



# ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตอำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก

## Factors Affecting the Quality of Life Among the Elderly in Nakhonthai District, Phitsanulok Province

อมรศักดิ์ โพธิ์อำ<sup>1\*</sup>, พุฒิพงศ์ มากมาย<sup>2</sup>

Amornsak Poum<sup>1\*</sup>, Puttipong Makmai<sup>2</sup>

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร<sup>1\*</sup>, คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น จังหวัดตาก<sup>2</sup>

Faculty of Public Health, Naresuan University<sup>1\*</sup>, Faculty of Allied Health Science, Northern College, Tak Province<sup>2</sup>

(Received: 5 October 2025; Revised: 20 November 2025; Accepted: 28 November 2025)

### บทคัดย่อ

พดพพลัง (Active Aging) เป็นกระบวนการสำคัญที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การวิจัยแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยด้านความรู้ ทักษะคิดและการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี เขตอำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 1,651 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel (2010) ได้จำนวน 330 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 และนำไปทดลองใช้ เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.867 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย ความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพและทักษะคิด ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย (P-value<0.001) และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ (P-value = 0.012) ทำนายได้ร้อยละ 15.60 ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องควรมีการประสานความร่วมมือกันเพื่อแก้ไขปัญหาและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สูงขึ้น

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, คุณภาพชีวิต, ความรู้, ทักษะคิด, การรับรู้ด้านสุขภาพ

\* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Amornsakpoum1@gmail.com, Amornsak Poum)

## Abstract

Active aging is an important process to improve quality of life among elderly people. This cross-sectional research study aimed to examine the associations between selected factors and quality of life, and to identify predictors linked to knowledge, attitudes and health perception of quality of life among the elderly. The population in this study consisted of 1,651 elderly individuals aged 60-69 years residing in Nakhonchai District, Phitsanulok Province, in fiscal year 2024. A sample size of 330 was calculated using Daniel's (2010) formula for finite population. Systematic random sampling was employed for data collection. Data were collected using a structured interview questionnaire composed of personal characteristics, knowledge, attitude, health perception, and quality of life among the elderly. To ensure questionnaire quality, content validity was examined by 3 experts, with IOC values ranging from 0.67 to 1.00. Pilot testing was conducted, and the reliability test using Cronbach's alpha coefficient yielded a value of 0.867. Data were analyzed using Pearson product-moment correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis. Correlation analysis revealed that factors positively associated with quality of life among the elderly at the 0.05 significance level included knowledge, health perception, and attitude, respectively. Multiple regression analysis showed that the selected factors accounted for 15.60% of the variance in quality of life among the elderly. Only two factors were included in the final model: perceived risk of illness ( $P$ -value $<0.001$ ) and perceived barriers to health care ( $P$ -value=0.012). Therefore, related health workers and providers should consider these factors and cooperate to promote healthy behavior and improve quality of life in the elderly.

Keywords: Elderly people, Quality of Life, Knowledge, Attitude, Health perception

## บทนำ

ผู้สูงอายุหรือคนชราตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกหมายถึงบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549) องค์การสหประชาชาติได้นิยามว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นสัดส่วนเกิน 10% หรือมีอายุ 65 ปีขึ้นไปเกิน 7% ของประชากรทั้งประเทศถือว่าเป็นประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็น 20% และอายุ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็น 14% แนวโน้มและสถานการณ์โครงสร้างประชากรพบสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุโลกกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากปัจจุบันที่มีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 600 ล้านคน ซึ่งคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.2 พันล้านคน และ 2 พันล้านคน ในปี พ.ศ.2563 และ พ.ศ.2593 ตามลำดับโดยองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete Aged Society) เนื่องจากจะมีสัดส่วนคนอายุ 60 ปีขึ้นไปเกิน 10% ตามนิยามองค์การสหประชาชาติและคาดว่าจะจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ในอีก 20 ปี หรือ ปี พ.ศ.2578 คือมีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง 30% (ชมพูนุช พรหมภักดี, 2556)

สถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยปี พ.ศ.2564-2566 มีจำนวนผู้สูงอายุเท่ากับ 69,133, 69,506 และ 71,446 คน ตามลำดับ จากรายงานข้อมูลผลการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ หรือ ADL (Activities of Daily Living) สามารถดำเนินการประเมิน ADL ให้แก่ผู้สูงอายุเขตอำเภอไทย ได้ครอบคลุมร้อยละ 88.08, 94.87 และ 96.8 ตามลำดับ โดยสามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ กลุ่ม 1 ผู้สูงอายุติดสังคม มีจำนวน 59,200, 64,112 และ 67,331 คน กลุ่ม 2 ผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 1,477, 1,585 และ 1,651 คน และกลุ่ม 3 ผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 218, 245 และ 238 คน ตามลำดับ สำหรับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจากผลการตรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพพบว่า ปี พ.ศ.2566 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพ มีทั้งหมด 10 ปัญหา ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาสุขภาพช่องปากโรคสมองเสื่อม โรคข้อเข่า ภาวะซึมเศร้า ภาวะหกล้ม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะน้ำหนักสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน จากปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเขตอำเภอไทย พบว่าส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 31.88) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 7.62) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 3.89) (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เท่าเทียมกับคนปกติ ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ทำให้ขาดการช่วยเหลือดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลง

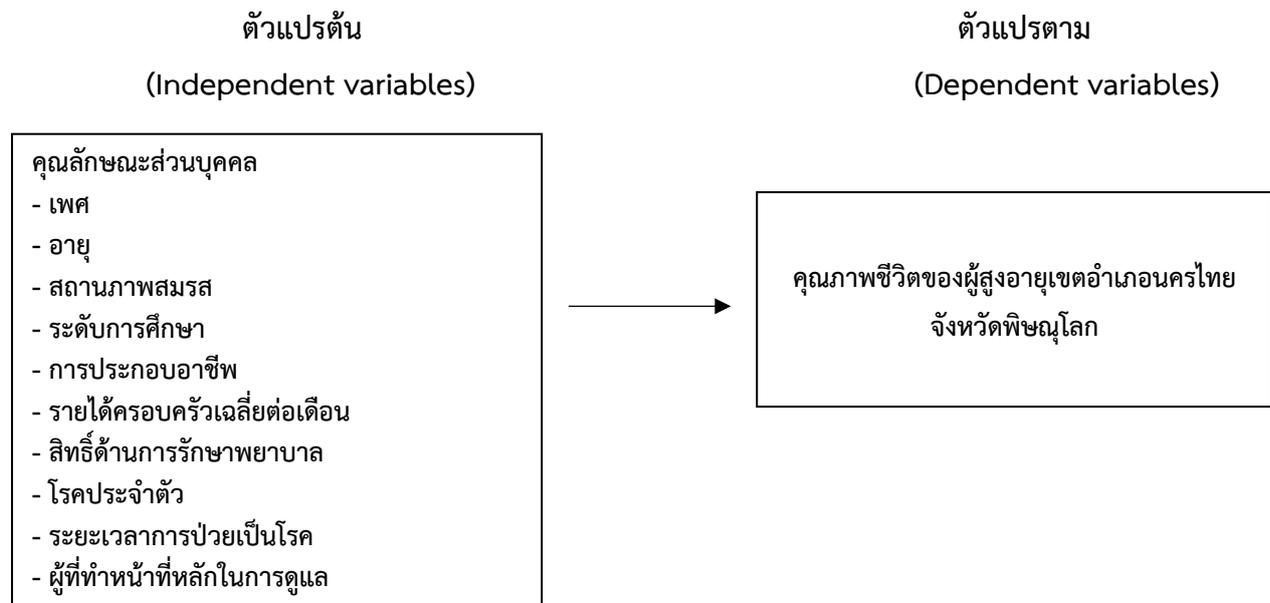
จากแนวโน้มของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นจึงนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยในทุกๆด้านทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยตามวัย นอกจากการเจ็บป่วยทางร่างกายที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุแล้วยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุด้วย เนื่องจากวัยสูงอายุจะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างทั้งจากสภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอย

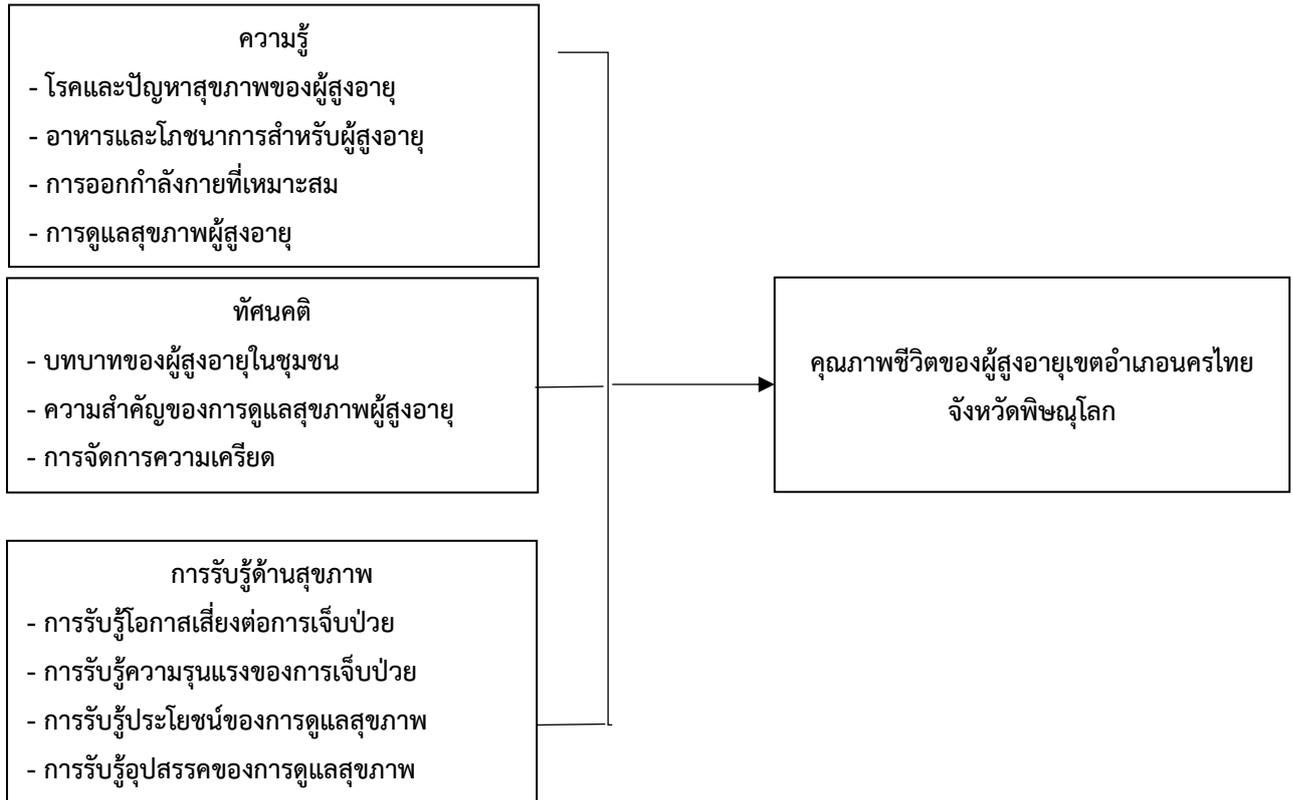
ลง การสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคมและอาจวิตกกังวลต่อความตายที่อยู่ในส่วนลึกของจิตใจ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไร้คุณค่า ขาดแรงจูงใจและความกระตือรือร้นลดลง ขาดความเชื่อมั่นและหมดความภาคภูมิใจในตนเอง (สุปราณี จินาสวัสดิ์, 2559) การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง เกิดการพืงพืงทั้งด้านกิจวัตรประจำวันตลอดจนกิจกรรมที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตส่งผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุได้ ผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และสังคมจะส่งผลกระทบต่อถึงกันและกันไม่รู้จบ มีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดน้อยลง (สมใจ อ่อนละเอียด, 2564) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงหลายด้านในวัยสูงอายุจะนำมาซึ่งปัญหาทางสุขภาพทั้งทางร่างกายและทางจิตใจและนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ลดลงไป จนถึงมีคุณภาพชีวิตในระดับที่ไม่ดีได้ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเตรียมความพร้อมและมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่สำคัญเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้ด้านสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อวิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยดังกล่าวต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

กรอบแนวคิดการวิจัย





ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**ระเบียบวิธีวิจัย**

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Research Study) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2567-มีนาคม 2568

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี เขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 จำนวน 1,651 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุติดสังคม ผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง โดยใช้ผลการประเมิน ADL จะต้องไม่ติดเตียง ไม่ติดบ้าน เข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุมาไม่น้อยกว่า 1 เดือนขึ้นไป ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 330 คน

