

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
ตำบลโคกกรวด อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
Factors Related to Quality of Life of Elderly in Khok- Kruat
Sub-District, Mueang Nakhon Ratchasima District, Nakhon
Ratchasima Province Administration Organization

Received : November 23, 2022

Revised : April 12, 2023

Accepted : April 21, 2023

นัยนาภรณ์ จันทร์, ส.ม. นักศึกษา (Naiyanaporn Jantra, M.P.H. student)^{1*}
ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์, ส.ด. นักศึกษา (Tongtip Salawongluk, Dr.P.H. student)²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลโคกกรวด จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุติดสังคมจำนวน 382 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมินคุณภาพชีวิตของเขตนครชัยบุรินทร์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.93$, S.D. = 0.49) และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับ ปัจจัยนำด้านการรับรู้ความรุนแรงที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ($\beta = 0.429$) ความคาดหวังในการปฏิบัติเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ($\beta = 0.172$) ปัจจัยเอื้อด้านการมีและการเข้าถึงสถานบริการต่างๆ ($\beta = 0.194$) การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข ($\beta = 0.147$) ปัจจัยเสริมด้านการรับได้รับคำแนะนำ และจัดกิจกรรมเรื่องการดูแลสุขภาพ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\beta = 0.131$) การได้รับคำแนะนำ และจัดกิจกรรมเรื่องการดูแลสุขภาพ จากบุคคลในครอบครัว ($\beta = -0.083$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 78.904$, $P = 0.000$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.735 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานเท่ากับ 0.387 จากข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ผู้เกี่ยวข้องควรนำไปกำหนดโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ

^{1,2}นักศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

(Student, Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University)

*ผู้เขียนหลัก (Corresponding author)

E-mail: klooize.jk31@hotmail.com

Abstract

Objective: This study aimed to examine factors related to the quality of life among the elderly in Khok-Kruat Sub-District, Mueang Nakhon Ratchasima District, Nakhon Ratchasima province.

Methods: Using a cross-sectional survey research design, the sample consisted of 382 socially-addicted elderly individuals. Data were collected using a questionnaire and a quality of life assessment form from Nakhon Chai Burin District. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation and multiple regression analysis.

Results: The results showed that the overall quality of life among the elderly was rated at a good level ($\bar{X} = 3.93$, S.D. = 0.49). The quality of life of the elderly was found to be correlated with several factors. The leading factor statistically significant associated with a perceived violence to have a poor quality of life ($\beta = 0.429$), the expectation of practice to have a good quality of life ($\beta = 0.172$), and the contributing factors for availability and access to various services ($\beta = 0.194$), availability and access to health facilities ($\beta = 0.147$), organization of health care activities by public health officials ($\beta = 0.131$) and receiving advice and organize health care activities from family members ($\beta = -0.083$) at the .05 level ($F = 78.904$, $P = 0.000$), with a coefficient of 0.735 and a standard error of 0.387. In conclusion, the quality of life among the elderly is influenced by leading, facilitating and supporting factors. Those involved persons should consider these findings to develop appropriate preparation programs for individuals entering the elderly age.

Keywords : quality of life, elderly

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ในปี 2561 ประชากรโลกมีจำนวน 66,558 ล้านคน มีผู้สูงอายุ จำนวน 111 ล้านคนหรือร้อยละ 16.73 ถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุคือมีผู้สูงอายุ มากกว่าร้อยละ 10.00 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ผลการสำรวจของสำนักงาน สถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2558, 2559 และ 2560 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของ ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นคิดเป็น ร้อยละ 14.90 , 15.07 และ 15.45 ตามลำดับ และคาดการณ์ว่าในปี 2564

ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) และยังคงพบว่าปี 2566 เป็นต้นไปจะมีผู้สูงเพิ่มปีละประมาณ 1 ล้านคน และในปี 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ระดับสุดยอด ร้อยละ 28 ของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ ประเทศไทยต้องเตรียมรับสถานการณ์ด้านระบบ สุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุรวมถึง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตามลำดับ (สำนักงาน สถิติแห่งชาติ, 2564)

คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการ และให้ความสำคัญจึงได้รับการสนใจ ทั้งยังเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ สภาพความเป็นอยู่ของบุคคลที่มีพื้นฐานการใช้ชีวิตที่แตกต่างกันและมีความพึงพอใจต่อการใช้ชีวิตนั้น อีกทั้งผู้สูงอายุยังต้องรับรู้สถานการณ์ในด้านต่างๆ ของชีวิต ทั้ง การรับรู้ทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ดังนั้นเป้าหมายของการส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้น เพื่อลดผลกระทบของโรคที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม (จิรัชยา เกล้าดี, สุภชัย นาคสุวรรณ และจักรวาล สุขไมตรี, 2560)

