

คุณภาพชีวิตและปัจจัยภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ

ปัญญากรินทร์ หอยรัตน์¹, สุวารี ทวนวิเศษกุล¹, พรภัทรา แสนเหลา², ธรณินทร์ คุณแขวน¹

(วันที่รับบทความ: 20 มิถุนายน 2568; วันที่แก้ไข: 23 กรกฎาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 25 สิงหาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 795 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใช้แบบสอบถามแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นในการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82 ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ

ผลการวิจัย พบว่า ภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 69.56 และปัจจัยภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (Adj OR = 1.78, 95% CI = 1.17 - 2.70, p-value <0.01) การได้ยินไม่ชัดเจน (เมื่อไม่ใส่เครื่องช่วยฟัง) (Adj OR = 3.33, 95% CI = 1.84 - 6.00, p-value <0.001) การปวดเข่า (Adj OR = 1.51, 95% CI = 1.05 - 2.16, p-value <0.05) ความสามารถในการกิจวัตรประจำวันที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน (Adj OR = 1.51, 95% CI = 1.02 - 2.22, p-value <0.05) และความสามารถในกิจวัตรประจำวันที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (Adj OR = 5.10, 95% CI = 1.14 - 22.77, p-value <0.05) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อช่วยดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การได้ยินไม่ชัดเจน การปวดเข่า และความสามารถในกิจวัตรประจำวันในการช่วยเหลือตนเองตามท้องถิ่นต่าง ๆ เพื่อการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพ, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ

¹ อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ, E-mail: wikornmatid@gmail.com, leela_swr@yahoo.com, k.torranin@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ, Email: pp_sanloa@hotmail.com
Corresponding author: ปัญญากรินทร์ หอยรัตน์, E-mail: wikornmatid@gmail.com

Quality of Life and Health Status Factors Associated with Quality of Life among Older Adults, Chaiyaphum Province

Pankarin Hoyrat¹, Suwaree Tuanwisetkul¹, Pornphattra Sanloa², Torranin Khunkhavan¹
(Received: 20th June 2025; Revised: 23rd July 2025; Accepted: 25th August 2025)

Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to study quality of life and health status factors associated with quality of life among the elderly in Chaiyaphum Province. The sample consisted of 795 elderly people living in Chaiyaphum Province selected by a multistage sampling method. Data were collected by village health volunteers using a developed mobile application questionnaire on health status and quality of life of the elderly with its reliability of 0.82. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression.

The results showed that the overall quality of life of the older adults was at a moderate level (69.56%). Health status factors associated with quality of life among older adults included hypertension (Adj OR = 1.78, 95% CI = 1.17 - 2.70, p-value <0.01), hearing impairments (Adj OR = 3.33, 95% CI = 1.84 - 6.00, p-value <0.001), knee pain (Adj OR = 1.51, 95% CI = 1.05 - 2.16, p-value <0.05), partial self-care performance in daily activities (Adj OR = 1.51, 95% CI = 1.02 - 2.22, p-value <0.05), and being unable to care for themselves (Adj OR = 5.10, 95% CI = 1.14 - 22.77, p-value <0.05).

Relevant agencies should implement interventions to promote health related to hypertension, hearing impairments, knee pain, and the ability to perform daily activities among elderly people in rural areas in order to improve quality of life of the elderly.

Keywords: Health status, Quality of life, Older adults

¹ Lecturer, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University, E-mail: wikornmatid@gmail.com, leela_swr@yahoo.com, k.torranin@gmail.com

² Assis. Prof., Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University, Email: pp_sanloa@hotmail.com
Corresponding author: Pankarin Hoyrat, E-mail: wikornmatid@gmail.com

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและพัฒนาการทั้งด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์และสาธารณสุขรวมทั้งเทคโนโลยีที่ทันสมัยทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปโดยมีอายุยืนยาวขึ้น และพบข้อมูลการเติบโตของจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีอัตราที่สูงขึ้นมากและเป็นไปในทางเดียวกันในทุกประเทศทั่วโลก ขณะเดียวกันประเทศไทยก็ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ (Aged society) ในปี พ.ศ. 2564 โดยมีการประมาณการว่าสัดส่วนผู้สูงอายุในช่วง 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมดหรือไม่น้อยกว่า 13 ล้านคน และคาดการณ์ว่าอีก 20 ปีข้างหน้าหรือปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุ 20 ล้านคน หรือ 1 ใน 3 ของคนไทยจะเป็นผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปจะมีมากถึง 3.5 ล้านคน¹ โครงสร้างจำนวนประชากรผู้สูงอายุไทยที่มากขึ้นพบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.0 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 18.0 และโรคเรื้อรังนี้เองเป็นสาเหตุที่นำมาสู่ข้อจำกัดหรือการสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทำให้เกิดความต้องการการดูแลระยะยาว² และนอกจากนี้พบว่าเมื่ออายุ 60 ปี คนไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยต่อไปอีกประมาณ 22 ปี จากการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทยพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 2 อยู่ในสถานะติดเตียง คือ อยู่ในสภาพพิการไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และร้อยละ 19 อยู่ในสถานะติดบ้านคือมีปัญหาการเคลื่อนไหวไม่สามารถออกจากบ้านได้โดยสะดวกการสำรวจเดียวกันนี้พบว่าปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่สูงเป็นอันดับแรก คือ การเคลื่อนไหวร่างกายร้อยละ 58 รองลงไปได้แก่ปัญหาการได้ยินหรือสื่อความหมายร้อยละ 24 ด้านการมองเห็นร้อยละ 19 ด้านการเรียนรู้ร้อยละ 4 ด้านจิตใจร้อยละ 3 และสติปัญญาร้อยละ 2³ จากสถานการณ์ดังกล่าวพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพซึ่งส่งผลถึงอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติมีความยากลำบากต่อการ

