

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิดในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง: การวิจัยผานวิธี

สุขมาพร พึ่งผาสุก, พย.ม.¹ สมเกียรติ สุทธิรัตน์, กศ.ม.^{2*}

วันที่รับ: 13 พฤษภาคม 2568 วันที่แก้ไข: 23 เมษายน 2569 วันที่ตอบรับ: 28 เมษายน 2569

บทคัดย่อ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิดส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การวิจัยแบบผสมผสานเชิงอธิบายตามลำดับครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิด กลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงปริมาณคือ ผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิดในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง จำนวน 38 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่าย การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ผู้อำนวยการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุ ฉบับภาษาไทย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ดัชนีบาร์เทิล ฉบับภาษาไทย แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย และแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 .87 .80 และ .75 ตามลำดับ และแนวสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สหสัมพันธ์อันดับ สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน และใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านการตายและความตายอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูงมาก ($r_s = -.900, p < .001$) ส่วน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สมรรถภาพทางสมอง ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับสูง ($r_s = .782, p < .001$) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r_s = .324, p = .047$) แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิด คือ การลดภาวะซึมเศร้าโดยการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การบูรณาการกิจกรรมกระตุ้นสมองเข้ากับการฝึกกิจวัตรประจำวัน และการจัดบริบทการดูแลที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมและการดำรงคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุ, ภาวะบกพร่องทางการรู้คิด, ภาวะซึมเศร้า, กิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน

พะเยา

¹ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล somkiat.sutth@npu.ac.th

Factors associated with quality of life among older adults screening positive for cognitive impairment in a social welfare development center: A mixed methods study

Sukhamabhorn Phuengphasook, M.N.S.¹ *Somkijat Suttharat*, M.Ed.^{2*}

Received: May 13, 2025 Revised: Apr 23, 2026 Accepted: Apr 28, 2026

Abstract

The quality of life of older adults screening positive for cognitive impairment significantly affects their daily functioning. This explanatory sequential mixed-methods study aimed to examine factors associated with quality of life and to explore approaches for improving the quality of life among older adults screening positive for cognitive impairment. The quantitative phase comprised 38 older adults screening positive for cognitive impairment at a social welfare development center for older persons, selected via simple random sampling. For the qualitative phase, key informants included the center director, caregivers, and older adults screening positive for cognitive impairment. Data were collected using the Thai Geriatric Depression Scale, the Thai Barthel Index for Activities of Daily Living, the Thai Mini-Mental State Examination, and the Thai version of the World Health Organization Quality of Life Scale for Older Adults. The instruments demonstrated Cronbach's alpha coefficients of .85, .87, .80, and .75, respectively. In addition, in-depth interviews were conducted. Data analysis utilized Pearson's correlation, eta correlation, Spearman's rank correlation, and content analysis. The findings revealed that the overall quality of life of older adults screening positive for cognitive impairment was at a moderate level, though the death and dying domain was rated at a good level. Regarding associated factors, depression showed a very high significant negative correlation with quality of life ($r_s = -.900$, $p < .001$). Conversely, cognitive function demonstrated a high significant positive correlation ($r_s = .782$, $p < .001$), while the ability to perform basic activities of daily living showed a low significant positive correlation ($r_s = .324$, $p = .047$). Guidelines for improving the quality of life of older adults screening positive for cognitive impairment include mitigating depression through social interaction activities, integrating cognitive stimulation activities into activities of daily living training, and fostering a care environment that enhances participation and self-esteem of older adults.

Keywords: Quality of life of older adults, Older adults, Cognitive impairment, Depression, Activities of daily living

¹ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

² Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

* Corresponding author, e-mail: somkiat.sutth@npu.ac.th

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว อย่างเป็นทางการ ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 13,444,127 คน คิดเป็นร้อยละ 20.69 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าภายในปี พ.ศ. 2573 สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 30 (Department of Older Persons, 2024; United Nations, 2023) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวส่งผลให้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุทวีความสำคัญมากขึ้น โดยเฉพาะการเสื่อมถอยด้านการรู้คิด ซึ่งมีความต่อเนื่องตั้งแต่ความบกพร่องทางการรู้คิดในระยะเริ่มต้นไปจนถึงภาวะสมองเสื่อม (dementia) อันเป็นภาวะเรื้อรังที่กระทบต่อความจำ การคิด การใช้เหตุผล อารมณ์ พฤติกรรม และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 57 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่เกือบ 10 ล้านคนต่อปี (World Health Organization, 2025) อย่างไรก็ตาม ก่อนที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งอาจมีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิด ซึ่งแม้จะยังไม่ใช่การวินิจฉัยโรคโดยตรง แต่สะท้อนความเสี่ยงต่อการเสื่อมถอยด้านการรู้คิดและบ่งชี้ถึงความเป็นของการประเมินเพิ่มเติมโดยผู้เชี่ยวชาญ (Atri et al., 2025) นอกจากนี้ ความบกพร่องทางการรู้คิดยังอาจสัมพันธ์กับปัจจัยสำคัญหลายด้าน โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางการรู้คิด ซึ่งล้วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Gopalakrishnan et al., 2024; Tanaka et al., 2025) ความสัมพันธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดชีวิตจิตสังคม ซึ่งมองว่าผลลัพธ์ด้านสุขภาพเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ร่วมกันของปัจจัยด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม มากกว่าการอธิบายด้วยปัจจัยด้านใดด้านหนึ่งเพียงลำพัง (Engel, 1977; Bolton, 2023)

ในบริบทของประเทศไทย ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุเป็นหน่วยบริการภายใต้กรมกิจการผู้สูงอายุ ที่มีบทบาทในการจัดบริการสวัสดิการ ค้ำครอง ช่วยเหลือ ดูแล และฟื้นฟูผู้สูงอายุ ทั้งในรูปแบบการดูแลแบบสถาบันและการสนับสนุนในชุมชน (Department of Older Persons, 2024) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ พื้นที่ศึกษาเป็นศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นบริบทการดูแลแบบพักอาศัยที่ผู้สูงอายุต้องดำเนินชีวิตภายใต้สภาพแวดล้อมของสถาบัน มีกิจวัตรประจำวันร่วมกัน และอาศัยบทบาทของผู้บริหาร ผู้ดูแล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการดำรงชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยจากสถิติของกรมกิจการผู้สูงอายุ ณ วันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ศูนย์ดังกล่าวมีผู้สูงอายุพักอาศัยรวม 88 คน และมีผู้สูงอายุรับบริการประเภทสามัญ 16 คน (Department of Older Persons, 2024) สะท้อนให้เห็นภาระการดูแลและความจำเป็นของการจัดบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในบริบทจริง ทั้งนี้ ลักษณะของการดูแลแบบสถาบันแตกต่างจากการอยู่อาศัยในครอบครัวทั้งในด้านสิ่งแวดล้อม การพึ่งพาผู้อื่น และโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ขณะที่การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการรู้คิดในสถานดูแลระยะยาวมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านอารมณ์ การทำหน้าที่ของร่างกาย และบริบทการดูแล แต่หลักฐานส่วนใหญ่ยังมาจากการศึกษาในต่างประเทศ จึงยังมีช่องว่างองค์ความรู้ในบริบทศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุของไทย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิด ซึ่งอาจเผชิญปัญหาซับซ้อนทั้งด้านอารมณ์ การทำกิจวัตรประจำวัน การพึ่งพาผู้ดูแล และการมีส่วนร่วมทางสังคมภายใต้ระบบดูแลแบบสถาบัน จึงยังขาดข้อมูลที่อธิบายทั้งระดับของปัญหาและบริบทเชิงลึกของพื้นที่ศึกษาอย่างเพียงพอ