จังหวัดนครราชสีมามีผู้สูงอายุจำนวน 453,388 คน หรือ ร้อยละ 17.12 ของประเทศไทย ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคมจำนวน 337,084 คน หรือ ร้อยละ 74.34 กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงจำนวน 7,323 คน หรือร้อยละ 1.61 มีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 211,487 คน หรือ ร้อยละ 46.65 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2564) ในส่วนอำเภอเมืองมีผู้สูงอายุจำนวน 60,078 คน หรือร้อยละ 13.25 ของจังหวัดนครราชสีมา เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 24,949 คน หรือร้อยละ 41.52 ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและไม่สามารถช่วยตัวเองได้ จำนวน 189 คน หรือร้อยละ 0.76 แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคมจำนวน 41,734 คน หรือร้อยละ 69.47 กลุ่มติดบ้านและติดเตียงจำนวน 906 คน หรือร้อยละ 1.50 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2564) และในเขตพื้นที่ตำบลโคกกรวดมีผู้สูงอายุ จำนวน 3,129 คน หรือร้อยละ 5.21 ของอำเภอเมือง และ

มีผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรัง จำนวน 205 คน หรือร้อยละ 6.55 มีผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงจำนวน 151 คน หรือร้อยละ 4.83 ผู้สูงอายุติดสังคมจำนวน 2,891 คน หรือร้อยละ 92.40 (สำนักงานเทศบาลตำบลโคกกรวด, 2564) จะเห็นได้ว่า วัยผู้สูงอายุนั้นเป็นวัยที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นกระบวนการมีความสัมพันธ์กับอายุ ซึ่งกระบวนการสูงอายุจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างต่อเนื่อง ในรูปแบบของการเสื่อมของร่างกายเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งภูมิคุ้มกันตนเองลดลง มีการเจ็บป่วยตามมามากขึ้น และการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุนั้นย่อมมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้สูงอายุจะแสดงออก ได้แก่ ปัจจัยนำ ซึ่งเป็นคุณลักษณะของบุคคล เช่น ความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในการปฏิบัติ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ปัจจัยเอื้อเป็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การมีและการเข้าถึงสถานบริการต่างๆรวมถึงสถานบริการสาธารณสุข ปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยสนับสนุนเพื่อสร้างความมั่นใจและมั่นคงต่อการดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมที่แสดงออกมา จะได้มาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ครอบครัว และเพื่อนบ้าน (ศิริสุข ฉายแสง, 2553) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ทำให้ร่างกายเกิดภาวะเสื่อม รูปร่างลักษณะที่เปลี่ยนไป ย่อมเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านจิตใจและร่างกาย การทำงานมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความทนต่อการทำงานลดลง ทำให้รายได้และความภูมิใจในตนเองลดลง การสูญเสียคนรัก ขาดคนดูแล ขาดเพื่อน ถูกลบลบบาทในหน้าที่การงาน และ

การทำกิจกรรมในสังคมลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (จิรัชยา เกล้าดี, สุภชัย นาคสุวรรณ และจักรวาล สุขไมตรี, 2560)

Green (1999) ศึกษาพบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม เป็นปัจจัยสาเหตุที่สนับสนุนให้บุคคลปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดที่นำมาสู่การมีพฤติกรรมที่เป็นสุขนิสัย ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองและดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข กับการวิจัยของสมเกียรติ อินทรกนก (2562) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ มีการรับรู้ ความสามารถของตนเองและได้เห็นผลดีของการปฏิบัติภายใต้การจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 4 อ.(อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย เอาพิษออก) ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และ ศิริสุข ฉายแสง(2553) ที่พบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม และองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังพบว่า การพัฒนาศักยภาพโดยใช้กระบวนการ