ทำสิ่งต่างๆ อันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงและต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นภาระของบุตรหลานที่ต้องคอยดูแล

ในปี พ.ศ. 2565 จากรายงานข้อมูลประชากรในเขตสุขภาพที่ 9 พบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิสูงกว่าร้อยละ 20⁴ ซึ่งข้อมูลแสดงให้เห็นว่าจังหวัดชัยภูมิเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุนั้นเป็นที่ทราบดีว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีภาวะสุขภาพเสื่อมถอยและมีปัญหาสุขภาพเนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพในช่วงวัยที่ผ่านมาที่มีการสะสมต่อเนื่องมาเป็นเวลานานจนทำให้เกิดเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน โรคมะเร็ง และอื่น ๆ ซึ่งโรคดังกล่าวเป็นปัญหาสุขภาพที่นำไปสู่ความเจ็บป่วยเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตได้⁵ ส่งผลต่อการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้น้อยลงหรือไม่ได้เลย ทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุลดลง และจากข้อมูล Health data center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ พบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ช่วงปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน เท่ากับร้อยละ 22.68 22.88 และ 23.51 ตามลำดับ อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับร้อยละ 40.85 42.02 และ 43.02 ตามลำดับ อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับร้อยละ 1.12 1.19 และ 1.22 ตามลำดับ ซึ่งโรคเรื้อรังดังกล่าวล้วนมีแนวโน้มอัตราป่วยที่สูงขึ้น⁶ รวมถึงเมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุซึ่งศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่าอยู่ในช่วงระดับปานกลาง⁷ จากข้อมูลดังกล่าวจึงเป็นเหตุผลให้ผู้วิจัย มีความสนใจศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเด็นอื่นเพิ่มเติมจากที่กล่าวมาข้างต้นรวมถึงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตจังหวัดชัยภูมิ นอกจากนี้ยังสนใจศึกษาประเด็นอิทธิพลภาวะสุขภาพที่มีต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิเนื่องจากภาวะสุขภาพผู้สูงอายุมีหลากหลายประเด็นจึงมีความจำเป็นในการวิเคราะห์อิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตเพื่อค้นหาประเด็นภาวะสุขภาพ

ที่เกี่ยวข้องมากที่สุดที่จะนำไปเป็นประเด็นในการช่วยเหลือส่งเสริมฟื้นฟูภาวะสุขภาพผู้สูงอายุตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นอันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิซึ่งกำหนดเกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุ 60 ปี ขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี และ 3) พุดคุยติดต่อสื่อสารรู้เรื่อง สำหรับเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) มีดังนี้ 1) มีความเจ็บป่วยซึ่งไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และ 2) ไม่อยู่ในพื้นที่ขณะเก็บข้อมูล

กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยสูตร Estimating an infinite population proportion ของ Wayne⁸ ดังนี้ กำหนดค่า Alpha (α) ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 เท่ากับ 1.96 ค่า Proportion

(p) เท่ากับ 0.219 จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของ มนทิญา กงลา⁹ ค่าความคลาดเคลื่อน (d) เท่ากับ 0.03 คำนวณขนาดตัวอย่างได้เท่ากับ 732 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 8 รวมขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 795 คน

สุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ดังนี้ ขั้นที่ 1 สุ่มหาอำเภอของจังหวัดชัยภูมิ ซึ่งมี 16 อำเภอ สุ่มมาร้อยละ 25 ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน รวมได้ 4 อำเภอ ขั้นที่ 2 สุ่มหาตำบลของแต่ละอำเภอ โดยสุ่มมาอย่างละตำบลด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน รวมได้ 4 ตำบล และขั้นที่ 3 สุ่มตัวอย่างจากแต่ละตำบล ด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยคิดสัดส่วนตัวอย่างตามจำนวนชั้นภูมิหมู่บ้านของแต่ละตำบล หลังจากนั้นนำรายชื่อผู้สูงอายุของแต่ละหมู่บ้านมาทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จับฉลากแบบไม่ใส่คืนให้ได้ครบตามจำนวนสัดส่วนที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับลักษณะทั่วไป ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อทำแบบสอบถามและพัฒนาเป็นโมบายแอปพลิเคชันใช้ในการเก็บข้อมูล (ดังภาพที่ 1)