ด้วยเหตุนี้ การศึกษานี้จึงมุ่งศึกษาระดับคุณภาพชีวิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิดในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง โดยใช้การวิจัยผสานวิธีแบบอธิบายตามลำดับ เนื่องจากรูปแบบดังกล่าวเหมาะสำหรับการใช้ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่ออธิบายระดับของปัญหาและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ก่อนต่อยอดด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อขยายความผลการวิจัยให้ลุ่มลึกขึ้นในมิติของประสบการณ์ ความหมาย และบริบทการดูแลจริงของพื้นที่ศึกษา การออกแบบเช่นนี้ช่วยให้ข้อค้นพบมีความสมบูรณ์มากขึ้น ทั้งในเชิงการอธิบายว่า ปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และในเชิงการทำความเข้าใจว่าเหตุใดปัจจัยเหล่านั้นจึงสำคัญในบริบทของการดูแลแบบสถาบัน (Rana & Chimoriya, 2025; Sugg et al., 2025;

Hawkins et al., 2026) เมื่อทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตแล้ว ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบกิจกรรมลดภาวะซึมเศร้า ส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามศักยภาพ พัฒนากิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด และวางแผนการดูแลรายบุคคลให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุในบริบทของศูนย์ ตลอดจนใช้ประกอบการพัฒนาระบบบริการและการตัดสินใจเชิงบริหารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิดในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิดในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิดในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้บูรณาการ แนวคิดชีวิตสังคม (Engel, 1977) ร่วมกับ แนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1995) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิด ประกอบด้วยปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ อายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางการรู้คิด ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า แสดงดังแผนภาพที่ 1

1. ปัจจัยด้านร่างกาย

- อายุ
- ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- สมรรถภาพทางการรู้คิด

2. ปัจจัยด้านจิตใจ

- ภาวะซึมเศร้า

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
ที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความ
บกพร่องทางการรู้คิด

แผนภาพที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานเชิงอธิบายตามลำดับ ซึ่งเป็นรูปแบบที่เริ่มจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณแล้วตามด้วยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายหรือขยายผลจากข้อมูลเชิงปริมาณให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น (Creswell & Plano Clark, 2017) เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 20 มกราคม พ.ศ.2568 ถึง วันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง

ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

- 1) ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิดในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2567 จำนวน 86 คน (Department of Older Persons, 2024)
- 2) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิดในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง ปี พ.ศ.2567 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามความเป็นไปได้ในการเข้าถึงประชากรเป้าหมายในพื้นที่ศึกษา เนื่องจากดำเนินการในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง และมุ่งศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิด ซึ่งมีจำนวนผู้ที่เข้าเกณฑ์จำกัดและเป็นกลุ่มเปราะบางในบริบทการดูแลแบบสถาบัน ผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและสามารถเข้าถึงได้จริงจำนวน 38 ราย

เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงปริมาณสำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้น และใช้เป็นฐานสำหรับการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะถัดไป ทั้งนี้ แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการกำหนดขนาดตัวอย่างในงานวิจัยผานวิธี ซึ่งควรพิจารณาทั้งคำถามวิจัย การออกแบบการศึกษา ความเพียงพอของข้อมูลเชิงคุณภาพและความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลจริง (Creswell & Plano Clark, 2026; Malterud et al., 2016; Vasileiou et al., 2018)

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้สูงอายุที่พักอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง 2) สามารถฟัง พูด และสื่อสารภาษาไทยได้ รวมทั้งสามารถรับฟังคำถามและให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ได้ 3) มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิดจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ตามจุดตัดระดับการศึกษา ได้แก่ ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีคะแนนต่ำกว่า 14 จาก 23 คะแนน ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีคะแนนต่ำกว่า 17 จาก 30 คะแนน และผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษามีคะแนนต่ำกว่า 22 จาก 30 คะแนน ทั้งนี้ ผลคัดกรองดังกล่าวใช้เพื่อระบุความบกพร่องทางการรู้คิดเบื้องต้น มิได้ใช้เป็นการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมหรือ mild cognitive impairment โดยตรง 4) สมครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีความบกพร่องด้านการมองเห็นหรือการได้ยินจนไม่สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้อย่างเหมาะสม 2) มีความบกพร่องของการประสานงานระหว่างมือและตาจนไม่สามารถทำกิจกรรมหรือทำแบบทดสอบสมรรถภาพทางการรู้คิดได้ 3) มีอาการทางจิตในระดับรุนแรง หรือมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ และ 4) มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือโรคประจำตัวกำเริบในช่วงเวลาที่ดำเนินการเก็บข้อมูล

3) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ผู้อำนวยการ ผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิดรวม 16 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง ที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิด มีข้อคำถาม 4 ข้อ ลักษณะเป็นแบบให้เลือกตอบหรือเติมข้อความ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว และระดับการศึกษา

1.2 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (TGDS-15) (Wongpakaran et al., 2016) ใช้ประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีจำนวนคำถาม 15 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 2 ระดับ (0-1 คะแนน) “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” เป็นข้อคำถามทางบวก 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 5, 7, 11 และ 13 อีก 10 ข้อ เป็นข้อคำถามทางลบ มีคะแนนรวม 0-15 คะแนน คะแนนรวมสูงหมายถึงมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 0-5 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 6-10 คะแนน หมายถึง มีแนวโน้มภาวะซึมเศร้า และ 11-15 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า

1.3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานดัชนีบาร์เทิลฉบับภาษาไทย (Barthel Activities of Daily Living Index Thai version [Barthel ADL index]) (Jitapunkul, 2001) ใช้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองภายใต้ข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวและสมรรถภาพทางกาย โดยครอบคลุมกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การลุกนั่งหรือเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ และการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ มีคะแนนรวม 0-20 คะแนน โดยคะแนนสูงสะท้อนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากกว่า และคะแนนต่ำสะท้อนภาวะพึ่งพิงมากกว่า การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้และช่วยเหลือผู้อื่นหรือสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) 5-11 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างและต้องการความช่วยเหลือบางส่วน (กลุ่มติดบ้าน) และ 0-4 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้หรือมีภาวะทุพพลภาพสูง (กลุ่มติดเตียง)