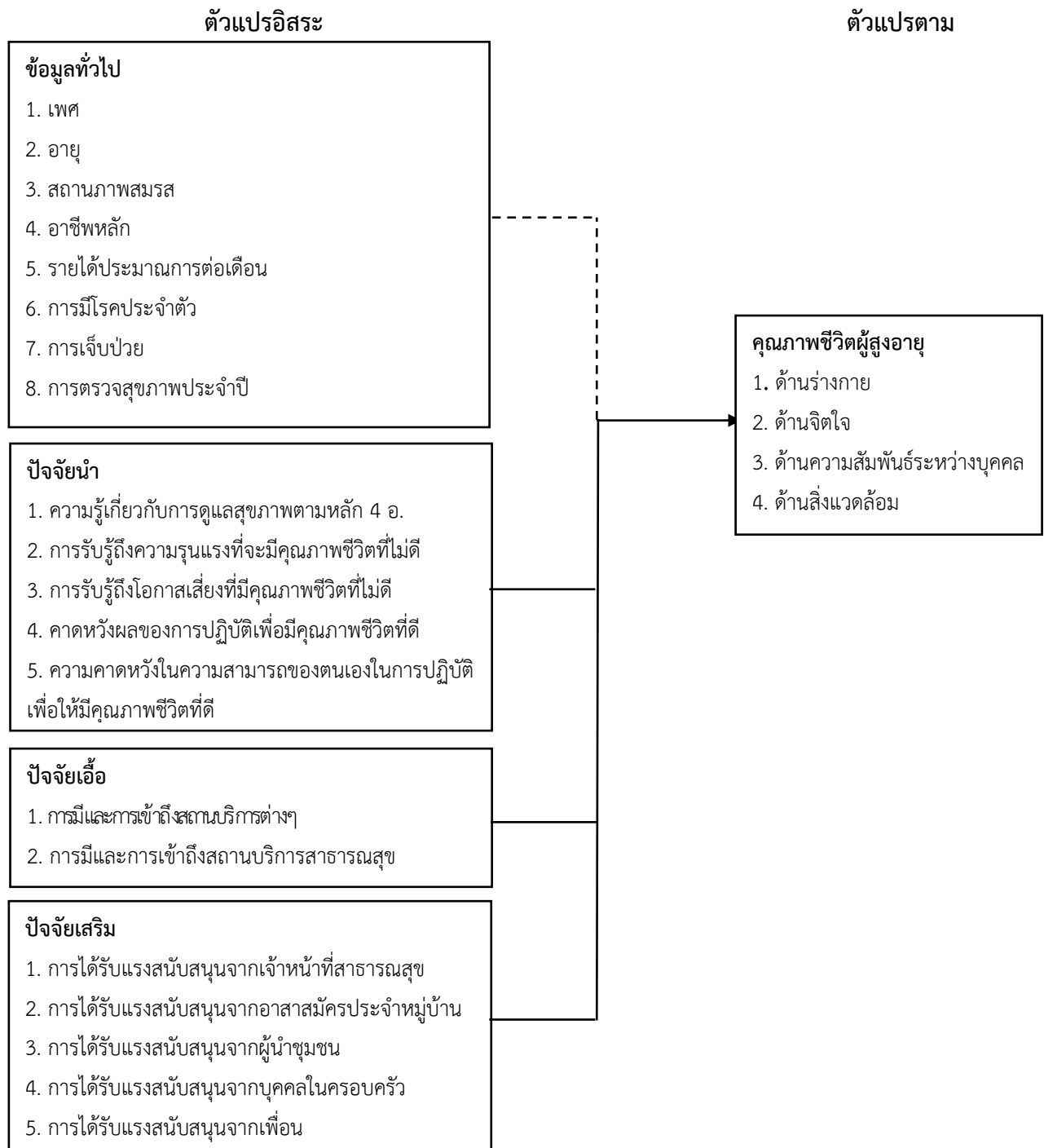
การเรียนรู้เป็นกลุ่มและมีการทำกิจกรรมร่วมกันตามโปรแกรมหรือหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่ได้นำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและหลักการดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. มาประยุกต์ใช้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนัก ปรับเปลี่ยนกระบวนคิด และพฤติกรรมที่เป็นสุขนิสัย จนกระทั่งพึ่งตนเองได้ ผู้วิจัยจึงได้นำแบบจำลอง PRECEDE Framework ของ Green (1999) และทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค รวมถึงหลักการดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. มาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลโคกกรวด อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา เพื่อจะได้ข้อมูลที่มีคุณภาพมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่ามีความสุข และได้รับความคุ้มครองจากสังคม ตลอดจนสามารถใช้เป็นกำหนดนโยบายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเหมาะสมต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลโคกกรวด อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลโคกกรวด อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

4. นิยามศัพท์

4.1 ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุติดสังคม อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลโคกกรวด อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา (ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในตำบลโคกกรวด และเคยเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. จากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา)

4.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หมายถึง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

4.2.1 ปัจจัยนำ หมายถึงปัจจัยพื้นฐานที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ ให้บุคคลปฏิบัติเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2.2.1 การดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการเอาชีวิตรอด (การดื่มน้ำ การนวดมือและนวดเท้า)

4.2.2 ปัจจัยเอื้อ หมายถึง สิ่งสนับสนุนให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ การมีและการเข้าถึงสถานบริการต่างๆ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข

4.2.3 ปัจจัยเสริม หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครหมู่บ้าน ผู้นำหมู่บ้าน ครอบครัว และเพื่อนบ้าน

4.2.4 คุณภาพชีวิต หมายถึง การมี

คุณภาพชีวิตที่ดีทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อม เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิต ตามแบบประเมินแบบฟอร์มการรวบรวมข้อมูลสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตบริการสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา, 2560)

5. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบ การวิจัยเชิงสำรวจ แบบ ตัดขวาง (Cross-sectional research) ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในตำบลโคกกรวด อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา และกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุติดสังคม ตำบลโคกกรวด อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 382 คน ที่สุ่มสุ่มโดยคำนวณขนาดตัวอย่างและสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรของ parel et al. (1973) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 342 คน คำนวณเพื่อป้องกันความผิดพลาด การสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 โดยใช้สูตรปรับขนาดตัวอย่างของบุญญพัฒน์ ไชยเมล์ (2556) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ 382 คน

2) กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกแบบแบ่งชั้นขององอาจ นัยพัฒน์ (2554) ตำบลโคกกรวดมีหมู่บ้านทั้งหมด 15 หมู่บ้าน เมื่อทำการแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้านจะได้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ดังนี้ บ้านหนองว่า 38 คน บ้านโคกกรวด 23 คน บ้านดอนแก้ว 15 คน บ้านละลมหม้อ 33 คน บ้านโป่งแมลงวัน 19 คน บ้านสระมนรา 29 คน บ้านคลองกระปือ 8 คน

บ้านเดี่ยว 24 คน บ้านหนองเป็ดน้ำ 29 คน บ้านดอน 17 คน บ้านหนองขอน 38 คน บ้านหนองรังกา 31 คน บ้านหนองกุง 8 คน บ้านโคกเพชร 27 คน โป่งดินสอ 4 คน ซึ่งผู้สูงอายุทั้ง 15 หมู่บ้านเคยได้รับการจัดกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุเกี่ยวกับหลักการดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. (ยา 8 ขนาน) เพื่อป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ให้สามารถควบคุมโรคให้ดีขึ้น จนกระทั่งสามารถปรับลดยาได้ จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา มาก่อนแล้ว

5.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบทดสอบ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎี และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และแบบประเมินคุณภาพชีวิต มี 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพหลัก รายได้ โรคประจำตัว การเจ็บป่วย การตรวจสุขภาพประจำปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยนำ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต มีทั้งหมด 50 ข้อ แบ่งเป็นแบบทดสอบ จำนวน 10 ข้อ 30 คะแนน เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ที่มีทั้งข้อความด้านบวกและด้านลบ 3 ตัวเลือก ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว แบบทดสอบความรู้เรื่องผู้สูงอายุ มีเกณฑ์การให้คะแนน (Bloom et al, 1971) ดังนี้คือ

ตอบถูก ให้ 1 คะแนน

ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

และแบบสอบถามการรับรู้ มี 40 ข้อ 120 คะแนน เป็นลักษณะมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง มาก โดยให้กลุ่ม

ตัวอย่างเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำตอบ	คะแนน
ตอบว่าน้อย	1
ตอบว่าปานกลาง	2
ตอบว่ามาก	3

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ

มี 11 ข้อ 11 คะแนน เป็นแบบเลือกตอบและให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว แบบสอบถามการมีและเข้าถึงสถานบริการด้านสุขภาพ มีเกณฑ์การให้คะแนน (Bloom et al, 1971) ดังนี้คือ

ตัวเลือก	คะแนนคำถาม
ไปรับบริการ	1
ไม่ไปรับบริการ	0

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยเสริม

มี 5 ข้อ 15 คะแนน เป็นลักษณะมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง มาก โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำตอบ	คะแนน
ตอบว่าน้อย	1
ตอบว่าปานกลาง	2
ตอบว่ามาก	3

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

มี 15 ข้อ 75 คะแนน เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตซึ่งปรับและประยุกต์จากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย ตามแบบประเมินแบบฟอร์มการประเมินผู้สูงอายุของเขตนครชัยบุรินทร์ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า คำถามแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

กลุ่มที่ 1 คำถามเชิงลบแต่ละข้อให้คะแนน

ตอบ ไม่เลย ให้ 5 คะแนน

ตอบ เล็กน้อย ให้ 4 คะแนน

ตอบ ปานกลาง ให้ 3 คะแนน

ตอบ มาก ให้ 2 คะแนน

ตอบ มากที่สุด ให้ 1 คะแนน

กลุ่มที่ 2 คำถามเชิงบวกแต่ละข้อให้คะแนน

ตอบ ไม่เลย ให้ 1 คะแนน

ตอบ เล็กน้อย ให้ 2 คะแนน

ตอบ ปานกลาง ให้ 3 คะแนน

ตอบ มาก ให้ 4 คะแนน

ตอบ มากที่สุด ให้ 5 คะแนน

โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 4 แปลผลโดยใช้เกณฑ์แบ่งระดับการรับรู้และพฤติกรรมตามเกณฑ์ของ Best (1977) โดยการนำคะแนนสูงสุด ลบด้วย คะแนนต่ำสุด ทหารด้วยสอง ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 และระดับสูง ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 ขึ้นไป

5.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้ประเมินตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องด้านเนื้อหา และความเข้าใจ ภาษา โดยพิจารณาข้อคำถามที่มีความหมาย สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Index of item - Objective Congruence : IOC) พบว่ามีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67- 1.00 และหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ทำการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะเก็บข้อมูลจริงเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30

คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตัวเองตามหลัก 4อ. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความคาดหวังในการปฏิบัติ การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตน แบบสอบถามการมีและการเข้าถึงบริการต่างๆและ บริการด้านสาธารณสุข และแบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนจากผู้นำชุมชน อาสาสมัครหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเพื่อนบ้าน เท่ากับ 0.70 , 0.86 , 0.79 และ 0.81 ตามลำดับ

