

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบคลินิกหมอครอบครัว
ศูนย์แพทย์โนนหนามแท่ง อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญวิวัฒน์ คอยคำ⁽¹⁾, เปญจา มุกตพันธุ์^{(2)*}

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 19 สิงหาคม 2563

วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 23 กันยายน 2563

บทคัดย่อ

* ผู้รับผิดชอบบทความ

(1) นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น(2) กลุ่มวิจัยการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นประเด็นที่สำคัญทางด้านสาธารณสุข การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบคลินิกหมอครอบครัวศูนย์แพทย์โนนหนามแท่ง อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง ในผู้สูงอายุที่มีอายุ ≥ 60 ปี จำนวน 285 คน เก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-OLD-THAI) และเก็บข้อมูล ลักษณะส่วนบุคคล ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว/สังคม ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความเครียด และสิ่งแวดล้อม โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เก็บข้อมูลระหว่างกุมภาพันธ์-เมษายน พ.ศ. 2563 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติถดถอยพหุโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 57.1 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 71.7 ± 8.2 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 48 ไม่เคยออกกำลังกาย ร้อยละ 35.1 ได้รับการดูแลจากลูกหลานร้อยละ 69.8 มีความเครียดระดับต่ำร้อยละ 62.9 มีสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดีร้อยละ 96.1 กลุ่มตัวอย่างถูกจัดเป็นกลุ่มติดสังคมร้อยละ 94 กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางและระดับดีร้อยละ 68.8 และ 27.3 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มที่มีอายุ < 70 ปี (OR_{adj} 2.28, 95% CI: 1.22-4.24, p-value=0.009) ยังประกอบอาชีพ (OR_{adj} 2.83, 95% CI: 1.44-5.55, p-value=0.002) การศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา (OR_{adj} 4.81, 95% CI: 1.81-9.32, p-value=0.001) ออกกำลังกาย ≥ 1 ครั้ง/สัปดาห์ (OR_{adj} 2.81, 95% CI: 1.37-5.77, p-value=0.005) โดยสรุป สมองในสามของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ควรส่งเสริมการประกอบอาชีพโดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และจัดกิจกรรมออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, ปัจจัย

Original Article

**Factors associated with the Quality of Life of the Elderly in
the Responsibility Area of a Primary Care Cluster,
Nonnamthang Medical Center, Mueang District,
Amnatcharoen Province**

Wittawat Koykam⁽¹⁾, Benja Muktabhant^{(2)}*

Received Date: August 19, 2020

Accepted Date: September 23, 2020

Abstract

Nowadays, Thailand has entered the aging society. The quality of life of the elderly is an important issue for public health. This study aimed to assess the quality of life and to determine the relationships of various factors with the quality of life of elderly person living in the responsibility area of a primary care cluster of Nonnamthang Medical Center, Mueang District, Amnatcharoen Province. This cross-sectional analytical study was performed in 285 older people aged ≥ 60 years old. The quality of life was investigated by using the WHOQOL-OLD-THAI questionnaire. Information on personal characteristics, family/social relationships, the ability to undertake daily activities, stress and the environment were collected between February to April 2020 using a structured questionnaire. Through multiple logistic regression the association of factors with the quality of life of the elderly was analysed. The study found that 57.1% of the subjects were female with an average age of 71.7 ± 8.2 years. Forty-eight percent did work. 35.1% of them had never exercised. They were cared by family members for 69.8%. The stress level for 62.9% of the participants were in low. The living environment of the majority (96.1%) was good. Most of them were classified as a social adherence group. The quality of life of the subjects was in moderate and good level for 68.8% and 27.3% respectively. The factors that were statistically significantly associated with the good quality of life of the subjects were those aged < 70 years (OR_{adj} 2.28, 95% CI: 1.22-4.24, p -value=0.009), having career (OR_{adj} 2.83, 95% CI: 1.44-5.55, p -value=0.002), having an education higher than elementary level (OR_{adj} 4.81, 95% CI: 1.81-9.32, p -value=0.001) and exercise regularly ≥ 1 time/week (OR_{adj} 2.81, 95% CI: 1.37-5.77, p -value=0.005). Conclusion, two thirds of the elderly had quality of life at a moderate level. Organizations working with the elderly should promote a career and organize exercise activities for the elderly to help improve the quality of life of them.

