใน 1 ชุมชน ทำให้จำนวนประชากรค่อนข้างน้อย จึงควรทำการศึกษาเพิ่มเติมไปยังชุมชนอื่นๆ เพื่อให้ได้กลุ่มประชากรที่ขนาดใหญ่ขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านนายกเทศมนตรีเทศบาลนครรังสิต นายธีรวิทย์ กลิ่นกุสมุ ที่กรุณาให้อนุญาตแก่อาจารย์ นักศึกษา

และเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขได้ลงพื้นที่สำรวจข้อมูล ในครั้งนี้ ขอขอบคุณ คุณทัศนีย์ เจริญอัครสุข หัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุข 1 (ชุมชนสิบสมุทร) ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในการประสานงานและอำนวยความสะดวกในการลงพื้นที่ ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขทุกท่าน และผู้สูงอายุในชุมชนสิบสมุทร ตำบลหลักหก ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. The National Statistical Office. The 2014 survey of the older persons in Thailand. Bangkok: Text and Journal Publication; 2014. (in Thai)
2. The National Committee of Promotion and Coordination of the Elderly. The 2nd national elderly plan (2002-2021). Bangkok: Kurusapa Printing Ladphrao; 2002. (in Thai)
3. The International Health Policy Program. The 2nd report on the situation of NCDs: kick off to the goals. Nonthaburi; 2016. (in Thai)
4. Murawski MM, Bentley JP. Pharmaceutical therapy-related quality of life : conceptual development. *J Soc Adm Pharm.* 2001;18:2-14.
5. WHOQOL G. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kunyken W, editors. Quality of life assessment : International perspective. Berlin: Springer-Verlag; 1994.
6. Sakthong P. Health-related quality of life. 1 ed. Bangkok: Chulalongkorn university press; 2011. (in Thai)
7. Kind P, Dolan P, Gudex C, Williams A. Variations in population health status : result from a United Kingdom national questionnaire survey. *BMJ.* 1998;316:736-41.
8. Lubetkin EI, Jia H, Franks P, Gold MR. Relationship among sociodemographic factors, clinical

- conditions, and health-related quality of life: examining the EQ-5D in the U.S. general population. *Qual Life Res.* 2005;14:2187-96.
9. Henderson JA, Buchwald D, Manson SM. Relationship of medication use to health-related quality of life among a group of older American Indians. *J Appl Gerontol.* 2006;20:1-15.
 10. WHOQOL G. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of Life assessment. *Psychological Medicine.* 1998;28:551-8.
 11. Mahatnirunkul S, Tuntipivatnaskul W, Pumpisanchai W, et al. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). *J Ment Health Thai.* 1998;5:4-15. (in Thai)
 12. Sakthong P, Schommer JC, Gross CR, Sakulbumrungsil R, Prasithsirikul W. Psychometric properties of WHOQOL-BREF-THAI in patients with HIV/AIDS. *J Med Assoc Thai.* 2007;90:2449-60. (in Thai)
 13. Sakthong P, Kasemsup V. Health-related quality of life in Thai peritoneal dialysis patients. *Asian Biomedicine.* 2011;5:799-805. (in Thai)
 14. Agostini JV, Han L, Tinetti M. The relationship between number of medications and weight loss or impaired balance in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52:1719-23.
 15. Franic DM, Jiang JZ. Potentially inappropriate drug use and health-related quality of life in the elderly. *Pharmacotherapy.* 2006;26:768-78.
 16. Hamilton HJ, Gallagher PF, Mahony D. Inappropriate prescribing and adverse drug events in older people. *BMC Geriatr.* 2009;9:5.
 17. Wuttigarn S, Jombunruang P, Sansorawisut P. Factors that influence the quality of life in the Bangmulnak municipality, Bang MunNak district, Phichit province [Thesis]. Nakhon Sawan: Nakhon Sawan Rajabhat University; 2007. (in Thai)
 18. Sukanun T, Jariyasilp S, Thummanon T, Jitpakdee P. Quality of life of the elderly in Bansuan municipality, Chonburi province, Thailand. *J Public Health.* 2011;41:240-9. (in Thai)
 19. Laohabut P. The quality of life of the elderly in moo 7 community of Plootaluang sub-district, Sattahip district, Chon Buri province [Thesis]. Chon Buri: Burapha University; 2014. (in Thai)
 20. Cleland JG, Baksh A, Louis A. Polypharmacy (or polytherapy) in the treatment of heart failure. *Heart Fail Monit.* 2000;1:8-13.
 21. Kuijpers MA, Marum RJ, Egberts AC, Jansen PA. Relationship between polypharmacy and underprescribing. *Br J Clin Pharmacol.* 2008;65:130-3.