5.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัย

ประสานงานกับสำนักงานเทศบาลตำบลโคกกรวด อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ทีมวิจัยชี้แจงวิธีการตอบแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถตอบแบบสอบถามเองได้ ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามและบันทึกคำตอบด้วยตนเอง และทีมวิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

5.4 การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล

ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ (Percentage: %) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าสูงสุด (Maximum: Max) ค่าต่ำสุด (Minimum: Min) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: S.D.) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis)

5.5 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการป้องกันสิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ใบรับรองเลขที่ HE-163-2563 ลงวันที่ 28 ธันวาคม 2563

6. ผลการวิจัยและอภิปราย

6.1 ผลการวิจัย ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ออกเป็น 5 ส่วน คือ

6.1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 382 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 61.80 มีอายุส่วนใหญ่ 60-64 ปี ร้อยละ 31.00 ส่วนใหญ่มีสถานะสมรส/คู่ ร้อยละ 78.50 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 27.20 ส่วนใหญ่มีรายได้ 4,001 - 8,000 บาท ร้อยละ 45.00 ส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัว ร้อยละ 94.50 ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วย ร้อยละ 92.90 ส่วนใหญ่เคยตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 98.70 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 382)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	146	38.20
หญิง	236	61.80
2. อายุ		
60 – 64 ปี	126	33.00
65 - 70 ปี	120	31.40
71 – 75 ปี	29	7.60
76 ปีขึ้นไป	107	28.00
3. สถานภาพ		
โสด	48	12.60
สมรส/คู่	300	78.50
แยกกันอยู่/หม้าย/หย่า	34	8.90
4. อาชีพ		
เกษตรกร	71	18.60
รับจ้างทั่วไป	94	24.60
ค้าขายธุรกิจส่วนตัว	78	20.40
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	35	9.20
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	104	27.20

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 382) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5. รายได้		
800 – 2,000 บาท	104	27.00
2,001 – 4,000 บาท	5	1.00
4,001 – 8,000 บาท	172	45.00
8,001 บาทขึ้นไป	103	27.00
6. โรคประจำตัว		
ไม่มี	21	5.50
มี	361	94.50
7. การเจ็บป่วย		
ไม่มี	27	7.10
มี	355	92.90
8. การตรวจสุขภาพประจำปี		
ไม่เคย	5	1.30
เคย	377	98.70

6.1.2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยนำพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ถึงความรุนแรงที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะมี

คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี อยู่ในระดับปานกลาง ความคาดหวังในการปฏิบัติเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในระดับปานกลาง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยนำ แยกเป็นระดับตัวแปรของกลุ่มปัจจัยนำ

ปัจจัยนำ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามหลัก 4 อ.	15.55	1.66	ปานกลาง
การรับรู้ถึงความรุนแรงที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	11.64	1.68	ปานกลาง
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	11.27	1.24	ปานกลาง
ความคาดหวังในการปฏิบัติเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี	10.84	1.80	ปานกลาง
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี	13.23	1.47	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม	12.51	0.22	ปานกลาง

6.1.3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อ พบว่า การเข้าถึงสถานบริการด้านสุขภาพ สนาม กีฬา/สถานที่ออกกำลังกาย สถานที่พักผ่อน/ สวนสาธารณะ ตลาด/ร้านค้า และวัด/โบสถ์/มัสยิด ส่วนใหญ่มีการเข้าใช้บริการ อยู่ในระดับสูง และ

การมีและเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข การเข้ารับการรักษาอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะ โรงพยาบาล และรพสต. และสิทธิการรักษาอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะ สิทธิประกันสังคม รายละเอียดดังตาม ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การมีและการเข้าถึงสถานบริการต่างๆ และ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข

ปัจจัยเอื้อ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
การมีและการเข้าถึงสถานบริการด้านสุขภาพ	100.00	0.00	สูง
การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข	28.57	20.18	สูง
ค่าเฉลี่ยรวม	64.29	14.26	สูง

6.1.4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสริม พบว่า การได้รับคำแนะนำ และจัดกิจกรรมเรื่องการดูแลสุขภาพ จากบุคคลในครอบครัว อยู่ใน ระดับปานกลาง การได้รับคำแนะนำ และจัด กิจกรรมเรื่องการดูแลสุขภาพ จากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข การได้รับคำแนะนำ และจัดกิจกรรม

เรื่องการดูแลสุขภาพ จากอาสาสมัครประจำ หมู่บ้าน การได้รับคำแนะนำ และจัดกิจกรรมเรื่องการดูแลสุขภาพ จากผู้นำชุมชน และการได้รับ คำแนะนำและจัดกิจกรรมเรื่องการดูแลสุขภาพ ใน จากเพื่อนอยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดดัง ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยเสริม แยกเป็นระดับของตัวแปรในกลุ่มปัจจัยเสริม