Figure 1 shows three screenshots of a mobile application. The first screenshot is the login page with a 'เข้าสู่ระบบ' (Login) button. The second screenshot is the registration page with fields for 'ชื่อผู้ลงทะเบียน' (Registrant Name), 'อายุ(ปี)' (Age), 'น้ำหนักร่างกาย' (Body Weight), 'ส่วนสูง(ซม.)' (Height), 'การศึกษา' (Education), 'สถานภาพ' (Status), 'ความเป็นอยู่' (Living Conditions), 'การได้ยิน' (Hearing), 'การมองเห็น' (Vision), 'การเคลื่อนไหว' (Mobility), and 'รายได้' (Income). The third screenshot shows the assessment results for a user named 'นายคุณกร หอยรัตน์' (Mr. Kunkorn Hoyrattan). It includes a table for 'ผลการสำรวจข้อมูลทั่วไป' (General Information Survey Results) and a table for 'ผลการสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพ' (Health Information Survey Results).

รายการ	จำนวน	%
1. เพศ		
ชาย	324	40.75
หญิง	471	59.25
2. อายุ		
ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี)	442	55.60
ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี)	242	30.44
ผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป)	111	13.96
(Mean = 70.21, S.D. = 7.79, Min = 60, Max = 96)		
3. น้ำหนัก		
น้อยกว่า 40 Kg.	17	2.14
40-49 Kg.	144	18.11
50-59 Kg.	281	35.35
60-69 Kg.	248	31.19
70 Kg. ขึ้นไป	105	13.21
(Mean = 57.91, S.D. = 10.85, Min = 29, Max = 127)		
4. สถานะ		

ภาพที่ 1 ตัวอย่างโมบายแอปพลิเคชันภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อคำถามเป็นลักษณะให้เลือกตอบและเติมคำ มีจำนวน 10 ข้อ ดังนี้ เพศ อายุ น้ำหนักตัว ส่วนสูง ศาสนา สถานภาพสมรส บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย การศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน

2. แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงประยุกต์ใช้ข้อคำถามจากคู่มือการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 จากคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข¹⁰ ซึ่งคำถามเป็นลักษณะให้เลือกตอบ มีจำนวน 18 ข้อ ตามประเด็นคำถาม ดังนี้ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะการได้ยิน เมื่อไม่ได้ใส่เครื่องช่วยฟัง การเคี้ยวอาหารแข็งยากลำบาก การเจ็บปวดในช่องปาก การมองเห็น (เมื่อไม่ได้ใส่แว่น) การมีอาการปวดเข่า การมีความรู้สึกเศร้าหดหู่ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา การมีความรู้สึกเบื่อหน่าย (ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา) การเคยพลัดตกหกล้ม (ช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา) การกลืนปัสสาวะไม่ได้ การมีน้ำหนักลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัม (ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา) ความอยากอาหารลดลง ปัญหาการนอนไม่หลับ หลับไม่สนิท การมีอาการง่วงนอนอ่อนเพลียกลางวัน และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวัน และ ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (2Q) ประเมินจาก มีความรู้สึกเศร้าหดหู่ (มี เท่ากับ 1 คะแนน, ไม่มี เท่ากับ 0 คะแนน) รวมกับ มีความรู้สึกเบื่อหน่าย (มี เท่ากับ 1 คะแนน, ไม่มี เท่ากับ 0 คะแนน) การแปลผล คือ มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (1-2 คะแนน) และ ไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (0 คะแนน)

3. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (Quality of life) ของผู้สูงอายุโดยใช้แบบสอบถามของมูทิตา วรรณชาติ, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์¹¹ อ้างอิงจาก ครอบครัวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของ สุธรรม นันทมงคลชัย¹² เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีจำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วยด้านร่างกาย 7 ข้อ ด้านจิตสังคม 10 ข้อ และด้านจิตวิญญาณ 8 ข้อ โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เลย กำหนดค่าคะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2, และ 1 ตามลำดับซึ่งเป็นคำถามเชิงบวกและหากเป็นคำถามเชิงลบจะกำหนดค่าคะแนน 1, 2, 3, 4, และ 5 ตามลำดับ ซึ่งการแปลผลระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 3 ด้าน และ 1 ภาพรวมคุณภาพชีวิต ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตไม่ดี (7 - 16 คะแนน)

