



คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มอพยพลง จังหวัดนครปฐม

อมรศักดิ์ โพธิ์อำ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มอพยพลง ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านเขต จังหวัดนครปฐม ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 145,522 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 420 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิต แบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.867 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดสังคมหรือกลุ่มอพยพลงเขตจังหวัดนครปฐม ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ($P\text{-value}<0.001$), พฤติกรรมการจัดการด้านอารมณ์ ($P\text{-value}<0.001$), รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ($P\text{-value}=0.003$), พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($P\text{-value}=0.010$) ตามลำดับ สามารถทำนายได้ร้อยละ 16.1 ($R^2=0.161$)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุอพยพลง, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, คุณภาพชีวิต

¹ อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

E-mail: Amornsak1.poum@gmail.com



Quality of life among elderly with active aging in Nakhon Pathom Province.

Amornsak Poom¹

Abstract

This Cross-sectional research aimed to study either selected factors association or jointly predict factor effected to quality of life among elderly with active aging. Population in this study consisted of 145,522 elderlies with active aging which be registered in Nakhon Phatom Province in fiscal year 2020, and the sample size calculating used Daniel formula for 420 cases, and systematic random sampling was determine for collecting data. Data collected by structured interview composed of 4 parts including, characteristics, health literacy, health behavior and quality of life among elderly. In addition to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.867. Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient and Stepwise multiple regression analysis. Prediction model analyzed reported that factor effecting to quality of life among elderly with active aging in Nakhon Phatom Province, including; cognitive skill (P-value<0.001), emotional management behavior (P-value<0.001), average family' income (P-value=0.003), consumption behavior (P-value=0.010), respectively. All predicting factors accounted for 16.1 ($R^2=0.161$).

Keywords: Elderly with active aging, Health literacy, Quality of life

¹ Lecturer, Community Public Health, Faculty of Allied Health Sciences, Northern College
E-mail: Amornsak1.poum@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์และแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2548 มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 10 และในปี พ.ศ.2561 มีจำนวนประมาณ 11.7 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 17.8 ของประชากรไทย (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561) คาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น ร้อยละ 28 ในปี พ.ศ.2574 ซึ่งจะมีผลทำให้ประเทศไทยกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) สถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุเขตจังหวัดนครปฐม พบว่า มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยปี พ.ศ. 2560-2562 มีจำนวนผู้สูงอายุเท่ากับ 125,679 132,909 และ 138,171 คน ตามลำดับ จากรายงานข้อมูล ผลการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ หรือ ADL (Activities of Daily Living) สามารถ ดำเนินการประเมินครอบคลุมร้อยละ 72.55 76.80 และ 83.06 ตามลำดับ โดยสามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ กลุ่ม 1 ผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 88,405, 99,322 และ 112,166 คน กลุ่ม 2 ผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 1,988, 1,990 และ 1,946 คน และกลุ่ม 3 ผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 793, 760 และ 652 คน ตามลำดับ สำหรับ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ จากผลการตรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพ พบว่า ปี พ.ศ.2562 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จากปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเขตจังหวัดนครปฐม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 3.52), โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 43.78) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 20.46) ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม, 2563)

จากแนวโน้มของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น จึงนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยในทุกๆ ด้าน ทำให้เกิดการเจ็บป่วยตามวัย นอกจากการเจ็บป่วยทางร่างกายที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุด้วย เนื่องจากวัยสูงอายุจะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างทั้งจากสภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลง การสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคมและอาจวิตกกังวลต่อความตายที่อยู่ในส่วนลึกของจิตใจ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไร้คุณค่า ขาดแรงจูงใจและความกระตือรือร้นลดลง ขาดความเชื่อมั่นและหมดความภาคภูมิใจในตนเอง (สุปราณี จินาสวัสดิ์, 2559) การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง เกิดการพังพังทั้งด้านกิจวัตรประจำวันตลอดจนกิจกรรมที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุได้ ผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และสังคมจะส่งผลกระทบต่อถึงกันและกันไม่รู้จบ มีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดน้อยลง (พรพรรณ ทรัพย์แก้ว, 2559) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงหลายด้านในวัยสูงอายุจะนำมาซึ่งปัญหาทางสุขภาพทั้งทางร่างกายและทางจิตใจและนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ลดลงไป จนถึงมีคุณภาพชีวิตในระดับที่ไม่ดีได้ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเตรียมความพร้อมและมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่สำคัญเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุ

มีระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลง (อภิเชษฐ์ จำเริญสุข, 2560) การส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนมีการเตรียมความพร้อม และวางแผนการก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับกรอบนโยบายพัฒนาขององค์การอนามัยโลก โดยพัฒนาเป็นกระบวนการที่เหมาะสมที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี (Healthy) การมีส่วนร่วม (Participation) และการมีหลักประกันที่มั่นคง (Security) ในการที่จะเสริมสร้างคุณภาพชีวิตเมื่อสูงอายุ (World Health Organization, 2002) การศึกษาวิจัยกลุ่มผู้สูงอายุพัฒนาจะเป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพัฒนา โดยประยุกต์ใช้แนวทางจากองค์การสหประชาชาติ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วม สุขภาพและความปลอดภัย (World Health Organization, 2002) ซึ่งเป็นตัวกำหนดปัจจัยต่างๆ ที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุพัฒนา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มพัฒนาเขตจังหวัดนครปฐม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่

- 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ
- 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Nutbeam (2000)
- 3) พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 145,522 คน เป็นผู้สูงอายุติดสังคม ผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง โดยใช้ผลการประเมิน ADL จะต้องไม่ติดเตียง ไม่ติดบ้าน เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถาม และเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 420 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้สูงอายุเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โรคประจำตัว ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ, ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ, การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ, การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ, การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง, การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่ดื่มสุรา การไม่สูบบุหรี่ ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W. (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

ระดับสูง	(3.67–5.00 คะแนน)
ระดับปานกลาง	(2.34–3.66 คะแนน)
ระดับต่ำ	(1.00–2.33 คะแนน)

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมหรือกลุ่มพหุพลัง ใช้เกณฑ์การประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ที่เรียกว่า WHOQOL-OLD จำนวน 4 มิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่เลย เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนคุณภาพชีวิต มีคะแนนระหว่าง 26–130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	(26 – 60 คะแนน)
คุณภาพชีวิตกลางๆ	(61 – 95 คะแนน)
คุณภาพชีวิตที่ดี	(96 – 130 คะแนน)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1951) เท่ากับ 0.867

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient) และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เอกสารรับรองเลขที่ 24/2563

ผลการศึกษาวิจัย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (64.76%) ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 60-65 ปี (49.05%) ($\bar{X}$ =67.58, S.D.=6.611, Min=60, Max=92) มีสถานภาพสมรส/คู่และอยู่ด้วยกัน (59.76%) และมีผู้สูงอายุที่คู่สมรสถึงแก่กรรม หม้าย/หย่า/แยก (29.29%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (59.76%) และมีผู้สูงอายุที่ไม่ได้ศึกษา (10%) มีเพียง 12.85% ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี สำหรับรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (63.71%) ($\bar{X}$ =5,837.43, S.D.=5.351.96, Min=0, Max=40,000) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ว่างงาน/ไม่มีอาชีพ (31.90%) ผลการประเมินคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ หรือ ADL ส่วนใหญ่มีคะแนน ADL ตั้งแต่ 18 คะแนนขึ้นไป (41.90%) โดยมี ADL เฉลี่ยเท่ากับ 16.16 คะแนน ($\bar{X}$ =16.16, S.D.=3.590, Min=12, Max=20) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแล (89.76%) สำหรับผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุเป็นหลักคือ บุตรของผู้สูงอายุ (64.05%) รองลงมาคือ สามีและ/หรือภรรยา (30.48%) และมีผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล (อยู่คนเดียว) (10.24%) ประวัติการมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว (59.29%) โรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุป่วยเป็นอันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง (44.29%) โรคเบาหวาน (24.76%) และโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง (2.38%) ตามลำดับ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (68.10%) ($\bar{X}$ =3.84, S.D.=0.374) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ($\bar{X}$ =4.01, S.D.=0.531) ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ($\bar{X}$ =4.45, S.D.=0.701) ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ($\bar{X}$ =3.77, S.D.=0.532) ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ($\bar{X}$ =3.81, S.D.=0.584) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($\bar{X}$ =3.62, S.D.=0.542) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($\bar{X}$ =3.85, S.D.=0.528) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (62.86%) ($\bar{X}$ =3.55, S.D.=0.347) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ การไม่ดื่มสุรา ($\bar{X}$ =3.81, S.D.=0.592) การไม่สูบบุหรี่ ($\bar{X}$ =3.65, S.D.=0.586) ตามลำดับ การปฏิบัติที่มีคะแนนในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับประทานอาหาร ($\bar{X}$ =3.54, S.D.=0.440) การออกกำลังกาย ($\bar{X}$ =3.48, S.D.=0.619) การจัดการอารมณ์ ($\bar{X}$ =3.36, S.D.=0.427) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม (n=420)