ปัจจัยเสริม	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
การได้รับคำแนะนำ และจัดกิจกรรมเรื่องการดูแลสุขภาพ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	11.16	1.75	ปานกลาง
การได้รับคำแนะนำ และจัดกิจกรรมเรื่องการดูแลสุขภาพ จากอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน	10.24	1.92	ปานกลาง
การได้รับคำแนะนำ และจัดกิจกรรมเรื่องการดูแลสุขภาพ จากผู้นำชุมชน	12.32	1.59	ปานกลาง
การได้รับคำแนะนำ และจัดกิจกรรมเรื่องการดูแลสุขภาพ จากบุคคลในครอบครัว	13.31	1.60	ปานกลาง
การได้รับคำแนะนำ และจัดกิจกรรมเรื่องการดูแลสุขภาพ จากเพื่อน	9.36	2.10	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม	11.28	1.80	ปานกลาง

6.1.5 ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิต พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ระดับดี และเมื่อ พิจารณาเป็นรายด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์

ระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อม ก็อยู่ในระดับดี เช่นกัน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แยกเป็นรายด้าน

คุณภาพชีวิต	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
ด้านร่างกาย	3.88	0.47	ดี
ด้านจิตใจ	3.94	0.45	ดี
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.92	0.55	ดี
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.97	0.49	ดี
โดยรวม	3.93	0.49	ดี

6.1.6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายตัวแปร พบว่า ปัจจัยนำ ด้านการรับรู้ความรุนแรง และความคาดหวังในการปฏิบัติ ปัจจัยเอื้อ การมีและการเข้าถึงสถานบริการต่างๆ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข และปัจจัยเสริม ด้านการได้แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครอบครัว

มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยเรียงลำดับความสำคัญดังนี้ การรับรู้ความรุนแรงที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ($\beta = 0.429$) การมีและการเข้าถึงสถานบริการต่างๆ ($\beta = 0.194$) ความคาดหวังในการปฏิบัติเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ($\beta = 0.172$) การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข ($\beta = 0.147$) การรับได้รับคำแนะนำ และจัดกิจกรรมเรื่องการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\beta = 0.131$) การรับได้รับคำแนะนำและจัดกิจกรรมเรื่องการดูแลสุขภาพจากบุคคลในครอบครัว ($\beta = 0.083$) ดังตารางที่ 6 และ 7

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แยกเป็นตัวแปรกลุ่ม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม (n=382)

ตัวแปร	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	R ₁	R ₂	S ₁	S ₂	S ₃	S ₄	S ₅	Q
X ₁	1.00	-0.031	0.294	0.240	-0.087	0.013	0.076	0.015	-0.031	-0.016	-0.047	0.018	0.093
X ₂		1.00	-0.173	-0.073	-0.009	0.030	0.024	-0.086	0.003	0.014	-0.142	-0.065	0.124*
X ₃			1.00	0.302	0.047	-0.091	-0.015	0.011	0.092	0.048	-0.064	-0.070	-0.22
X ₄				1.00	-0.207	-0.034	-0.093	0.153	0.027	-0.037	0.036	-0.113	0.121*
X ₅					1.00	0.053	0.047	0.026	0.032	-0.116	0.025	0.035	-0.028
R ₁						1.00	-0.223	-0.115	-0.008	0.102	0.156	-0.217	0.111*
R ₂							1.00	0.013	-0.217	0.025	0.368	0.374	0.114*
S ₁								1.00	0.027	-0.067	0.398	0.046	0.323*
S ₂									1.00	0.081	0.486	0.522	-0.285
S ₃										1.00	0.056	0.127	0.548
S ₄											1.00	-0.084	0.127*
S ₅												1.00	-0.145
Q													1.00

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หมายเหตุ X = ปัจจัยนำ (X₁=ความรู้ X₂=การรับรู้ความรุนแรง X₃=การรับรู้โอกาสเสี่ยง X₄=ความคาดหวังในการปฏิบัติ X₅=ความคาดหวังในความสามารถของตน)

R = ปัจจัยเอื้อ (R₁=การมีและการเข้าถึงสถานบริการต่างๆ R₂=การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข)

S = ปัจจัยเสริม (S₁=การได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข S₂=จากอาสาสมัครหมู่บ้าน S₃=จากผู้นำชุมชน S₄=จากคนในครอบครัว S₅=จากเพื่อนบ้าน S₅)