คุณภาพชีวิตปานกลาง (17 - 26 คะแนน) คุณภาพชีวิตดี (27 - 35 คะแนน) 2) ด้านจิตสังคม ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตไม่ดี (10 - 23 คะแนน) คุณภาพชีวิตปานกลาง (24 - 37 คะแนน) คุณภาพชีวิตดี (38 - 50 คะแนน) 3) ด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตไม่ดี (8 - 18 คะแนน) คุณภาพชีวิตปานกลาง (19 - 29 คะแนน) คุณภาพชีวิตดี (30 - 40 คะแนน) และภาพรวมคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตไม่ดี (25 - 58 คะแนน) คุณภาพชีวิตปานกลาง (59 - 92 คะแนน) คุณภาพชีวิตดี (93 - 125 คะแนน) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำเรื่องยื่นขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

2. ติดต่อพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับผิดชอบดูแลของแต่ละตำบลเพื่ออธิบายโครงการวิจัยให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของแต่ละหมู่บ้านได้รับทราบและอธิบายพร้อมสาธิตการใช้โมบายแอปพลิเคชันแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เข้าใจวิธีใช้รวมถึงให้ทดลองใช้งานและตอบข้อซักถามแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีข้อสงสัยเพื่อให้เข้าใจวิธีใช้ในทิศทางเดียวกัน

3. ขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของแต่ละหมู่บ้านช่วยเก็บข้อมูลภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีคุณสมบัติคือมีโทรศัพท์มือถือส่วนตัวและเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตในตัวเอง มีการใช้แอปพลิเคชันไลน์สื่อสารในชีวิตประจำวัน และมีความยินดีเข้าร่วมเก็บข้อมูลโดยในการเก็บข้อมูลนั้นหลังจากผู้วิจัยได้ทำการสุ่มรายชื่อผู้สูงอายุด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน แล้วก็แจ้งให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของแต่ละหมู่บ้านรับทราบว่าตัวอย่างเป็นใคร เพื่อทำการสำรวจเก็บข้อมูลดังกล่าว

4. การดำเนินการสำรวจเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำการอธิบายการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างให้รับทราบและขอความยินยอมโดยสมัครใจ หลังจากนั้นทำการเก็บบันทึกข้อมูลด้วยโมบายแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือที่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ตในตัวจนครบตามตัวอย่างที่กำหนด ทั้งนี้การทำงานของโมบายแอปพลิเคชันจะทำงานบนการเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตในเก็บข้อมูลและการประมวลผลรายงานและการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับสัญญาณอินเทอร์เน็ต

5. วิเคราะห์ข้อมูลเขียนรายงานผลการวิจัยโดยข้อมูลลักษณะทั่วไป ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใช้ข้อมูลจากการประมวลผลของโมบายแอปพลิเคชันรายงานและข้อมูลการรายงานภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยดึงมาจากรายงานข้อมูลโมบายแอปพลิเคชันเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ประมวลผลข้อมูลด้วยโมบายแอปพลิเคชันภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในการรายงานลักษณะทั่วไป ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปด้วยการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วยการทดสอบการถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple logistic regression) นำเสนอด้วยค่า Crude odds ratio (Crude OR) และพิจารณาคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value < 0.2513 เข้าสู่วิธีการทดสอบการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple logistic regression) ด้วยวิธีเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยในขั้นตอนเดียว (Enter method) เพื่อปรับอิทธิพลของปัจจัยร่วมและนำเสนอด้วย

ค่า Adjusted odds ratio (Adj OR) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 เป็นเกณฑ์ยอมรับและในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและไม่ดีเป็นเหตุการณ์ที่สนใจ ($y = 1$) และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ($y = 0$)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ หมายเลขการรับรองที่ HE 66-1-010 ด้วยวิธี Full board reviews

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ

ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 795 คน พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 40.75 เพศหญิง ร้อยละ 59.25 โดยมีผู้สูงอายุวัยต้น 60 - 69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 55.60 รองลงมาผู้สูงอายุวัยกลาง 70 - 79 ปี ร้อยละ 30.44 (Mean=70.21, S.D.=7.79) ซึ่งมีน้ำหนักตัวเฉลี่ย 57.91 กิโลกรัม (S.D.=10.85) โดยมีส่วนสูงเฉลี่ย 157.83 เซนติเมตร (S.D.=7.67) และสำหรับค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.5 - 22.9) มีมากที่สุด ร้อยละ 43.52 รองลงมาอยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 1 (25.0 - 29.9) ร้อยละ 24.28

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.87 ศาสนาคริสต์ ร้อยละ 1.13 มีสถานภาพคู่สมรส มากที่สุด ร้อยละ 62.39 รองลงมาคือสถานภาพหม้าย/อย่าร้าง ร้อยละ 31.95 โดยบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย เป็นบุตรธิดาหลาน มากที่สุด ร้อยละ 56.10 รองลงมา อยู่กับญาติพี่น้อง ร้อยละ 14.59 ระดับการศึกษาสูงสุดคือชั้นประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 82.52 รองลงมา มัธยมศึกษา ร้อยละ 9.31 ซึ่งมีอาชีพเกษตรกร มากที่สุด ร้อยละ 60.00 รองลงมา คือไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 27.42 และในส่วนของความ