1.4. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai Version: MMSE-Thai) (Department of Medical Services, 2021) ใช้คัดกรองความบกพร่องในการทำงานของสมองในผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรับรู้ด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการรับรู้เวลา สถานที่ ด้านความจำ ด้านความตั้งใจและการคำนวณ ด้านความเข้าใจทางภาษาและการแสดงออกทางภาษา และด้านการจดจำภาพโครงสร้างด้วยสายตา มีคำถาม 11 ข้อ การแปลผลคะแนนต้องพิจารณาระดับการศึกษาของผู้ตอบแบบทดสอบ คือ ผู้สูงอายุไม่ได้เรียนหนังสือ(อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) ผู้สูงอายุปกติจะมีคะแนนรวมมากกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน (ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10) ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ผู้สูงอายุปกติจะมีคะแนนรวมมากกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา ผู้สูงอายุปกติจะมีคะแนนรวมมากกว่า 22 คะแนนจากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

1.5 แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-OLD-THAI) ฉบับภาษาไทย (Sudnongbua, 2021) ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความสามารถในการรับรู้ 2) ความเป็นตัวของตัวเอง 3) กิจกรรมในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต 4) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 5) การตายและความตาย และ 6) การมีปฏิสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด โดยแต่ละด้านมีข้อคำถาม 4 ข้อ รวมทั้งสิ้น 24 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 17 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 7 ข้อ ซึ่งต้องปรับคะแนนให้อยู่ในทิศทางเดียวกันก่อนการวิเคราะห์ โดยคะแนนที่สูงกว่าสะท้อนคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า คะแนนรวมทั้งฉบับมีค่าตั้งแต่ 24–120 คะแนน และแปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คุณภาพชีวิตไม่ดี 24–56 คะแนน คุณภาพชีวิตปานกลาง 57–89 คะแนน และคุณภาพชีวิตดี 90–120 คะแนน สำหรับคะแนนรายด้านมีค่าตั้งแต่ 4–20 คะแนน และแปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่ดี 4–9 คะแนน ปานกลาง 10–15 คะแนน และดี 16–20 คะแนน

2) เครื่องมือที่ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

2.1) ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญ ผ่านการอบรมหลักสูตรการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 12 ชั่วโมง จัดโดยมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และมีประสบการณ์และมีผลงานตีพิมพ์บทความวิจัยเชิงคุณภาพ

2.2) แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) โดยใช้แนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างพัฒนาจากวัตถุประสงค์การวิจัยและผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ โดยใช้ประเด็นคำถามหลักร่วมกัน แต่ปรับถ้อยคำและคำถามย่อยให้เหมาะสมกับผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม ได้แก่ ผู้อำนวยการ ผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิด ผู้ให้ข้อมูลหลักรวม 16 ราย สัมภาษณ์รายบุคคล 1 ครั้งต่อราย ใช้เวลาประมาณ 30–45 นาที และบันทึกเสียงร่วมกับการจดบันทึกภาคสนาม ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยประเมินความพร้อมและความเหนื่อยล้าอย่างต่อเนื่อง หากพบสัญญาณอ่อนล้าจะหยุดพัก ปรับจังหวะการสัมภาษณ์ หรือยุติการสัมภาษณ์ตามความเหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ดัชนีบาร์เทล ฉบับภาษาไทย แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย และแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทยไปทดลองใช้ (try-out) กับผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิด ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ จำนวน 15 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .85 .87 .80 และ .75 ตามลำดับ

2. เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ นักวิจัยผ่านการอบรมเรื่องวิจัยเชิงคุณภาพจนเกิดความรู้ความเข้าใจและทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพ สำหรับแบบสัมภาษณ์ ตรวจสอบคุณภาพโดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน และสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา ความครอบคลุมของประเด็นคำถาม ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้กับผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิด ข้อเสนอแนะสำคัญจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ การปรับถ้อยคำให้สั้น กระชับ และเข้าใจง่ายขึ้น การหลีกเลี่ยงคำถามที่เป็นนามธรรมหรือซับซ้อน

เกินไป การจัดลำดับคำถามจากประเด็นทั่วไปไปสู่ประเด็นเฉพาะ และการเพิ่มคำถามกระตุ้นที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถอธิบายประสบการณ์ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแนวคำถามตามข้อเสนอแนะดังกล่าวก่อนนำไปใช้จริง

ภายหลังการปรับปรุงแนวคำถาม ผู้วิจัยได้ทดลองใช้แนวคำถามสัมภาษณ์ (pilot interview) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงและไม่ใช่มิตรผู้เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 2-3 ราย เพื่อประเมินความชัดเจนของถ้อยคำ ความเข้าใจของผู้ให้ข้อมูล ความเหมาะสมของลำดับคำถาม และระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ผลจากการทดลองใช้พบว่า บางคำถามยังยาวและซับซ้อน ผู้วิจัยจึงปรับถ้อยคำให้เข้าใจง่ายขึ้น ลดประโยคซ้อน และเพิ่มคำถามย่อยเพื่อช่วยทวนความหมายในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลตอบสั้นหรือมีความลังเล ทั้งนี้ ในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการประเมินความพร้อมและความเหนื่อยล้าของผู้ให้ข้อมูล โดยใช้คำถามสั้น กระชับ ดำเนินการสัมภาษณ์ในบรรยากาศที่สงบ และเปิดโอกาสให้พักหรือยุติการสัมภาษณ์ได้ตามความเหมาะสม

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพตามหลัก trustworthiness ได้แก่ 1) credibility โดยถอดเทปคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลบางราย (member checking) และเปรียบเทียบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลต่างกลุ่ม 2) dependability โดยใช้แนวคำถามหลักเดียวกันและดำเนินการสัมภาษณ์ตามขั้นตอนที่กำหนดอย่างสม่ำเสมอ 3) confirmability โดยจัดเก็บบันทึกภาคสนาม ไฟล์เสียง ถอดเทป และรหัสข้อมูลไว้อย่างเป็นระบบเพื่อให้ตรวจสอบย้อนกลับได้ และ 4) transferability โดยบรรยายบริบทของพื้นที่ศึกษา ลักษณะผู้ให้ข้อมูล และกระบวนการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้อ่านพิจารณาการนำผลไปใช้ในบริบทที่ใกล้เคียงกันได้

การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย

โครงร่างวิจัยที่ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม ตามเอกสารหมายเลข HE1868 ลงวันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2568 โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย หลักเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่ได้รับสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และการเก็บความลับของข้อมูล และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อถ้าเกิดมีความไม่สบายใจ และขออนุญาตเพื่อการจดบันทึกและบันทึกเสียงระหว่างทำการสัมภาษณ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม ขออนุญาตผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง เพื่อดำเนินการศึกษา ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง

การเก็บข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 20 ถึง 24 มกราคม พ.ศ. 2568 ใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามในลักษณะการสัมภาษณ์ (interviewer-administered questionnaire) ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านคำถามให้ผู้ตอบฟังและบันทึกคำตอบลงในแบบสอบถาม เพื่อลดข้อจำกัดด้านการอ่าน การทำความเข้าใจ และเพิ่มความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับ การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัยหลัก โดยไม่ใช้ผู้ช่วยวิจัย ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของแบบสอบถาม แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การเก็บข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 27 มกราคม ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ระหว่างการสนทนาผู้วิจัยจับประเด็นของข้อมูล และจดบันทึกสรุปสั้นๆ พร้อมกับการบันทึกเทปการสนทนาและมีการสังเกตร่วมด้วย ภายหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยถอดเทปและพิมพ์เป็นลายลักษณ์อักษร แบบคำต่อคำ แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลทันทีในแต่ละราย ข้อมูลมีการอิ่มตัว (saturation of data) ที่ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 16 จึงยุติการสัมภาษณ์ ในการวิจัยนี้ การสัมภาษณ์เชิงลึกมุ่งศึกษาประเด็นที่ผลการวิจัยเชิงปริมาณ เช่น ปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพสมอง เพื่อให้เข้าใจปัญหา สาเหตุ ประสบการณ์ และความหมายของปัจจัยเหล่านั้นที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ SPSS

1.1 ใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อธิบายข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพทางการรู้คิด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิด ผู้วิจัยตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนไม่มาก จากผลการตรวจสอบพบว่า ตัวแปรอายุมีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ขณะที่ตัวแปรภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และสมรรถภาพทางการรู้คิดมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) ส่วนตัวแปรเชิงกลุ่ม ได้แก่ สถานภาพสมรสและระดับการศึกษา ใช้สถิติความสัมพันธ์อีตา (eta correlation) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ทั้งนี้ การแปลผลระดับความสัมพันธ์พิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยเครื่องหมายบวก (+) และลบ (-) ใช้แสดงทิศทางของความสัมพันธ์ กล่าวคือ เครื่องหมายบวกหมายถึงความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน และเครื่องหมายลบหมายถึงความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้าม ส่วนระดับความสัมพันธ์แปลผลดังนี้: 0.00–0.10 หมายถึงมีความสัมพันธ์ต่ำมากหรือแทบไม่มีความสัมพันธ์, 0.10–0.39 หมายถึงมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ, 0.40–0.69 หมายถึงมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง, 0.70–0.89 หมายถึงมีความสัมพันธ์ระดับสูง, และ 0.90–1.00 หมายถึงมีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก (Schober et al., 2018)

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ทราบประเด็นการสัมภาษณ์ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามขั้นตอนของ Sandelowski (2000) มีขั้นตอน ดังนี้ 2.1) ถอดข้อความจากการบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ อ่านบทสัมภาษณ์อย่างระเอียดรอบคอบเพื่อให้เกิดความเข้าใจความหมาย และความรู้สึกนึกคิด ตามข้อความในคำอธิบายนั้น ๆ ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย 2.2) จัดระเบียบเนื้อหาข้อมูลและกำหนดรหัสข้อมูล โดยเลือกข้อความที่มีความหมายในประเด็นของการศึกษา และกำหนดรหัสแทนความหมายของข้อความนั้น 2.3) จัดกลุ่มข้อมูล โดยจัดรหัสทั้งหมดให้เป็นหมวดหมู่ จากนั้นคัดเลือกข้อมูลที่ตรงกับรหัสแต่ละตัวมารวมไว้ที่เดียวกัน เพื่อความสะดวกในการหาความหมายและหาข้อสรุป 2.4) หาข้อสรุปจากการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูล โดยพิจารณาแบบแผน เนื้อเรื่อง หรือประเด็นที่ปรากฏจากข้อมูล

ความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ (trustworthiness)

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ด้วยวิธีการดังนี้ 1) ความเชื่อถือ (credibility) ใช้การถอดเทปคำต่อคำจากการสัมภาษณ์ทันทีหลังจบการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง และตรวจสอบข้อมูลซ้ำกับผู้ให้ข้อมูล (member checking) เพื่อยืนยันความถูกต้องของความหมาย 2) การเชื่อมโยงบริบท (transferability) จัดทำการบรรยายบริบท (thick description) ของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ และลักษณะผู้ให้ข้อมูลอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถพิจารณาความเหมาะสมกับบริบทอื่นได้ 3) ความคงเส้นคงวา (dependability) เก็บข้อมูลตามขั้นตอนเดียวกันทุกครั้ง โดยใช้แนวคำถามเดียวกัน และดำเนินการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยเพียงคนเดียว และ 4) การตรวจสอบย้อนกลับได้ (confirmability) จัดเก็บลายลักษณ์อักษรของบทสัมภาษณ์พร้อมบันทึกเทปเสียง และจัดเก็บโค้ดรหัสที่ใช้ในการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อให้สามารถตรวจสอบย้อนกลับได้

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.20 มีอายุเฉลี่ย 75.82 ปี ($SD=7.41$) โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 70–79 ปี ร้อยละ 44.74 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.05 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 94.74 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=38)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	36.80
หญิง	24	63.20
อายุ (ปี) ($\bar{X}=75.82$, $SD=7.41$)		
60-69	8	21.05
70-79	17	44.74
80ปี ขึ้นไป	13	34.21
โรคประจำตัว		
มี	27	71.05
ไม่มี	11	28.95
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	36	94.74
สูงกว่าประถมศึกษา	2	5.26

ผลการวิเคราะห์ระดับภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และสมรรถภาพทางการรู้คิดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแนวโน้มภาวะซึมเศร้า จำนวน 25 คน ร้อยละ 65.79 รองลงมาคือไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 11 คน ร้อยละ 28.95 และมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 2 คน ร้อยละ 5.26 โดยมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 6.75 ($SD=2.45$) คะแนน สำหรับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดสังคม จำนวน 28 คน ร้อยละ 73.68 และกลุ่มติดบ้าน จำนวน 10 คน ร้อยละ 26.32 โดยไม่พบผู้สูงอายุในกลุ่มติดเตียง ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิดตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 38 คน ร้อยละ 100.00 โดยมีคะแนนสมรรถภาพทางการรู้คิดเฉลี่ย 14.50 ($SD=2.85$) คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และสมรรถภาพทางการรู้คิดของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (n=38)

ตัวแปร	ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
ภาวะซึมเศร้า (TGDS-15)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-5 คะแนน)	11	28.95	6.75	2.45
	มีแนวโน้มภาวะซึมเศร้า (6-10 คะแนน)	25	65.79		
	มีภาวะซึมเศร้า (11-15 คะแนน)	2	5.26		
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel ADL index)	กลุ่มติดสังคม (12 คะแนนขึ้นไป)	28	73.68	13.40	3.20
	กลุ่มติดบ้าน (5-11 คะแนน)	10	26.32		
	กลุ่มติดเตียง (0-4 คะแนน)	0	0.00		