Q = คุณภาพชีวิต

ตารางที่ 7 แสดงค่าพหุคูณถดถอยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	B	β	T	P
การรับรู้ความรุนแรงที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (X_2)	0.398	0.429	10.634	0.001
ความคาดหวังในการปฏิบัติให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (X_4)	0.126	0.172	3.208	0.001
การมีและการเข้าถึงสถานบริการต่างๆ (R_1)	0.169	0.194	4.376	0.000
การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข (R_2)	0.199	0.147	4.045	0.000
การรับได้รับคำแนะนำ และจัดกิจกรรมเรื่องการดูแลสุขภาพ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (S_1)	0.114	0.131	2.503	0.013
การรับได้รับคำแนะนำ และจัดกิจกรรมเรื่องการดูแลสุขภาพ จากบุคคลในครอบครัว (S_4)	-0.097	-0.083	-2.323	0.021
$a = 0.577 \quad R = 0.735 \quad R^2 = 0.547 \quad SE_{est} = 0.387 \quad F = 78.904 \quad P = 0.000$				

6.2 อภิปรายผล

6.2.1 ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี และมีความสัมพันธ์กับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ทั้งนี้อาจเพราะว่า ตำบลโคกกรวด อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา นั้นเคยได้รับการจัดกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ เกี่ยวกับหลักการดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. (ยา 8 ขนาน) เพื่อป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ให้สามารถควบคุมโรคให้ดีขึ้น จนกระทั่งสามารถปรับลดยาได้ จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา มาก่อนแล้ว และการจัดกิจกรรมนั้นมีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีความครอบคลุมทั้ง 3 ปัจจัย โดยการพัฒนาโปรแกรม หรือการพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบและมีขั้นตอน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและชุมชน ดังการศึกษาของทิวากร ราชูธร และคณะ (2561) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาหลักสูตรส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ที่ได้จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลตัวเอง

ตามหลัก 4 อ.ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีและการศึกษาของเยาวชนลักษณะ ทักษะการ และคณะ (2558) ที่พบว่า การที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นจำเป็นต้องได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการศึกษาของอุมาภรณ์ กำลังดี และคณะ (2560) ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ สามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น เมื่อได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมหมอครอบครัว ซึ่งข้อค้นพบเหล่านี้มีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

6.2.2 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่พบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และเมื่อพิจารณาเป็นรายปัจจัย พบว่า ปัจจัยนำ ด้านการรับรู้ความรุนแรงที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ด้านความคาดหวังในการปฏิบัติให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยสอดคล้องกับแนวคิดของ Green (1999) ที่ว่า การรับรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจและความคาดหวังในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลหรือในอีกด้านหนึ่งจะเป็นความพอใจ

ของบุคคล ซึ่งได้จากประสบการณ์ในการเรียนรู้ รับรู้ ซึ่งอาจมีผลทั้งสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดง พฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของ บุคคลนั้น

ปัจจัยเอื้อ ด้านการมีและการ เข้าถึงสถานบริการต่างๆ ด้านการมีและการเข้าถึง สถานบริการสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยสอดคล้องกับ การศึกษาของ ศิริสุข ฉายแสง (2553) ที่ว่า การ เข้าถึงสถานบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้เป็น อย่างมาก ทั้งในด้านความพอเพียงของสถาน บริการสุขภาพ โดยผู้สูงอายุสามารถเลือกสถาน บริการสุขภาพ รวมถึงสิทธิของการรักษาพยาบาล ได้ตรงต่อความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัย ที่นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ปัจจัยเสริม ด้านการรับได้รับ คำแนะนำ และจัดกิจกรรมเรื่องการดูแลสุขภาพจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้านการรับได้รับคำแนะนำ และจัดกิจกรรมเรื่องการดูแลสุขภาพ จากบุคคลใน ครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่า การที่ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมใน การทำกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน ชุมชนนั้น โดยมีผู้นำกิจกรรมส่วนมากเป็นเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขและคนในครอบครัว ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุ รับรู้ถึงผลดีและผลเสียในการรับรู้ถึงการดูแลสุขภาพ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ ปณิชา แดงอุบล และคณะ (2556) ที่ว่า การได้รับคำแนะนำและการ ได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สังคม และคนในครอบครัว เป็นปัจจัยเสริมให้บุคคลรับรู้ถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนให้บุคคล ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังคำกล่าว Rogers (1975)

ที่ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างความตระหนักให้กับ บุคคลหรือผู้ป่วยนั้น ผู้เกี่ยวข้องหรือนักวิชาการ จะต้องจัดกิจกรรมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้อย่างเต็ม ศักยภาพเพื่อปรับเปลี่ยนกระบวนคิด อันจะนำไปสู่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจนเป็นสุขนิสัย และส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

7. ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ แบ่งข้อเสนอแนะออกเป็น 2 ด้านคือ ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการศึกษาและ ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

7.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

7.1.1 จากที่พบว่า การนำแนวคิด PRECEDE Framework ทฤษฎี แรงจูงใจเพื่อ ป้องกันโรค รวมถึงการดูแลสุขภาพตามหลัก 4อ. มาประยุกต์ใช้ในการศึกษา ดังนั้น การที่จะนำ แนวคิดทฤษฎีมาใช้ ควรมีการศึกษาแต่ละ องค์ประกอบของแนวคิดทฤษฎีให้เกิดความเข้าใจ ก่อนนำไปใช้