*** Corresponding author**

(1) Master of Public Health Student,
Faculty of Public Health,
Khon Kaen University

(2) Research Group on Prevention and
Control of Diabetes in the Northeast of
Thailand, Graduate School,
Khon Kaen University

Keywords: *Quality of Life, elderly, factors*

บทนำ

ปัจจุบันสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปีพ.ศ. 2560 ทั่วโลกมีประชากรสูงอายุหรือคนที่มียุอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึง 962 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรโลก จัดได้ว่าโลกได้กลายเป็นสังคมสูงอายุแล้ว (World Health Organization, 2019) ประชากรในอาเซียนที่กำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน ประเทศในอาเซียนที่เป็นสังคมสูงอายุแล้ว 3 ประเทศ เรียงตามลำดับร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คือ สิงคโปร์ (ร้อยละ 20) ไทย (ร้อยละ 17) และเวียดนาม (ร้อยละ 11) (รติมา คชนันท์, 2561) สำหรับประเทศไทยคาดว่าจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ สัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะสูงขึ้นถึงร้อยละ 20 และอีก 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุมากถึง 20 ล้านคน และที่สำคัญคือกลุ่มประชากรสูงอายุวัยปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นอย่างมากจาก 1.5 ล้านคนในปี พ.ศ. 2560 เป็น 3.5 ล้านคนในอีก 20 ปีข้างหน้า (วัชรภรณ์ ชิวโศภิชฎ, 2562)

วัยสูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยการเปลี่ยนแปลงของร่างกายมาจากความเสื่อมของร่างกายซึ่งก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ ในการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ส่งผลให้ร่างกายทำงานได้ลดลง เช่น มีผิวหนังเหี่ยวลง การเคลื่อนไหวร่างกายช้าลง มีกำลังน้อยลง และอวัยวะที่รับรู้ความรู้สึกส่งผลให้เกิดปัญหาอันดับแรกๆ เช่น ผื่นงูสวัดแดงในหูแข็งตัว ส่งผลให้ได้ยินเสียงไม่ชัดเจน หรือการเปล่งเสียงของผู้สูงอายุจะไม่มีพลัง และขณะที่การบดเคี้ยวลำบากขึ้นเพราะเหงือกกรัน รากฟันโผล่ฟันขอบเหงือก ทำให้ฟันผุหรืออาการเสียวฟันได้ รวมไปถึงโครงสร้างกระดูกที่เสื่อม และกล้ามเนื้อที่ลีบเล็กลง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2560) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ เช่น การรับรู้ ซึ่งผู้สูงอายุมีความคิดที่ยึดติดกับความคิดของตนเอง หลงๆ ลืมๆ กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และยากที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ เพราะขาดความมั่นใจ ในการปรับตัว ในเรื่องของการแสดงออกทางอารมณ์ (ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558) ในการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม มีภาระหน้าที่ทางสังคมลดลง เนื่องจากผู้สูงอายุมีสมรรถภาพลดลง นอกจากนี้ยังมีการ

เปลี่ยนแปลงจากหน้าที่ผู้นำในครอบครัว กลายเป็นแค่ผู้อยู่อาศัยของสมาชิกในครอบครัวเท่านั้น และการที่สมรรถภาพลดลง ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มที่ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทำให้ผู้สูงอายุคิดมาก ขาดความมั่นใจ อีกทั้งยังทำให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นลดลง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ถือได้ว่าผู้สูงอายุจัดเป็นประชากรกลุ่มเฉพาะ ที่มีทั้งความเปราะบางและความเสี่ยง ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตตามความหมายที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก หมายถึง การรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับชีวิตในบริบทของวัฒนธรรมและระดับค่านิยม ที่บุคคลใช้ชีวิตอยู่และสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวัง คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจและการรับรู้สถานะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อมของบุคคล (World Health Organization, 1997) ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงเป็นผู้สูงอายุที่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขและมีความสุขในบั้นปลายของชีวิต การที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งปัจจัยด้านร่างกายผู้สูงอายุเอง ด้านสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ด้านความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว/สังคม

จังหวัดอำนาจเจริญ มีประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 377,120 คน เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 14 ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุชายร้อยละ 45.8 ผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 54.2 และผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันทั้งหมด จำนวน 48,444 ราย พบผู้สูงอายุที่จัดอยู่ในกลุ่มติดสังคมร้อยละ 89.28 ผู้สูงอายุติดบ้านร้อยละ 9.24 ผู้สูงอายุติดเตียงร้อยละ 0.93 (สำนักงานสถิติจังหวัดอำนาจเจริญ, 2560) สำหรับเขตพื้นที่รับผิดชอบคลินิกหมอครอบครัวศูนย์แพทย์โนนหนามแท่ง อำเภอเมืองจังหวัดอำนาจเจริญ มีผู้สูงอายุ จำนวน 392 คน คิดเป็นร้อยละ 10.02 ของประชากรทั้งหมด พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ชนบทที่มีความเป็นชุมชนเมืองไม่มาก บางหมู่บ้านเคยเป็นหมู่บ้านที่ทำการรักษาโรคเรื้อรัง มีสถานบริการแก่ประชาชนที่ป่วยในอดีต ในปัจจุบันเลิกใช้ไปเมื่อหลายปีก่อน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2552) ประชากรผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบมีความยากจน และ