ตัวแปร	ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยง เบนมาตรฐาน (SD)
สมรรถภาพทางารรู้คิด (MMSE-Thai 2002)	ต่ำกว่าจุดตัดตามระดับการศึกษา	38	100.00	14.50	2.85

ส่วนที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิด ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 94.74 เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า ส่วนมากของผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิด มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ในด้านความสามารถในการรับรู้ ความเป็นตัวของตัวเอง กิจกรรมในอดีต ปัจจุบันและอนาคต การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด ส่วนด้านการตายและความตาย พบว่า เกินครึ่งมีคุณภาพชีวิตในระดับดี ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ($n=38$)

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตไม่ดี [คน(ร้อยละ)]	คุณภาพชีวิตปานกลาง [คน(ร้อยละ)]	คุณภาพชีวิตระดับดี [คน(ร้อยละ)]
1. ความสามารถในการรับรู้	0 (0.00)	35 (92.11)	3 (7.89)
2. ความเป็นตัวของตัวเอง	6 (15.79)	30 (78.95)	2 (5.26)
3. กิจกรรมในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต	3 (7.89)	31 (81.58)	4 (10.53)
4. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	2 (5.26)	31 (81.58)	5 (13.16)
5. การตายและความตาย	1 (2.63)	13 (34.21)	24 (63.16)
6. การมีปฏิสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด	4 (10.52)	28 (73.68)	6 (15.79)
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0 (0.00)	36 (94.74)	2 (5.26)

หมายเหตุ แถว คุณภาพชีวิตโดยรวม เป็นผลจากการแปลผลคะแนนรวมของแบบวัด WHOQOL-OLD-THAI ทั้งฉบับ มีไข่มรวมเชิงจำนวนของระดับคะแนนจากแต่ละองค์ประกอบ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิด

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับคุณภาพชีวิต พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูงมาก ($r_s=-0.900$, $p<.001$) ขณะที่สมรรถภาพทางสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูง ($r_s=0.782$, $p<.001$) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=0.324$, $p<.047$) ส่วนอายุ เพศ โรคประจำตัว และระดับการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิต ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิด ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง ($n=38$)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต	ค่าสหสัมพันธ์	p-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	$r=0.218$	.188	ต่ำ
เพศ	$\eta=0.231$	.163	ต่ำ
โรคประจำตัว	$\eta=0.004$	.980	ต่ำมาก
ระดับการศึกษา	$\eta=0.252$	.127	ต่ำ
ภาวะซึมเศร้า	$r_s=-0.900$	<.001***	สูงมาก
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน	$r_s=0.324$	.047*	ต่ำ
สมรรถภาพทางสมอง	$r_s=0.782$	<.001***	สูง

r =Pearson's correlation coefficient, r_s =Spearman's rank correlation coefficient, η =Eta coefficient * $p<.05$, *** $p<.001$

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

พื้นที่ศึกษาครั้งนี้เป็นศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นหน่วยบริการดูแลผู้สูงอายุแบบสถาบัน โดยผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ภายในศูนย์และใช้ชีวิตภายใต้ระบบการดูแลร่วมกัน ภายในศูนย์มีการจัดกิจกรรมประจำวัน การดูแลด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมอย่างเป็นระบบ ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในบริบทดังกล่าว ได้แก่ ผู้อำนวยการศูนย์ ผู้ดูแล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งล้วนมีส่วนช่วยส่งเสริมและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ บริบทของพื้นที่ศึกษานี้มีลักษณะแตกต่างจากการดูแลในครอบครัว ทั้งในด้านสภาพแวดล้อม การพึ่งพาผู้ดูแล และโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จึงเหมาะสมสำหรับการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์และมุมมองของผู้สูงอายุเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบ 3 ประเด็นสำคัญ ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การดูแลความรู้สึกสูญเสียและความเปราะบางทางอารมณ์ ประเด็นนี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิดไม่ได้เผชิญเพียงปัญหาด้านความจำหรือการคิดเท่านั้น แต่ยังเผชิญกับความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเองและความเปราะบางทางอารมณ์ร่วมด้วย ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งรู้สึกท้อแท้ว่าทำอะไรได้น้อยลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น และอาจมองว่าตนเองเป็นภาระ ความรู้สึกเช่นนี้ทำให้เกิดความเหงา ความน้อยใจ และความรู้สึกไม่มั่นคงทางใจ ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุรู้สึกดีขึ้นเมื่อมีคนรับฟัง พูดคุยด้วยความเข้าใจ และทำให้รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าและยังมีความหมายต่อผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแลหรือเพื่อนร่วมกลุ่ม ตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล เช่น “บางทีแค่มมีคนคุยด้วย เราก็รู้สึกว่เรายังมีตัวตน ยังมีความหมายอยู่” (ผู้ให้ข้อมูล 3) ข้อความนี้สะท้อนว่า ผู้สูงอายุไม่ได้ต้องการเพียงความช่วยเหลือในการดูแลร่างกายเท่านั้น แต่ยังต้องการความเข้าใจและการปฏิบัติที่ทำให้รู้สึกว่าตนเองยังสำคัญ จากข้อมูลนี้ ผู้วิจัยตีความว่า ปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลหรือเพื่อนร่วมกลุ่มมีความหมายมากกว่าการสนับสนุนทางสังคมทั่วไป เพราะการรับฟังและการสื่อสารอย่างเข้าใจช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า ลดความโดดเดี่ยวทางอารมณ์ และลดการมองตนเองในทางลบ ซึ่งอาจเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มนี้

ประเด็นที่ 2 การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและใช้ชีวิตประจำวันอย่างอิสระ ผู้สูงอายุจำนวนมากสะท้อนความรู้สึกภาคภูมิใจเมื่อยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น การเดิน การแต่งตัว หรือการรับประทานอาหาร แม้กิจกรรมเหล่านี้จะเป็นเรื่องพื้นฐานในชีวิตประจำวัน แต่สำหรับผู้สูงอายุแล้วกลับมีความหมายอย่างมาก เพราะทำให้รู้สึกว่ายังช่วยเหลือตนเองได้ ยังมีความสามารถ และยังไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากเกินไป การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองจึงไม่ได้ช่วยเพียงด้านร่างกายเท่านั้น แต่ยังช่วยลดความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่นด้วย ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า “พอเราทำเองได้ เรารู้สึกดี รู้สึกว่เราไม่น่าเป็นห่วงเหมือนแต่ก่อน” (ผู้ให้ข้อมูล 4) ข้อความนี้แสดงให้เห็นว่า การทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นใจและมองเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตีความว่า การคงไว้ซึ่งความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุยังคงความเป็นอิสระและความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงปริมาณที่พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานที่ดีขึ้นมีความเชื่อมโยงกับคุณภาพชีวิตที่ดี