การสุ่มตัวอย่าง คือ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) จากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุตามทะเบียนราษฎร์ โดยนำรายชื่อของผู้สูงอายุมาเรียงลำดับตามตัวอักษร ก ถึง ฮ แล้วคำนวณระยะห่างของการสุ่ม เท่ากับ 3 หลังจากนั้นเริ่มสุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างคนแรก แล้วหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างลำดับถัดไปโดยเว้นระยะห่างของรายชื่อเท่ากับ 3 สุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างไปจนครบ 330 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิด้านการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคและผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้ ประกอบด้วย โรคและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกายที่เหมาะสมและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 48 ข้อ แต่ละข้อคำถามมี 3 ตัวเลือก ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น คือ ถูก ไม่แน่ใจ ไม่ถูก โดยให้คะแนนตอบถูก เท่ากับ 1 คะแนนและตอบไม่ถูก/ไม่แน่ใจ เท่ากับ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ปานกลางและต่ำ การแปลผลตามแนวคิดของ Bloom (1971) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความรู้ระดับสูง (คะแนน  $\geq 80\%$ ) ความรู้ระดับปานกลาง (คะแนน 61%-79%) และความรู้ระดับต่ำ (คะแนน  $\leq 60\%$ )

ส่วนที่ 3 ทักษะปฏิบัติ ประกอบด้วย บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน ความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดการความเครียด โดยข้อคำถามเป็นทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 การรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ ข้อคำถามเป็นทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 45 ข้อ

เกณฑ์การแปลผลข้อคำถามส่วนที่ 3 และ 4 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (คะแนน 3.67-5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34-3.66) และระดับต่ำ (คะแนน 1.00-2.33)

ส่วนที่ 5 ตัวแปรตามคือ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้เกณฑ์การประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ที่เรียกว่า WHOQOL-OLD (ฉบับภาษาไทย) จำนวน 4 มิติ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม (World Health Organization, 1994) การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 26 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2 9 และ 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ ดังนี้ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อยและไม่เลย ใช้เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คุณภาพชีวิตที่ดี (96 - 130 คะแนน) คุณภาพชีวิตกลาง (61 - 95 คะแนน) และคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26 - 60 คะแนน)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในพื้นที่ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกัน แล้วคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1997) ได้เท่ากับ 0.867

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากผู้ช่วยนักวิจัย 2 คน ที่ผ่านมาอบรมและฝึกปฏิบัติวิธีการเก็บและอธิบายแบบสัมภาษณ์เพื่อให้ได้มาตรฐานใกล้เคียงกัน ข้อมูลที่เก็บรวบรวมแล้วจะผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นทำการลงรหัสแล้วบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานเพื่อหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment correlation coefficient และ Stepwise Multiple Regression Analysis

### จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ NTC888-0091 ลงวันที่ 21 ตุลาคม พ.ศ.2567

### ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่อยู่ในอำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.18) มีอายุมากกว่า 69 ปี (ร้อยละ 44.85) ( $M = 66.77, SD. = 7.296, Max=69, Min=60$ ) มีสถานภาพสมรส คู่/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 48.18) ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 74.55) รองลงมาคือ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 20) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 65.15) มีเพียงร้อยละ 0.61 ที่เป็นข้าราชการบำนาญทำให้มีเงินเดือนในการใช้จ่าย รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,000–6,000 บาท (ร้อยละ 54.85) ( $M = 4,554.85, SD. = 5,661.746, Max=50,000, Min=600$ ) ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย บุตร (ร้อยละ 35.45) และสามี/ภรรยา (ร้อยละ 35.45) และผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 82.01)

ความรู้ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.48) ( $M = 1.83, SD. = 0.624$ ) ทักษะคิดภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.97) ( $M = 2.40, SD. = 0.520$ ) และการรับรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.03) ( $M = 2.36, SD. = 0.483$ )

ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ ทักษะและการรับรู้ ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก (n=330)

ความรู้ ทักษะ และการรับรู้ด้านสุขภาพ	ระดับ						M	SD.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
1. ความรู้ โรคและปัญหาสุขภาพของ ผู้สูงอายุ	42	12.73	193	58.48	95	28.79	1.83	0.624
อาหารและโภชนาการสำหรับ ผู้สูงอายุ	76	23.03	175	53.03	79	23.94	1.99	0.686
การออกกำลังกายที่เหมาะสม	95	28.79	161	48.79	74	22.42	2.06	0.713
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	33	10.00	206	62.42	91	27.58	1.82	0.588
2. ทักษะ	39	11.82	197	59.70	94	28.48	1.83	0.613
บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน	137	41.52	188	56.97	5	1.52	2.40	0.520
ความสำคัญของการดูแล สุขภาพ	149	45.15	154	46.67	27	8.18	2.36	0.630
การจัดการความเครียด	157	47.58	156	47.30	17	5.22	2.42	0.590
3. การรับรู้ด้านสุขภาพ	153	46.36	172	52.12	5	1.52	2.44	0.527
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ เจ็บป่วย	122	36.97	208	63.03	-	-	2.36	0.483
การรับรู้ความรุนแรงของการ เจ็บป่วย	79	23.94	246	74.55	5	1.52	2.22	0.452
การรับรู้ประโยชน์ของการดูแล สุขภาพ	181	54.85	146	44.24	3	0.91	2.53	0.517
การรับรู้อุปสรรคของการดูแล สุขภาพ	216	65.45	102	30.91	12	3.64	2.61	0.556
	47	14.24	269	81.52	14	4.24	2.19	0.418