7.1.2 จากที่พบว่า คุณภาพชีวิตมี ความสัมพันธ์กับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัย เสริม ดังนั้น ผู้ที่จะจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ จะต้องให้มีความครอบคลุมทั้ง 3 ปัจจัย

7.1.3 จากที่พบว่า ความรู้ การรับรู้ โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของ ตนเอง การได้รับคำแนะนำและจัดกิจกรรมจาก ผู้นำชุมชน อาสาสมัครหมู่บ้านและเพื่อนบ้าน ไม่มี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ดังนั้น ผู้ที่จัด กิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ควรมีการ ปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดำเนินงานโดยมุ่งเน้นให้ ผู้สูงอายุมีความรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค

มีการตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตามหลัก 4 อ. ที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมนั้น

7.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไป ผู้วิจัยขอเสนอแนะ กลวิธีที่ควรจะได้ให้ความสำคัญในการศึกษา ดังนี้ ควรมีการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมหรือแนวทางการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยความร่วมมือ ของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน เน้นโรคที่พบมากในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เจริญ ชีวีเสร้า โดยการ จัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับแต่ละโรค เช่น การให้ความรู้ ในการปฏิบัติตน การฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึง แนวทางในการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพและช่วยเหลือตนเองได้ต่อไป

8. สรุป

ผล การศึกษาชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุถึงแม้ว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี แต่ต้องเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการมีโรคประจำตัวสูงถึงร้อยละ 94.50 ข้อค้นพบนี้เป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิต และที่พบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะ ด้านการรับรู้ความรุนแรง ความคาดหวังในการปฏิบัติ การมีและการเข้าถึงสถานบริการต่างๆ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข ได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครอบครัว ดังนั้น ควรมีการจัดทำหลักสูตรพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

9. เอกสารอ้างอิง

1. จิรัชยา เคล้าดี สุภชัย นาคสุวรรณ และจักรวาล สุขไมตรี. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารราชพฤกษ์*, 15(1), 27-32.
2. ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์ อรรถวิทย์ สิงศาลาแสง และพุดพิงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์. (2561). รูปแบบการพัฒนานักศึกษาเยี่ยมบ้าน คลายทุกข์ บ้านดอน ตำบลหนองพลวง อำเภोजักราช จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(1), 15-20.
3. ทิวากร ราชูธร และคณะ. (2561). การพัฒนาหลักสูตรส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมเขตพื้นที่เทศบาลหัวทะเล อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 8(2), 133-140.
4. ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์. (2556). การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข. *วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ*, 16(2), 68-76.
5. ปณิชา แดงอุบล, สุจิตรา จันทวงษ์, ประยงค์ นะเชิน. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน จังหวัดนครปฐม. *วารสารบัณฑิตศึกษา*, 10(5), 95-112.
6. เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม และคณะ. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในเขตอำเภอมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 24(3), 104-118.

7. ศิริสุข ฉายแสง. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดอำนาจเจริญ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ).* สารานุกรมสุขภาพศาสตร์มหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
8. สมเกียรติ อินทรกนก และคณะ. (2562). การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรณีศึกษาพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอ ปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. *วารสาร สคร.9 2564*, 27(1), 56-67.
9. สำนักงานเทศบาลตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง นครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา. (2564). *ข้อมูลจากการคัดกรอง HDC ตำบลโคกกรวด อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2564, จาก <https://nma.hdc.moph.go.th>*
10. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. สืบค้นเมื่อวันที่ 31 มกราคม 2564, จาก <http://nso.go.th>.*
11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2564). *ข้อมูลจากการคัดกรอง ADL 2559. สืบค้น เมื่อวันที่ 14 มกราคม 2564, จาก <http://www.korathealth.com>*
12. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต9 นครราชสีมา. (2560). *โครงการรวบรวมข้อมูลสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในเขตบริการสุขภาพที่ 9 (นครชัยบุรินทร์). แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, 1-8.*
13. งามอาจ นัยพัฒน์. (2554). *การออกแบบการวิจัย: วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพและผสมผสานวิธีการ (พิมพ์ครั้งที่ 2).* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
14. อุมารณ กาลังดี และคณะ. (2560). การพัฒนาแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2 หรือความดันโลหิตสูงด้วยทีมหมอครอบครัว. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้*, 60(1), 34-45.
15. Bloom, Benjamin S., et al. (1971). *Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning.* New York: Mc Graw-Hill Book Company. Cronbach,LJ.
16. Green, Lawrence W. (1999). *Health Promotion Planning An Education Approach (3 ed.)* Toronto : Mayfield Publishing Company.
17. parel, C. P., Caldito, G. C., Ferrer, P. L., De Guzman, G. G., Sinsioco, C. S., & Tan, R. H. (1973). *Sampling design and procedures.* New York: AIDIC.
18. Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91, 93- 114.