ประเด็นที่ 3 การใช้สิ่งคุ้นเคยจากอดีตเพื่อช่วยกระตุ้นความทรงจำและความมั่นใจ ผู้สูงอายุหลายคนสะท้อนว่า สิ่งคุ้นเคยจากอดีต เช่น เพลงเก่า รูปถ่าย หรือกิจกรรมที่เคยผูกพันกับชีวิตของตนเอง ช่วยให้นึกถึงเรื่องราวในอดีตได้ชัดขึ้น และทำให้รู้สึกสบายใจมากขึ้น สิ่งเหล่านี้ไม่ได้เพียงช่วยกระตุ้นความจำเท่านั้น แต่ยังช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังเป็นคนเดิม และลดความกังวลจากการหลงลืมได้ ตัวอย่างคำให้ข้อมูล เช่น “ได้ฟังเพลงเก่าสมัยสาวทำให้ยายจำเรื่องราวได้ชัด และทำให้รู้สึกว่ายังเป็นตัวเองอยู่” (ผู้ให้ข้อมูล 7) ข้อความนี้แสดงให้เห็นว่า สิ่งคุ้นเคยจากอดีตไม่ได้มีความหมายเพียงในแง่การระลึกความหลัง แต่ยังช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นคงทางใจและรู้สึกผูกพันกับเรื่องราวในชีวิตของตนเอง จากข้อมูลนี้ ผู้วิจัยตีความว่า การนำสิ่งที่ผู้สูงอายุคุ้นเคยและมีความหมายต่อชีวิตมาใช้ในกิจกรรมสามารถช่วยกระตุ้นความทรงจำ เสริมความมั่นใจ และช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงปริมาณที่พบว่า สมรรถภาพทางสมองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ข้อค้นพบสำคัญของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิดเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยที่เชื่อมโยงกัน ผู้สูงอายุจะรู้สึกดีขึ้นเมื่อได้รับการรับฟัง การพูดคุยด้วยความเข้าใจ และการปฏิบัติที่ทำให้รู้สึกว่าคุณค่า ขณะเดียวกัน การที่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง แม้เป็นเพียงกิจกรรมพื้นฐาน ก็มีความหมายต่อความภาคภูมิใจและความเป็นอิสระในการใช้ชีวิตอย่างมาก นอกจากนี้ การใช้สิ่งคุ้นเคยจากอดีต เช่น เพลงเก่า รูปถ่าย หรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ชีวิต ยังมีส่วนช่วยกระตุ้นความทรงจำ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย และรู้สึกว่ายังเป็นคนเดิม ข้อค้นพบเหล่านี้จึงชี้ให้เห็นว่า การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ควรคำนึงถึงทั้งด้านอารมณ์ ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน และการใช้สิ่งคุ้นเคยเพื่อช่วยคงความทรงจำและความสุขในการดำเนินชีวิต

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาคุณภาพชีวิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิดในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ โดยใช้การวิจัยแบบผสมผสานเชิงอธิบายตามลำดับ (explanatory sequential design) ผลการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิด ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิดส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ไม่พบผู้ที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี และมีเพียงส่วนน้อยที่อยู่ในระดับดี ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่า ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญในการประคับประคองคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไม่ให้ลดลงสู่ระดับต่ำ แม้ยังไม่สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับดีได้อย่างชัดเจน โดยระบบการดูแลในศูนย์อาจช่วยสร้างความมั่นคงในการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลสุขภาพ และความปลอดภัยขั้นพื้นฐานได้ในระดับหนึ่ง

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตในมิติการตายและความตายอยู่ในระดับค่อนข้างดี ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยในบางบริบทตะวันตกที่มีรายงานว่ามติดังกล่าวมีคะแนนต่ำในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด (Miranda-Díaz et al., 2022) ความแตกต่างนี้อาจอธิบายได้จากบริบททางวัฒนธรรมและศาสนาในสังคมไทย ซึ่งได้รับอิทธิพลจากแนวคิดเรื่องความไม่เที่ยง การยอมรับความเปลี่ยนแปลงของชีวิต และการเตรียมใจต่อความตาย ประกอบกับการดูแลในศูนย์ที่มีความต่อเนื่อง มีผู้ดูแลใกล้ชิด และมีกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความสุขทางใจ

ข้อมูลเชิงคุณภาพช่วยอธิบายผลดังกล่าวได้ชัดเจนขึ้น โดยผู้สูงอายุหลายรายสะท้อนว่า การได้อยู่ในสถานที่ที่มีคนดูแล มีเพื่อน มีผู้พูดคุย และไม่ถูกทอดทิ้ง ทำให้รู้สึกมั่นคงทางใจและไม่กังวลต่อชีวิตในระยะท้ายมากนัก บางรายไม่ได้มองความตายเป็นเรื่องน่ากลัวที่สุด แต่ให้ความสำคัญกับการได้อยู่อย่างสงบ ได้รับการดูแล และไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น เมื่อพิจารณาร่วมกันทั้งผลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จึงเห็นได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์ไม่ได้ขึ้นอยู่กับภาวะการรู้คิดเพียงอย่างเดียว แต่ยังสัมพันธ์กับบริบทการอยู่อาศัย ระบบการดูแล และความรู้สึกมั่นคงทางใจด้วย ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่ให้ความสำคัญกับความสงบ การยอมรับ และการได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม (WHO, 2012b) ดังนั้น การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิดจึงควรคำนึงถึงการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และการส่งเสริมความสุขทางใจควบคู่กัน

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิด ผลการวิจัยเชิงปริมาณพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในระดับสูงมาก ขณะที่สมรรถภาพทางสมองและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิดไม่ได้ขึ้นอยู่กับความสามารถด้านการรู้คิดเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับภาวะอารมณ์และความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันร่วมด้วย โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าที่มีความสัมพันธ์เด่นที่สุด ซึ่งสะท้อนว่า ความทุกข์ทางอารมณ์อาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึกคุณค่าในชีวิต ความรู้สึกเป็นอิสระ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้อย่างชัดเจน

ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Burks และคณะ (2021) ที่รายงานว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือมีปัญหาด้านการรู้คิด มักเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและความบกพร่องด้านการทำหน้าที่ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Song และคณะ (2023) ที่พบว่า สมรรถภาพทางกายและสมรรถภาพทางารรู้คิดเป็นปัจจัยสำคัญที่อธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการรู้คิดได้อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับกรอบแนวคิดชีวิตจิตสังคมของ Engel (1977) ที่อธิบายว่า คุณภาพชีวิตเป็นผลจากความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพช่วยอธิบายข้อค้นพบดังกล่าวให้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยพบว่า ผู้สูงอายุรู้สึกดีขึ้นเมื่อมีคนรับฟัง พูดคุยด้วยความเข้าใจ และทำให้รู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองยังมีคุณค่า ซึ่งช่วยลดความเหงาและการมองตนเองในทางลบ ขณะเดียวกัน การที่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น การเดิน การแต่งตัว หรือการรับประทานอาหาร ช่วยให้รู้สึกภาคภูมิใจและไม่เป็นภาระของผู้อื่น นอกจากนี้ การใช้สิ่งคุ้นเคยจากอดีต เช่น เพลงเก่า รูปภาพ หรือกิจกรรมที่เคยผูกพันกับชีวิต ยังช่วยกระตุ้นความทรงจำ ทำให้รู้สึกผ่อนคลายและรู้สึกว่าเป็นคนเดิม ซึ่งช่วยอธิบายความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างสมรรถภาพทางสมองกับคุณภาพชีวิตได้อีกทางหนึ่ง