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาพรวมผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง (ร้อยละ 59.70) ( $M = 1.93$ ,  $SD. = 0.631$ ) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนคุณภาพชีวิต กลางๆ ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ( $M = 1.93$ ,  $SD. = 0.713$ ) ด้านจิตใจ ( $M = 1.92$ ,  $SD. = 0.679$ ) ด้าน สัมพันธภาพทางสังคม ( $M = 1.79$ ,  $SD. = 0.685$ ) และ ด้านสิ่งแวดล้อม ( $M = 1.86$ ,  $SD. = 0.546$ ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขต  
อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก (n=330)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ระดับคุณภาพชีวิต						M	SD.
	ดี		ปานกลาง		ไม่ดี			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
คุณภาพชีวิต	55	16.67	197	59.70	78	23.64	1.93	0.631
ด้านร่างกาย	30	9.09	226	68.48	74	22.42	1.93	0.713
ด้านจิตใจ	64	19.39	176	53.33	90	27.27	1.92	0.679
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	50	15.15	161	48.79	119	36.06	1.79	0.685
ด้านสิ่งแวดล้อม	73	22.12	161	48.79	96	29.09	1.86	0.546

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ  
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05  
ได้แก่ ความรู้ (r=0.198, P-value=0.024) ทักษะคิด (r=0.179, P-value=0.017) และการรับรู้ด้าน  
สุขภาพ (r=0.183, P-value=0.005) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพ  
ชีวิตของผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

ตัวแปรต้น	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	P-value	ระดับความสัมพันธ์
	ของเพียร์สัน (r)		
ความรู้	0.198	0.024	มีความสัมพันธ์ทางบวก
โรคและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ	0.212	0.005	มีความสัมพันธ์ทางบวก
อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ	0.114	0.039	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การออกกำลังกายที่เหมาะสม	0.190	0.005	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	0.113	0.027	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ทักษะคิด	0.179	0.017	มีความสัมพันธ์ทางบวก
บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน	0.166	0.034	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ความสำคัญของการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ	0.115	0.050	มีความสัมพันธ์ทางบวก

ตัวแปรต้น	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
การจัดการความเครียด	0.163	0.030	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้ด้านสุขภาพ	0.183	0.005	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย	0.193	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	0.184	0.004	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ	0.113	0.050	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ	0.141	0.010	มีความสัมพันธ์ทางบวก

ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของของผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย (P-value <0.001) และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ (P-value =0.012) ตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัว สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของของผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ได้ร้อยละ 15.6 ( $R^2=0.156$ ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของของผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

ตัวแปรอิสระ (ตัวพยากรณ์)	B	S.E.	Beta	t	P-value
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย	0.264	0.075	0.189	3.524	<0.001
2. การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ	0.206	0.081	0.136	2.538	0.012
Constant	0.910	0.238	-	7.753	<0.001

ค่าคงที่ = 0.910, F =9.666, P-value<0.001, R = 0.236,  $R^2 = 0.156$

#### อภิปรายผล

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตในสังคมตามวิถีชีวิตของแต่ละคนซึ่งมีความแตกต่างกันตามกาลเวลาที่เปลี่ยนไป คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประกอบด้วย ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุประเมินคุณภาพชีวิตตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางทั้งรายด้าน โดยภาพรวม (ร้อยละ 59.70) ( $M = 1.93$ ,  $S.D. = 0.631$ ) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของสมใจ อ่อนละเอียด (2564) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเขตจังหวัดนครปฐมมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.71) โดยผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงสุด ( $M = 1.93$ ,  $S.D. = 0.713$ ) เนื่องจากจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับบุตรของตนเอง (ร้อยละ 35.45) มีบุตรคอยดูแลเอาใจใส่ มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต ไม่รู้สึกเหงาหรือว่าเหวเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรธิดา ซึ่งทำหน้าที่ดูแลและทำให้เกิดสัมพันธภาพในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Yodkul, S. Srijakkot, J. (2012) ที่พบว่าการมีสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ที่ดีและทำให้บุคคลเห็นคุณค่าในตนเองนำไปสู่การปรับตัวทางอารมณ์ที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญต่อปัญหาความเครียดที่มากกระทบได้ ปัจจัยที่ศึกษาสามารถร่วมทำนายผลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ได้ร้อยละ 15.60 โดยตัวแปรที่สามารถทำนายผลได้ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ( $P\text{-value}<0.001$ ) และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ ( $P\text{-value}=0.012$ ) สามารถอธิบายได้ว่า