ตัวแปรอิสระ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรู้ด้านสุขภาพ	286	68.10	133	31.67	1	0.24	3.84	0.374
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ	344	81.90	75	17.86	1	0.24	4.01	0.531
2. ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	304	72.38	115	27.38	1	0.24	3.92	0.446
3. ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	280	66.67	136	32.38	4	0.95	3.77	0.532
4. ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	281	66.90	134	31.90	5	1.19	3.81	0.584
5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	236	56.19	171	40.71	13	3.10	3.62	0.542
6. ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	280	66.67	138	32.86	2	0.48	3.85	0.528
พฤติกรรมสุขภาพ	156	37.14	264	62.86	-	-	3.55	0.347
1. การบริโภคอาหาร	150	35.71	268	63.81	2	0.48	3.54	0.440
2. การออกกำลังกาย	178	42.38	217	51.67	25	5.95	3.48	0.619
3. การจัดการอารมณ์	83	19.76	334	79.52	3	0.71	3.36	0.427
4. การไม่สูบบุหรี่	258	61.43	158	37.62	4	0.95	3.81	0.592
5. การไม่ดื่มสุรา	212	50.48	202	48.10	6	1.43	3.65	0.586

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภาพรวมผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ (60.71%) ($\bar{X}$ =2.38, S.D.=0.492) เมื่อพิจารณาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตกลางๆ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ($\bar{X}$ =2.25, S.D.=0.445) ด้านจิตใจ ($\bar{X}$ =2.47, S.D.=0.523) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\bar{X}$ =2.18, S.D.=0.517) ด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}$ =2.37, S.D.=0.498) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม (n=402)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ระดับคุณภาพชีวิต						Mean	S.D.
	คุณภาพชีวิตที่ดี		คุณภาพชีวิตกลางๆ		คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)		(คน)		(คน)			
1. ด้านสุขภาพกาย	108	25.71	310	73.81	2	0.48	2.25	0.445
2. ด้านจิตใจ	206	49.05	209	49.76	5	1.19	2.47	0.523
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	101	24.05	294	70.00	25	5.95	2.18	0.517
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	159	37.86	258	61.43	3	0.71	2.37	0.498
ภาพรวมคุณภาพชีวิต	164	39.05	255	60.71	1	0.24	2.38	0.492

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ($r=0.164$, $P\text{-value}=0.001$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r=0.199$, $P\text{-value}<0.001$) พฤติกรรมสุขภาพ ($r=0.305$, $P\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตจังหวัดนครปฐม

ตัวแปรอิสระ	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
- รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน	0.164	0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.199	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.183	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	0.271	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	0.077	0.114	ไม่มีความสัมพันธ์
- การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	0.076	0.118	ไม่มีความสัมพันธ์
- การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.177	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.181	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก

ตัวแปรอิสระ	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
พฤติกรรมสุขภาพ	0.305	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับประทานอาหาร	0.224	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การออกกำลังกาย	0.185	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การจัดการด้านอารมณ์	0.271	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านไม่สุขุมหรือ	0.214	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านไม่ดื่มสุรา	0.092	0.059	ไม่มีความสัมพันธ์

ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (P-value<0.001), พฤติกรรมการจัดการด้านอารมณ์ (P-value<0.001), รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (P-value=0.003), พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (P-value=0.010) ตามลำดับ ตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัว สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมหรือกลุ่มพลเมืองจังหวัดนครปฐม ได้ร้อยละ 16.1 ($R^2 = 0.161$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม

ตัวแปรอิสระ (ตัวพยากรณ์)	B	S.E.	Beta	t	P-value
1. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	0.240	0.050	0.222	4.855	<0.001
2. การจัดการด้านอารมณ์	0.228	0.058	0.190	3.950	<0.001
3. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน	0.086	0.029	0.135	2.979	0.003
4. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	0.125	0.048	0.123	2.574	0.010
Constant	1.563	0.416	-	1.777	0.007
ค่าคงที่ = 0.774, F =19.920, P-value<0.001, R = 0.401, $R^2 = 0.161$					

การอภิปรายผลและสรุปผล

ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายผลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มพลเมืองจังหวัดนครปฐม ได้ร้อยละ 16.1 โดยตัวแปรที่สามารถทำนายได้ ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ, พฤติกรรมการจัดการด้านอารมณ์, รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (P-value=0.010) ตามลำดับ

ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (Cognitive skill) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.271$, P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ความรู้ความ

เข้าใจเป็นความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติทางด้านสุขภาพ ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Green & Kreuter (1991) กล่าวว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมหรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยที่เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุเขตจังหวัดนครปฐม มีระดับความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (72.38%) โดยผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้องในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ผู้สูงอายุทราบว่าควรตรวจสุขภาพร่างกายเป็นประจำทุกปี และผู้สูงอายุควรนอนพักผ่อนอยู่ชั้นล่างของบ้าน เพื่อป้องกันอุบัติเหตุและการลื่นล้มจากการขึ้นลงบันได และผู้สูงอายุควรกินผัก ผลไม้ การดื่มน้ำมากๆ เพื่อช่วยลดอาการท้องผูกและช่วยให้ร่างกายสดชื่น ตามลำดับ สำหรับประเด็นความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ผู้สูงอายุยังไม่สามารถปฏิบัติได้ดีในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ดื่มสุราและยาต้องเป็นประจำจะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดและผู้สูงอายุควรนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 4 ชั่วโมง ตามลำดับ

การจัดการด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.271$, $P\text{-value}<0.001$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การจัดการด้านอารมณ์เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการจัดการกับความเครียดของบุคคล เช่น การแสดงออกที่เหมาะสม การพักผ่อน การนอนหลับ การผ่อนคลาย การทำกิจกรรมที่คลายเครียดหรือการทำกิจกรรมที่ป้องกันการอ่อนล้าของร่างกาย สำหรับความเครียดในผู้สูงอายุจะพบว่าจะเกิดจากปัญหาเรื่องสุขภาพกายที่เสื่อมไปตามอายุขัยทำให้สมรรถภาพต่างๆ ของร่างกายลดลง จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุเขตจังหวัดนครปฐมมีระดับการปฏิบัติด้านการจัดการด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง (79.52%) โดยพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีสติ รองลงมาคือ ผู้สูงอายุพักผ่อนหย่อนใจโดยการพูดคุยกับเพื่อนบ้าน และผู้สูงอายุกินอาหารมากกว่าปกติหรือน้อยกว่าปกติเนื่องจากความเครียดจากเหตุการณ์ต่างๆ เช่น เกิดความวิตกกังวล ตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมการจัดการด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุที่ปฏิบัติไม่เหมาะสม ได้แก่ ผู้สูงอายุส่งเสริมให้คนในชุมชนหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์ผัดหวัง และผู้สูงอายุให้ความรู้กับคนในชุมชนเรื่องการควบคุมอารมณ์ทางลบ เช่น ดูทีวี ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ เขมิกา สมบัติโยธา และคณะ (2560) ที่พบว่าพฤติกรรมพักผ่อนคลายความเครียดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม และสามารถพยากรณ์ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.008$)

รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.164$, $P\text{-value}=0.001$) โดยผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อย 5,000 บาท (31.90%) เนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกือบ 1 ใน 3 เป็นผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (31.90%) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ค่อยดี สาเหตุอาจเนื่องมาจากสภาพร่างกายที่เกิดความเสื่อมถอยและไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ประกอบกับส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น ร่างกายเสื่อมถอย ความสามารถในการทำงานลดลง สภาพร่างกายจึงไม่อำนวยให้ประกอบอาชีพเพื่อสร้างรายได้ให้กับตนเองและครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุ

ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีรายได้น้อย (ดรุณี ชุมหวัด, 2549) ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ วิไลพร วงศ์นี้ และคณะ (2556) พบว่า รายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุเท่ากับ 10,000 บาทต่อเดือน และรายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถร่วมกันทำนายการเป็นผู้สูงอายุพหุพลังที่มีสุขภาพแข็งแรง และทำให้ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การรับประทานอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.224$, $P\text{-value}<0.001$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การเลือกรับประทานอาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตและสุขภาพ ภาวะโภชนาการเป็นเครื่องบ่งชี้สภาพความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของบุคคล การมีภาวะโภชนาการที่ดีจะมีผลให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง มีความต้านทานโรค ช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากแบบแผนการใช้ชีวิตที่ไม่ถูกต้อง เช่น โรคอ้วน โรคหัวใจและโรคมะเร็ง อาหารที่รับประทานจึงเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะในวัยสูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหารซึ่งทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารตามมา ได้แก่ การเคี้ยวและการกลืนอาหารลำบากเนื่องมาจากฟันหักมากขึ้นและต่อมน้ำลายทำงานลดลง ความอยากอาหารลดน้อยลงเนื่องมาจากการรับรสและกลืนลดลง จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุเขตจังหวัดนครปฐมมีระดับการปฏิบัติด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (63.81%) โดยพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย ผู้สูงอายุรับประทานอาหารเช้า 3 มื้อ (เช้า กลางวัน เย็น) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุรับประทานอาหารเช้า 5 มื้อ เช่น ข้าว เนื้อสัตว์ นม ไข่ ผัก ผลไม้ ผู้สูงอายุรับประทานอาหารเช้าที่ปรุงด้วยกรรมวิธี นึ่ง อบ ต้ม ตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุที่ปฏิบัติไม่เหมาะสม ได้แก่ ผู้สูงอายุดื่มนมพรมันเนย วันละ 1-2 แก้ว และผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น แกงเผ็ด แกงมัสมั่น แกงคั่ว ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ เขมิกา สมบัติโยธา และคณะ (2560) ที่พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม และสามารถพยากรณ์ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1) จากข้อมูลระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ ร้อยละ 60.71 โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมซึ่งมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ควรมีการรณรงค์จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุ และเป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันทางด้านสุขภาพ

2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุยังมีทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศน้อยที่สุด ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขและชมรมผู้สูงอายุควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีทักษะในด้านบริโภคข้อมูลสินค้าและผลิตภัณฑ์ต่างๆ ด้านสุขภาพ ผ่านสื่อต่างๆ โดยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้แก่ผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- เขมิกา สมบัติโยธา, วิทยา อยู่สุข และ นิรุวรรณ เทรินโบล. (2560). พฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม. J Sci Technol MSU, 38(1), 47-59.
- ดรุณี ชุมพะวัด. (2549). การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม : มิตรภาพบำบัด. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- พรปวิณ ทรัพย์แก้ว. (2559). การศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในตำบลโคมคลาน อำเภอท่าศาลา จังหวัด นครศรีธรรมราช. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย).
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2555. สนับสนุนโดย กองทุนผู้สูงอายุ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: บริษัท ที คิว พี จำกัด.
- วิไลพร วงศ์ศิณี, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และ กนกพร สุคำวัง. (2556). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมของประชากรเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร. 40(4), 91-99.
- สุปราณี จินาสวัสดิ์. (2559). พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัด ลำปาง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยพะเยา.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. (2563). รายงานประจำปีของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครปฐม 2562 [เอกสารอัดสำเนา]. นครปฐม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม
- อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข. (2560). ความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุหลังวัยเกษียณอายุการทำงานในจังหวัดแพร่. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 45, 30-42.
- Best, John W. (1977). *Research is Evaluation*. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall.
- Cronbach. (1997). *Essentials of Psychological Testing*. New York: Harper and Row.
- Daniel W.W. (2010). *Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences*. (9th ed). New York: John Wiley & Sons.
- Green, L. W. and Kreuter, M.W. (1991). *Health promotion planning: and enviromentalapproach*. Toronto: Mayfield Publishing.
- Nutbeam, D. (2000). *Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century*. Health Promotion International. 15(8), 259-267.
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework (WHO/NMH/NPH/02.8)*. http://www.unati.uerj.br/doc_gov/destaque/Madri2.pdf.