ผู้สูงอายุบางรายขาดผู้ดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย หรือบุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือในยามฉุกเฉิน อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นการศึกษานี้จึงต้องการศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของคลินิกหมอครอบครัว ศูนย์แพทย์โนนหนามแท่ง อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และช่วยเหลือให้การดูแลที่เหมาะสมสอดคล้องกับลักษณะปัญหาและความต้องการที่แท้จริงแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถที่จะดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของคลินิกหมอครอบครัว ศูนย์แพทย์โนนหนามแท่ง อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว/สังคม ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความเครียด และสิ่งแวดล้อมกับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของคลินิกหมอครอบครัว ศูนย์แพทย์โนนหนามแท่ง อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE622273 เมื่อวันที่ 5 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563

● รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

● ประชากรที่ศึกษา

เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของคลินิกหมอครอบครัว ศูนย์แพทย์โนนหนามแท่ง อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งมีทั้งหมด 5 หมู่บ้าน มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 392 คน

● กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรแบบถดถอยโลจิสติก (Simple logistic regression) (Hsieh et al., 1998)

$$n = \frac{P(1-P)(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{[B(1-B)(P_0 - P_1)^2]}$$

นำข้อมูลจากผลการศึกษาของเสาวณีย์ ระพีพรกุล (2560) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนี้

ความพอเพียง ของรายได้	คุณภาพ ชีวิตดี	คุณภาพชีวิต ต่ำ-ปานกลาง	รวม (n=120)
เพียงพอ	16	50	66
ไม่เพียงพอ	4	50	54

ดังนั้น P_0 = สัดส่วนของคุณภาพชีวิตดี ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ มีค่าเท่ากับ $4/54 = 0.07$

P_1 = สัดส่วนของคุณภาพชีวิตดี ที่มีรายได้เพียงพอ มีค่าเท่ากับ $16/66 = 0.24$

B = สัดส่วนของคนที่มีรายได้เพียงพอ มีค่าเท่ากับ $66/120 = 0.55$

$P = (1-B)P_0 + BP_1$ มีค่าเท่ากับ $(1-0.55)0.07 + (0.55)(0.24) = 0.16$

$Z_{1-\alpha} = 1.96$ เมื่อกำหนดให้ $\alpha = 0.05$

$Z_{1-\beta} = 0.16$ เมื่อกำหนดให้ $\beta = 0.20$ (Power of test $[1-\beta] = 80\%$)

แทนค่าในสูตรได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 156 คน
หลังจากนั้นการคำนวณคำนึงถึงผลที่เกิดจากตัวแปรอิสระอื่นๆ โดยปรับด้วยค่า variance inflation factor (Hosmer, et al., 2000)

$$n = \frac{n}{(1-\rho^2_{123\dots p})}$$

จากการแทนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุด้วยค่า 0.1–0.9 เพื่อที่จะปรับขนาดตัวอย่าง โดยต้องคำนึงถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ซึ่งไม่ควรสูงเกินไปและความเป็นไปได้ในการทำวิจัยได้สำเร็จ จึงเลือกใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ เท่ากับ 0.4 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 259 คน คิดเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถาม ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 285 คน

การสุ่มตัวอย่าง โดยจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้านเป็นสัดส่วนกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีของ 5 หมู่บ้าน เลือกกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละหมู่บ้าน โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากรายหมู่บ้านให้ได้กลุ่มตัวอย่างจนครบตาม

จำนวนขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ของแต่ละหมู่บ้าน

● **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม เป็นแบบ สัมภาษณ์ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล เป็นแบบให้ เลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา รายได้ แหล่งของรายได้ ผู้ที่อาศัยอยู่ด้วย การ ออกกำลังกาย โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว/ สังคม เป็นแบบให้เลือกตอบ ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรม ภายในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ตำแหน่ง ทางสังคม การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ สถานที่ไปรับ การรักษา ความสัมพันธ์ในครอบครัว การทะเลาะเบาะ แฉ่งในครอบครัว การมีความสุขหรือความพึงพอใจใน ครอบครัว การมีผู้ดูแล

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการ ประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมินของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2557) มี 10 ข้อ ซึ่งมี คะแนนเต็ม 20 คะแนน นำคะแนนรวมมาจัดกลุ่มได้ 3 กลุ่มดังนี้ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเครียด 5 ข้อ โดยใช้ แบบประเมินของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2559) โดยเป็นแบบวัดการประมาณค่าแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ แทบไม่มี เป็นบางครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 0, 1, 2, 3 ตามลำดับ นำคะแนนรวมทุกข้อมาจัดระดับความเครียด ตามเกณฑ์คะแนนของแบบประเมินดังนี้ 0-4, 5-7, 8-9, 10-15 คะแนน จัดเป็น เครียดน้อย เครียดปานกลาง เครียดมาก เครียดมากที่สุด ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ บริเวณที่ อยู่อาศัยมีสิ่งรบกวนจิตใจการมีสัตว์หรือแมลงนำโรค บ้านมีสภาพแข็งแรงคงทนและปลอดภัย ที่อยู่อาศัยอยู่ ติดกับเขตก่อสร้างหรือบริเวณที่มีเสียงดัง ทั้งหมด 5 ข้อ โดยเป็นแบบวัดการประมาณค่าแบบ Likert's scale 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด รวมคะแนนทุกข้อรวมคะแนนทุกข้อ แล้วนำมาจัดระดับ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี ระดับ ปานกลาง และระดับไม่ดี ซึ่งแบ่งช่วงคะแนนตามเกณฑ์ ของ Best (1981)