พอใช้ของรายได้ ต่อเดือน พบว่า มีพอใช้ มากที่สุด ร้อยละ 74.47 และไม่พอใช้ ร้อยละ 25.53

2. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มโรคและกลุ่มปัญหาจาก ความเสื่อม ดังนี้ 1) กลุ่มโรคประกอบด้วย ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 23.02 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.57 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 5.03 และ 2) กลุ่มปัญหาจาก ความเสื่อม ประกอบด้วย ภาวะการได้ยิน (เมื่อไม่ได้ใส่เครื่องช่วยฟัง) พบว่า ไม่ได้ยิน ร้อยละ 2.39 และได้ยินไม่ชัดเจน ร้อยละ 20.75 ขณะที่การรับประทานอาหารเมื่อเคี้ยวอาหารแข็ง มีความยากลำบาก ร้อยละ 33.71 มีความเจ็บปวดในช่องปาก ร้อยละ 14.21 ภาวะการมองเห็น (เมื่อไม่ได้ใส่แว่น) พบว่า มองไม่เห็น ร้อยละ 2.14 และมองเห็นมัวๆ ร้อยละ 35.22 การมีอาการปวดเข้า ร้อยละ 48.05 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 5.66 เคยพลัดตกหกล้ม (ช่วง 6 เดือนผ่าน มา) ร้อยละ 6.92 มีการกลืนปัสสาวะไม่ได้ ร้อยละ 10.57 มีน้ำหนักลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัม (ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา) ร้อยละ 7.55 ความอยากอาหารลดลง ร้อยละ 10.69 มีปัญหาการนอนไม่หลับ หลับไม่สนิท ร้อยละ 17.61 มีอาการง่วงนอนอ่อนเพลียกลางวัน ร้อยละ 22.52 และความสามารถใน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ร้อยละ 5.41 และช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ร้อยละ 27.17

3. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำแนกออกเป็นรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่ ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ คือ ด้านร่างกาย ร้อยละ 86.42 ด้านจิตสังคม ร้อยละ 66.29 ด้านจิตวิญญาณ ร้อยละ 65.66 และภาพรวมคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 69.56 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคุณภาพชีวิต จำแนกตามรายด้านและภาพรวม (n = 795)

คุณภาพชีวิต	ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านร่างกาย	ดี	96	12.08
	ปานกลาง	687	86.42
	ไม่ดี	12	1.50
ด้านจิตสังคม	ดี	261	33.21
	ปานกลาง	527	66.29
	ไม่ดี	4	0.50
ด้านจิตวิญญาณ	ดี	266	33.46
	ปานกลาง	522	65.66
	ไม่ดี	7	0.88
ภาพรวม	ดี	236	29.69
	ปานกลาง	553	69.56
	ไม่ดี	6	0.75

4. ปัจจัยภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย พบว่า โรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (Adj OR = 1.78, 95% CI = 1.17 - 2.70, p-value <0.01) โดยผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จะมีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลางและไม่ดีถึง 1.78 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นโรคความดันโลหิตสูง

การได้ยินไม่ชัดเจนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj OR = 3.33, 95% CI = 1.84 - 6.00, p-value <0.001) โดยผู้สูงอายุที่ได้ยินไม่ชัดเจน จะมีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับ ปานกลางและไม่ดีถึง 3.33 เท่าของผู้สูงอายุที่ได้ยินชัดเจน

การปวดเข่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj OR = 1.51, 95% CI = 1.05 - 2.16, p-value <0.05) โดยผู้สูงอายุที่ปวดเข่าจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับ

ปานกลางและไม่ดีถึง 1.51 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่ปวดเข่า

การช่วยเหลือตนเองได้ บางส่วน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj OR = 1.51, 95% CI = 1.02 - 2.22, p-value <0.05) โดยผู้สูงอายุที่ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ช่วยตนเองได้บางส่วนจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับ ปานกลางและไม่ดีถึง 1.51 เท่าของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด

การช่วยเหลือตนเองไม่ได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj OR = 5.10, 95% CI = 1.14 - 22.77, p-value <0.05) โดยผู้สูงอายุที่ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันช่วยตนเองไม่ได้จะมีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลางและไม่ดีถึง 5.10 เท่าของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n = 795)

ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	คุณภาพ ชีวิต	คุณภาพ ชีวิตดี	Crude OR (95% CI)	p-value	Adj OR (95% CI)	p-value
	ปานกลาง และไม่ดี					
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)				
โรคเบาหวาน						
เป็น	144 (78.69)	39 (21.31)	1.75 (1.18 - 2.59)	0.005	1.31 (0.84 - 2.02)	0.225
ไม่เป็น ^{Ref}	415 (67.81)	197 (32.19)	1.00		1.00	
โรคความดันโลหิตสูง						
เป็น	198 (361)	45 (18.52)	2.32 (1.61 - 3.36)	<0.001	1.78 (1.17 - 2.70)	0.007
ไม่เป็น ^{Ref}	361 (65.40)	191 (34.60)	1.00		1.00	
โรคหัวใจและหลอดเลือด						
เป็น	34 (85.00)	6 (15.00)	2.48 (1.02 - 5.99)	<0.001	1.16 (0.44 - 3.08)	0.756
ไม่เป็น ^{Ref}	525 (69.54)	230 (30.46)	1.00		1.00	
การได้ยิน (เมื่อไม่ได้ใส่เครื่องช่วยฟัง)						
ไม่ได้ยิน	14 (73.68)	5 (26.32)	1.52 (0.54 - 4.27)	0.247	0.87 (0.27 - 2.75)	0.815
ได้ยินไม่ชัดเจน	149 (90.30)	16 (9.70)	5.05 (2.94 - 8.69)	<0.001	3.33 (1.84 - 6.00)	<0.001
ได้ยินชัดเจน ^{Ref}	396 (64.81)	215 (35.19)	1.00		1.00	
การเคี้ยวอาหารแข็ง						
ยากลำบาก	217 (80.97)	51 (19.03)	2.30 (1.61 - 3.27)	<0.001	1.31 (0.83 - 2.06)	0.235
ไม่ยากลำบาก ^{Ref}	342 (64.90)	185 (35.10)	1.00		1.00	

ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	คุณภาพ ชีวิต	คุณภาพ ชีวิตดี	Crude OR (95% CI)	p-value	Adj OR (95% CI)	p-value
	ปานกลาง และไม่ดี					
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)				
ความเจ็บปวดในช่องปาก						
เจ็บปวด	93 (82.30)	20 (17.70)	2.15 (1.29 - 3.58)	0.003	1.04 (0.54 - 2.00)	0.903
ไม่เจ็บปวด ^{Ref}	466 (68.33)	216 (31.67)	1.00		1.00	
การมองเห็น (เมื่อไม่ได้ใส่แว่น)						
มองไม่เห็น	14 (82.35)	3 (17.65)	2.59 (0.73 - 9.15)	0.138	1.42 (0.36 - 5.58)	0.611
มองเห็นมัวๆ	225 (80.36)	55 (19.64)	2.27 (1.60 - 3.22)	<0.001	1.20 (0.80 - 1.82)	0.377
มองเห็นชัดเจน ^{Ref}	320 (64.26)	178 (35.74)	1.00		1.00	
การปวดเข่า						
ปวด	299 (78.27)	83 (21.73)	2.12 (1.54 - 2.90)	<0.001	1.51 (1.05 - 2.16)	0.024
ไม่ปวด ^{Ref}	260 (62.95)	153 (37.05)	1.00		1.00	
ภาวะซึมเศร้า (ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา)						
เสี่ยง	37 (69.60)	8 (30.40)	0.49 (0.22 - 1.08)	0.077	1.32 (0.53 - 3.26)	0.547
ไม่เสี่ยง ^{Ref}	522 (82.22)	228 (17.78)	1.00		1.00	
เคยพลัดตกหกล้ม (ช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา)						
เคย	46 (83.64)	9 (16.36)	2.26 (1.08 - 4.69)	0.029	1.41 (0.61 - 3.26)	0.418
ไม่เคย ^{Ref}	513 (69.32)	227 (30.68)	1.00		1.00	

ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	คุณภาพ ชีวิต	คุณภาพ ชีวิตดี	Crude OR (95% CI)	p-value	Adj OR (95% CI)	p-value
	ปานกลาง และไม่ดี					
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)				
ปัญหาการกลืนปัสสาวะ						
มีปัญหา	68 (80.95)	16 (19.05)	1.90 (1.08 - 3.35)	0.026	0.76 (0.37 - 1.53)	0.445
ไม่มีปัญหา ^{Ref}	491 (69.06)	220 (30.94)	1.00		1.00	
น้ำหนักลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัม (ช่วง 3 เดือนที่ ผ่านมา)						
ใช่	52 (86.67)	8 (13.33)	2.92 (1.36 - 6.25)	0.006	1.72 (0.65 - 4.53)	0.270
ไม่ใช่ ^{Ref}	507 (68.98)	228 (31.02)	1.00		1.00	
ความอยากอาหาร						
ลดลง	75 (88.24)	10 (11.76)	3.50 (1.77 - 6.90)	<0.001	1.41 (0.58 - 3.42)	0.442
ไม่ลดลง ^{Ref}	484 (68.17)	226 (31.83)	1.00		1.00	
ปัญหาการนอน (นอนไม่หลับ หลับไม่ สนิท)						
มี	118 (84.29)	22 (15.71)	2.60 (1.60 - 4.22)	<0.001	1.76 (0.99 - 3.13)	0.053
ไม่มี ^{Ref}	441 (67.33)	214 (32.67)	1.00		1.00	
การรบกวนนอนอ่อนเพลีย กลางวัน						
มี	137 (76.54)	42 (23.46)	1.50 (1.02 - 2.20)	0.039	0.81 (0.51 - 1.29)	0.378
ไม่มี ^{Ref}	422 (68.51)	194 (31.49)	1.00		1.00	

ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	คุณภาพ ชีวิต	คุณภาพ ชีวิตดี	Crude OR (95% CI)	p-value	Adj OR (95% CI)	p-value
	ปานกลาง และไม่ดี					
	จำนวน	จำนวน				
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)				
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน						
ช่วยตนเองไม่ได้	41 (95.35)	2 (4.65)	10.54 (2.52 - 44.06)	0.001	5.10 (1.14 - 22.77)	0.032
ช่วยตนเองได้บางส่วน	164 (75.93)	52 (24.07)	1.62 (1.13 - 2.32)	0.008	1.51 (1.02 - 2.22)	0.037
ช่วยตนเองได้ทั้งหมด ^{Ref}	354 (66.04)	182 (33.96)	1.00		1.00	

Ref = Reference variable, Hosmer and Lemeshow Test Goodness of fit = 13.11 (p-value = 0.108), Cox&Snell R Square = 0.126, Nagelkerke R square = 0.180, Percentage correct = 69.40

การอภิปรายผล

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 69.56 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักประสบกับโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ หรือข้อเสื่อมปวดข้อ เป็นต้น ขณะเดียวกันการทำกิจวัตรประจำวันอาจช้าลงเนื่องจากความเสื่อมของร่างกาย เช่น สายตาฟาง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นบ้างในบางครั้ง และเนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายที่ช้าลงทำให้การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมน้อยลงด้วยรวมถึงมีความรู้สึกโดดเดี่ยวเนื่องจากการสูญเสียคู่ชีวิต ห่างไกลจากบุตรหลาน หรือบุตรหลานไม่ได้ให้ความใส่ใจดูแลเท่าที่ควร จึงทำให้ภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดสอดคล้องกับการศึกษาของ วุฒิ วัฒน ห้วยทราย และศรายุทธ ชูสุทนต์14 ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบล บางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง เช่นกัน

2. ปัจจัยภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1) โรคความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj OR = 1.78, 95% CI = 1.17 - 2.70, p-value < 0.01) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจะมีผลต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ส่วนปลายรวมถึงเส้นเลือดในสมองและเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด¹⁵ อันนำไปสู่อัมพฤกษ์ อัมพาตช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันได้น้อยหรือไม่ได้จนทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

2) การได้ยินไม่ชัดเจน (เมื่อไม่ใช่เครื่องช่วยฟัง) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj OR = 3.33, 95% CI = 1.84 - 6.00, p-value < 0.001) ทั้งนี้เพราะการได้ยินไม่ชัดเจนหรือการได้ยินบกพร่องทำให้จับใจความการสื่อสารของผู้อื่นได้ลำบากต้องใช้ความพยายามตั้งใจฟังซ้ำอยู่บ่อยๆ จนเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายตนเองจนมีสภาพจิตใจหดหู่และบางทีได้ตอบ ไม่ถูกต้องทั้งในการสื่อสาร

หรือทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นทำให้เขาเหล่านั้นไม่สนใจสื่อสารด้วยเกิด เป็นอารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Sun W, Matsuoka T, Imai A, et al.¹⁶ ที่พบว่าการไต่ยีนบกพร่องจะส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj OR = 1.754, 95% CI = 1.01 - 3.04, p-value = 0.046) จนขาดความสุขและรู้สึกลัวว่าความมีคุณค่าในตนเองลดลงซึ่งความมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ¹²

3) การปวดเข้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj OR = 1.51, 95% CI = 1.05 - 2.16, p-value <0.05) ทั้งนี้เพราะความปวด (Pain) จะส่งผลทางด้านสุขภาพกาย (Physical Domain) โดยความรู้สึกเจ็บปวดจะทำให้เกิดความไม่สุขสบาย¹⁷ การเคลื่อนไหวลำบากการนอนหลับการใช้ชีวิตประจำวันทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุลดลงสอดคล้องกับงานวิจัยของ ยุภาวดี ทาสะโก สุพัฒนา ศักดิษฐานนท์ และพูลสุข ศิริพล¹⁸ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอสแอลอีพบว่า อาการปวดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ($r = -0.29$, p-value <0.01) กล่าวคืออาการปวดมากคุณภาพชีวิตจะลดลง และ