เมื่อพิจารณาร่วมกันทั้งผลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จะเห็นได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิดเป็นผลจากหลายปัจจัยที่เชื่อมโยงกัน ทั้งภาวะอารมณ์ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และสมรรถภาพทางารรู้คิด ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า การส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการจัดกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นความทรงจำควบคู่กัน มากกว่าการมุ่งเน้นเฉพาะการประเมินสมรรถภาพทางสมองเพียงด้านเดียว ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานจากการศึกษาในผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดเล็กน้อยที่ชี้ว่า ควรได้รับการดูแลแบบบูรณาการที่ครอบคลุมทั้งด้านอารมณ์ การทำหน้าที่ และการรู้คิด (Gopalakrishnan et al., 2024; Song et al., 2023) อย่างไรก็ตาม การตีความผลควรทำด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง จึงยังไม่สามารถสรุปเชิงเหตุและผลได้โดยตรง ดังนั้น การอภิปรายผลในประเด็นต่อไปจึงมุ่งอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรที่พบจากการศึกษา ดังนี้

2.1 ภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิต ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ เมื่อระดับภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น ระดับคุณภาพชีวิตจะลดลงตามไปด้วย ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่า ภาวะซึมเศร้าไม่ได้ส่งผลเฉพาะต่ออารมณ์เท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่า ความสุขในการใช้ชีวิต และความต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุด้วย (Burks et al., 2021; Li et al., 2025; Song et al., 2023)

ข้อมูลเชิงคุณภาพช่วยอธิบายผลดังกล่าวได้ชัดเจนขึ้น โดยผู้สูงอายุหลายรายสะท้อนว่า ความทุกข์ของตนไม่ได้เกิดจากการหลงลืมหรือการทำอะไรได้น้อยลงเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับความรู้สึกว่าเป็นภาระ ไม่มีคนเข้าใจ และไม่แน่ใจว่าตนเองยังมีคุณค่าต่อผู้อื่นหรือไม่ ในทางกลับกัน เมื่อมีคนรับฟังและพูดคุยด้วยความเข้าใจ ผู้สูงอายุจะรู้สึกสบายใจขึ้นและรู้สึกว่าตนเองยังมีความหมายต่อครอบครัว

ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่รายงานว่า ภาวะซึมเศร้าและความบกพร่องด้านการทำหน้าที่เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือความบกพร่องทางการรู้คิด และความบกพร่องทางการรู้คิดอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผ่านอาการซึมเศร้าได้ด้วย ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า การรับฟังอย่างเข้าใจ และการจัดกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองยังมีคุณค่า ซึ่งอาจช่วยลดอาการซึมเศร้าและส่งเสริมคุณภาพชีวิตได้ (Burks et al., 2021; Li et al., 2025; Song et al., 2023; Cammisuli et al., 2022)

2.2 สมรรถภาพทางารรู้คิดกับคุณภาพชีวิต ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า สมรรถภาพทางารรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิด และมีระดับความสัมพันธ์สูงกว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่า เมื่อผู้สูงอายุยังคงมีความสามารถด้านความจำ การคิด การตัดสินใจ หรือการรับรู้สิ่งรอบตัวได้ดีขึ้น ก็มีแนวโน้มที่จะรับรู้ว่าคุณค่าของตัวเองยังใช้ชีวิตได้ดีขึ้น รู้สึกมั่นใจมากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเดิม

ข้อมูลเชิงคุณภาพสนับสนุนผลดังกล่าว โดยผู้สูงอายุหลายรายสะท้อนว่า กิจกรรมที่ช่วยให้ได้คิดได้จำ และได้ใช้สมอง เช่น การเล่นเกมฝึกสมอง การต่อปริศนา หรือการฟังเพลงเก่า ช่วยให้รู้สึกตื่นตัว รู้สึกว่ายังทำอะไรได้ และยังเป็นคนเดิมอยู่ นอกจากนี้ เมื่อยังมีสมรรถภาพสมองในระดับหนึ่ง ผู้สูงอายุก็นำมาทำกิจวัตรพื้นฐานบางอย่างได้ด้วยตนเองมากขึ้น ซึ่งช่วยเสริมความภาคภูมิใจและลดความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่น

ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่า สมรรถภาพทางการรู้คิดเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับทั้งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด ในเชิงการดูแล จึงควรส่งเสริมกิจกรรมที่กระตุ้นการคิด ความจำ และการเชื่อมโยงกับประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุควบคู่กับการส่งเสริมการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจช่วยคงความสามารถบางด้านไว้และส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิต (Raimo et al., 2024; Song et al., 2023; Fu et al., 2025; Stern et al., 2023)

2.3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานกับคุณภาพชีวิต ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิด กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุนำมาทำกิจวัตรพื้นฐานด้วยตนเองได้มากขึ้น ก็มีแนวโน้มที่จะรับรู้ว่าตนเองยังใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณค่า มีความเป็นอิสระ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่าความสามารถในการดูแลตนเองไม่ได้เกี่ยวข้องเฉพาะด้านร่างกายเท่านั้น แต่ยังเชื่อมโยงกับความมั่นใจ ความภาคภูมิใจ และการลดความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่นด้วย

ข้อมูลเชิงคุณภาพช่วยอธิบายผลดังกล่าวได้ชัดเจนขึ้น โดยผู้สูงอายุหลายรายสะท้อนว่า การที่ยังสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง แม้เป็นเพียงกิจกรรมพื้นฐาน เช่น การเดิน การแต่งตัว หรือการรับประทานอาหาร ทำให้รู้สึกดีขึ้น รู้สึกว่ายังมีความสามารถ และไม่น่าเป็นห่วงสำหรับคนรอบข้าง ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความหมายมากกว่าการช่วยเหลือตนเองในเชิงปฏิบัติ เพราะยังเกี่ยวข้องกับการมองเห็นคุณค่าในตนเองและความมั่นคงทางอารมณ์ด้วย

ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่าความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันยังมีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพทางการรู้คิดด้วย ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงควรส่งเสริมให้ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดภายใต้สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ควบคู่กับการดูแลด้านอารมณ์และการส่งเสริมสมรรถภาพสมองเพื่อช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระและส่งเสริมคุณภาพชีวิตโดยรวม (Burks et al., 2021; Song et al., 2023; Raimo et al., 2024; Fu et al., 2025)

3. แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิดในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองบ่งชี้ความบกพร่องทางการรู้คิดควรดำเนินการอย่างรอบด้าน โดยให้ความสำคัญทั้งด้านอารมณ์ สมรรถภาพทางสมอง ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน และบริบทการดูแลในศูนย์ ข้อเสนอแนะสำคัญสามารถสรุปได้ดังนี้

ประการแรก ศูนย์ควรกำหนดให้การดูแลภาวะซึมเศร้าเป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เนื่องจากผลการศึกษพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างเด่นชัด การดูแลในประเด็นนี้จึงไม่ควรจำกัดอยู่เพียงการเฝ้าระวังอาการ แต่ควรครอบคลุมการจัดกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า และลดความโดดเดี่ยวทางอารมณ์ เช่น การใช้ดนตรี การพูดคุยเรื่องราวในอดีตที่มีความหมาย การจัดกิจกรรมกลุ่มขนาดเล็ก และการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้สื่อสารความรู้สึกอย่างต่อเนื่อง แนวทางดังกล่าวจะช่วยให้การดูแลตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตใจของผู้สูงอายุได้มากขึ้น

ประการที่สอง การพัฒนาโปรแกรมดูแลควรส่งเสริมสมรรถภาพทางสมองและความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันไปพร้อมกัน ไม่ควรแยกสองส่วนนี้ออกจากกัน เพราะผลการศึกษาสะท้อนว่าทั้งสองด้านมีความเกี่ยวข้องและส่งเสริมกัน ผู้สูงอายุที่ยังได้ใช้ความคิด ได้ฝึกความจำ และได้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองตามศักยภาพ มักรู้สึกมั่นใจมากขึ้นและรับรู้คุณภาพชีวิตในทางที่ดีขึ้น ดังนั้น กิจกรรมในศูนย์ควรออกแบบให้ผู้สูงอายุได้

เคลื่อนไหว ได้คิด และได้ลงมือทำจริงในเวลาเดียวกัน เช่น กิจกรรมที่ใช้ทั้งการเคลื่อนไหวร่างกาย การวางแผน การจดจำ และการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรพื้นฐาน เพื่อคงความสามารถและลดการพึ่งพาผู้อื่นเกินความจำเป็น

ประการที่สาม ศูนย์ควรพัฒนาบริบทการดูแลให้เอื้อต่อคุณภาพชีวิตมากกว่าการดูแลด้านความปลอดภัยทางกายเพียงอย่างเดียว แม้ว่าสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่น ราวจับและทางเดินที่เหมาะสม จะเป็นสิ่งจำเป็น แต่ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุยังต้องการการดูแลที่ทำให้รู้สึกว่าคุณค่า ได้รับความเคารพ และยังมีสิทธิเลือกในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของตนเอง ดังนั้น การจัดบริการควรให้ความสำคัญกับการดูแลที่คำนึงถึงความต้องการ ความชอบ และประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละราย เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการเลือกกิจกรรมหรือรูปแบบการใช้ชีวิตบางเรื่องตามความเหมาะสม แนวทางนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุไม่เพียงอยู่ในสถานที่ที่ปลอดภัย แต่ยังรู้สึกว่าคุณค่าได้รับการดูแลอย่างเข้าใจและมีศักดิ์ศรี

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุและหน่วยบริการที่ดูแลผู้สูงอายุแบบสถาบัน ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการดูแลด้านอารมณ์อย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้า ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยรวม
2. ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมที่บูรณาการการกระตุ้นสมรรถภาพทางสมองเข้ากับการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับศักยภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ลดการพึ่งพาผู้อื่น และส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะยาว
3. ผู้บริหารศูนย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดแนวทางดูแลผู้สูงอายุที่มุ่งส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างรอบด้าน ครอบคลุมทั้งด้านอารมณ์ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน และการกระตุ้นความทรงจำ โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่สอดคล้องกับความชอบและประสบการณ์ชีวิตของตน เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นคงทางใจ ยังคงความเป็นอิสระ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Aajami, Z., Kazazi, L., Toroski, M., Bahrami, M., & Borhaninejad, V. (2020). Relationship between Depression and Cognitive Impairment among Elderly: A Cross-sectional Study. *Journal of caring sciences*, 9(3), 148–153. <https://doi.org/10.34172/jcs.2020.022>
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2017). *Designing and Conducting Mixed Methods Research* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Department of Medical Services. (2021). *Screening and assessment manual for older persons 2021*. Ministry of Public Health. (In Thai)
- Department of Older Persons. (2024). *Statistics of older persons*. https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2559 (in Thai)
- Fu, X., Ji, S., Li, J., Chen, T., Liu, X., & Kuang, W. (2025). Cognitive impairment and dependency in activities of daily living: a cross-lagged analysis. *Frontiers in aging neuroscience*, 17, 1663237. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2025.1663237>
- Gopalakrishnan, P., Tiwari, S., Nagaraja, R., & Krishnan, G. (2024). Quality of life in persons

- with mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *Dementia & Neuropsychologia*, 18, Article e20230093. <https://doi.org/10.1590/1980-5764-DN-2023-0093>
- Jitapunkul, S. (2001). *Principles of geriatric medicine* (3rd ed.). Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. (in Thai)
- Li, H., Xu, M., Yin, W., Zhuge, X., Dong, P., Shi, Y., Li, Z., Zhang, X., Wang, J., & Chen, Z. (2025). The relationship between cognitive impairment and quality of life in rural older adults with chronic diseases-parallel mediating effects of depressive symptoms and frailty. *BMC geriatrics*, 25(1), 747. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06446-y>
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Raimo, S., Maggi, G., Ilardi, C. R., Cavallo, N. D., Torchia, V., Pilgrom, M. A., Cropano, M., Roldán-Tapia, M. D., & Santangelo, G. (2024). The relation between cognitive functioning and activities of daily living in normal aging, mild cognitive impairment, and dementia: a meta-analysis. *Neurological sciences : official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 45(6), 2427–2443. <https://doi.org/10.1007/s10072-024-07366-2>
- Song, R., Fan, X., & Seo, J. (2023). Physical and cognitive function to explain the quality of life among older adults with cognitive impairment: Exploring cognitive function as a mediator. *BMC Psychology*, 11, 51. doi:10.1186/s40359-023-01087-5
- Stern, Y., Albert, M., Barnes, C. A., Cabeza, R., Pascual-Leone, A., & Rapp, P. R. (2023). A framework for concepts of reserve and resilience in aging. *Neurobiology of Aging*, 124, 100-103. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2022.10.015>
- Sudnongbua, S. (2021). *Elderly care: Situation and quality of life care*. Chulalongkorn University Press. (In Thai).
- Tanaka, M., Uemura, J. I., Tanikaga, M., Mizuno, J., & Nakamura, Y. (2025). Factors Affecting the Quality of Life of Institutionalized Older Adults With Dementia. *OTJR : occupation, participation and health*, 15394492251403393. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/15394492251403393>
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- World Health Organization. (2025). *Dementia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>