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตอำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta=0.264$ ,  $P\text{-value}<0.001$ ) สามารถอธิบายผลได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะแตกต่างไปจากผู้ที่มีความสุขปกติทั่วไป โดยบุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยจะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงขึ้นและทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น (Becker, 1974) ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้ในระดับที่แตกต่างกัน บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนในระดับสูงจะมีผลทำให้แสดงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมกขึ้น (Janz & Becker, 1984) ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ และคณะ (2565) ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตอำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส ( $P\text{-value}=0.001$ )

การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตอำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta=0.206$ ,  $P\text{-value}=0.012$ ) สอดคล้องกับแนวคิดด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่ขัดขวางพฤติกรรมเป็นการคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าของบุคคลในทางลบเกี่ยวกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่างๆ ของการปฏิบัติทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรม การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบายในการมารับบริการหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จะต้องปฏิบัติจะขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวันก็ตาม ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ (Becker, 1974) สอดคล้องกับทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (1990) ที่กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 79.00 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางบวกทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยตรง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ และคณะ (2565) ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตอำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส ( $P\text{-value}=0.013$ )

### ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากข้อมูลระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 59.70 โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมซึ่งมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด ( $M = 1.79$ ,  $SD. = 0.68$ ) ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ควรมีการรณรงค์ จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุ และเป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันทางด้านสุขภาพ

2. การรับรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุควรเน้นการจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มการรับรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น การเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบโดยให้ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่แข็งแรงมาเล่าประสบการณ์การดูแลสุขภาพของตนเองให้แก่ผู้สูงอายุคนอื่นๆ ได้นำไปปฏิบัติต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิธีการหรือกลยุทธ์อื่นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อจะได้หาแนวทางในการลดปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยจำแนกตามช่วง อายุ เช่นอายุ 60 – 64 ปี ,65- 69 ปี, 70-74 ปี, 75 -79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป เพื่อให้ได้แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุให้มากที่สุด

### รายการอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *Health Data Center*. <https://hdcservice.moph.go.th>

ชมพูนุช พรหมภักดี. (2556). การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย (Aging society in Thailand).

*วารสาร สำนักวิชาการสำนักเลขาธิการวุฒิสภา*, 3(16): 3.

สมใจ อ่อนละเอียด. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พดุมพลัง จังหวัดนครปฐม. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 14(30),333-345.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2549). *อาหารทั่วไปและอาหารเฉพาะโรคผู้สูงอายุ*.

กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.

สุปราณี จินาสวัสดิ์. (2559). *พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ*

*จังหวัดลำปาง* [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยพะเยา

อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, นูรมา สมการณ์. (2565). การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส. *วารสารสาธารณสุขและ*

*วิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(1), 146-155.

- Becker, Marshall H. (1974). *The Health Belief Model and Preventive Behavior*. Health Education Monographs.
- Best, John W. (1977). *Research is Evaluation*. (3<sup>rd</sup>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*. (9<sup>th</sup>ed). New York: John Wiley & Sons.
- Janz, N.K., & Becker, M.H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health education quarterly*, 11(1), 1-47.
- Pender. NJ, Walker SN, Sechrist KR, Strombory MF. (1990). Predicting Health-Promotion Lifestyle In the Workplace. *Nurs Res 1990 Nov-Dec*, 39(6): 326-32.
- World Health Organization. (1994). *Quality of Life Assessment: An Annotated Bibliography*. Geneva: WHO(WHO/MNH/PSF/94.1).
- Yodkul, S. Srijakkot, J. (2012). Predicting Factors of Depression among Older People with Chronic Disease in Buriram Hospital. *Journal of Nurses, Association of Thailand, North-eastern Division*, 33(3), 50-57. (in Thai).