4) ความสามารถในการกิจวัตรประจำวันที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน (Adj OR = 1.51, 95% CI = 1.02 - 2.22, p-value <0.05) และความสามารถในกิจวัตรประจำวันที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (Adj OR = 5.10, 95% CI = 1.14 - 22.77, p-value <0.05) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการดำรงชีวิตประจำวันในการรับประทานอาหาร อาบน้ำ ขับถ่าย แปร่งฟันอันเป็นการตอบสนองต่อความสุขสบายทางกายทำได้เพียงบางส่วนหรือไม่ได้เลยต้องอาศัยพึ่งพาจากผู้อื่นซึ่งหากไม่มีคนช่วยเหลือก็จะเกิดความไม่สุขสบายและนำไปสู่โรคภัยไข้เจ็บได้¹⁷ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุลดลงซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วาสนา หลวงพิทักษ์ และคณะ¹⁹

ศึกษาปัจจัยทำนายของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ahmadi M, Kazemi-Arpanahi H, Nopour R, et al.²⁰ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศอิหร่าน พบว่า ระดับการพึ่งพาผู้อื่นมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.030)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อมูลภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดชัยภูมิควรนำไปเสนอต่อหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาจัดทำแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังและภาวะเสื่อมในผู้สูงอายุตามท้องถิ่นพื้นที่ต่างๆ

2. ข้อมูลภาวะสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง ปัญหาการไต่ยีนไม่ชัดเจน การปวดเข้า และความสามารถในกิจวัตรประจำวันในการช่วยเหลือตัวเองควรนำไปเป็นประเด็น การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ

3. ควรนำโมบายแอปพลิเคชันภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขยายผลการใช้งานในพื้นที่อื่นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) งบประมาณด้าน ววน. ประเภท Fundamental fund ประจำปีงบประมาณ 2566 และมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ไทยโพสต์. ปี 64 ผู้สูงอายุไทยพุ่งสูง 5.6 ล้านคน กรมอนามัยเตรียมแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้รับมือสังคมสูงวัยระยะยาว [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: บริษัท สารสู่อากาศ จำกัด; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 17 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaipost.net/main/detail/21887>
2. ศิราณี ศรีหาคะ, วชิร อมรโรจน์วรุตติ, ณรงค์ คำอ่อน, พัฒน์ ศรีโอษฐ์, พลอยลดา ศรีหานู, ทิพวรรณ ทับซ้าย. สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564; 15(36): 44-62.
3. พิชราภรณ์ พัฒนะ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี [การค้นคว้าอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
4. กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 9 ประจำปีงบประมาณ 2563-2565 [อินเทอร์เน็ต]. นครราชสีมา: ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://datahpc9.anamai.moph.go.th/group_sr/allfile/1670689859.pdf
5. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1099>
6. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 9. การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ [อินเทอร์เน็ต]. ชัยภูมิ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 24 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/cpm/public/standard-subcatalog/6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11>
7. ธัญรัตน์ ภูงศ์ชัย, ภักวรินทร์ ภักธิศรีสมบุญ, ณัฐปภัสน์ นวลสีทอง, บังอร ปรอยโคกสูง. การศึกษาระดับสุขภาวะแบบองค์รวมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2567; 18(1): 296-310.
8. Wayne WD. Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences. 6th ed. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. 1995.
9. มนทิญา กงลา. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทเขตเทศบาลอำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2564; 18(3): 75-85.

10. คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564. กรุงเทพฯ: วจันตา ครีเอชั่น จำกัด; 2564.
11. มุกิตา วรรณชาติ, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, พิมพ์สุรงค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2558; 45(ฉบับพิเศษ): 18-29.
12. สุธรรม นันทมงคลชัย. ครอบครัวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โอโมชั่น อาร์ต จำกัด; 2564.
13. Bursac Z, Gauss CH, Williams DK, Hosmer DW. Purposeful selection of variables in logistic regression. Source Code Biol Med. 2008; 3: 17.
14. วุฒิณาน ห้วยทราย, ศรายุทธ ชูสุทน. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566; 32(1): 63-72.
15. พรชัย จุลเมตต์. การพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2566.
16. Sun W, Matsuoka T, Imai A, Oya N, Narumoto J. Effects of Hearing Impairment, Quality of Life and Pain on Depressive Symptoms in Elderly People: A Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health. 2021; 18(22): 12265.
17. สภาภรณ์ สุตหนองบัว. การดูแลผู้สูงอายุ : สถานการณ์และคุณภาพชีวิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
18. ยุภาวดี ทาสะโก, สุพัฒนา ศักดิชฐานนท, พูลสุข ศิริพล. ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดกับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 21; วันที่ 27 มีนาคม 2563; ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2563.
19. วาสนา หลวงพิทักษ์, กิตติมา ดวงแก้ว, อุมกร ใจยังยืน, เพ็ญรุ่ง วรรณดี. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2562; 20(38): 67-81.
20. Ahmadi M, Kazemi-Arpanahi H, Nopour R, Shanbehzadeh M. Factors influencing quality of life among the elderly: An approach using logistic regression. J Educ Health Promot. 2023; 12: 215.