ส่วนที่ 6 แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ใช้แบบ

สัมภาษณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-OLD) (World Health Organization, 2006) ประกอบด้วย 24 ข้อคำถาม 6 องค์ประกอบได้แก่ 1) ความสามารถทางการรับรู้ 2) ความเป็นตัวของตัวเอง 3) ความสำเร็จและความคาดหวังในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต 4) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 5) การเผชิญหน้า กับความตาย 6) การมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก ซึ่ง Hongthong et al. (2015) ได้แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงไว้ แต่ ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบ เลือกตอบดังนี้ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด รวมคะแนนทุกข้อ โดยมีคะแนน ตั้งแต่ 24-120 คะแนน แล้วนำมาจัดระดับคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์ของ Best (1981) คะแนนตั้งแต่ 24-56 คะแนนหมายถึงการมี คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนนตั้งแต่ 57-89 คะแนนหมายถึง การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนนตั้งแต่ 90-120 คะแนน หมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

● **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

นำแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาต่าง ๆ ของแบบสัมภาษณ์ ระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ หากค่าดัชนีความ สอดคล้อง (IOC: Index of item Objective Congruence) ได้ค่า IOC รายข้ออยู่ในช่วง 0.66-1 จากนั้นนำแบบ สัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุ ที่ไม่ใช่กลุ่ม ตัวอย่าง แล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้ค่า Cronbach's alpha coefficient ผลการทดสอบ ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบสัมภาษณ์ ด้านต่างๆ ดังนี้ แบบสัมภาษณ์ความสัมพันธ์ของคนใน ครอบครัว/สังคม แบบประเมินความสามารถในการ ประกอบกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินความเครียด แบบสัมภาษณ์ด้านสิ่งแวดล้อม ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.74, 0.87, 0.76 และ 0.82 ตามลำดับ และแบบวัด คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD) ได้ค่าความ เชื่อมั่น เท่ากับ 0.90 จึงนำแบบสัมภาษณ์ไปเก็บรวบรวม ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างต่อไป

● **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการรับรอง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวม ข้อมูลด้วยตนเอง โดยได้ประสานงานกับอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของหมู่บ้านต่างๆ เพื่อให้นัดหมายผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ โดยจะขอ

พบผู้สูงอายุที่บ้านของผู้สูงอายุเอง หรือที่ผู้สูงอายุสะดวก ให้พบ โดยผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ในเขตรับผิดชอบของ หน่วยงานไปพบผู้สูงอายุด้วยตนเอง และถามความ ยินยอมในการร่วมโครงการ หลังจากผู้สูงอายุให้ความ ยินยอมในการให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างตามแบบสัมภาษณ์

• การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม STATA Version 10.1 เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว/ สังคม ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความเครียด และสิ่งแวดล้อม ข้อมูลแรงนับนำเสนอด้วย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ และข้อมูลต่อเนื่องกรณีข้อมูลแจกแจงปกติ นำเสนอด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ นำเสนอด้วย ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด 2) สถิติเชิงอนุมาน ตัวแปรตามคือคุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ คุณภาพชีวิตที่ดี และคุณภาพชีวิตไม่ดี-ปานกลาง วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับ คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์ตัวแปร เดี่ยวด้วยสถิติ Simple logistic regression นำเสนอค่า Crude odds ratio และ 95% CI และวิเคราะห์ Multiple logistic regression โดยนำตัวแปรที่มีค่า p-value < 0.25 จากการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียวเข้ามาในโมเดล และใช้วิธีวิเคราะห์โดยการขจัดออกทีละตัวแปร (Backward elimination) นำเสนอค่า Adjusted odds ratio, 95% CI, p-value

ผลการวิจัย

ลักษณะบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิงร้อยละ 57.1 มีอายุเฉลี่ย 71.7 ± 8.2 ปี สำเร็จ การศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 87.3 มี อาชีพเป็นเกษตรกรร้อยละ 28 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 48.0 ค่ามัธยฐานรายได้ 2,600 บาท/เดือน ปัจจุบันอาศัยอยู่เฉพาะกับคู่สมรส และอยู่กับลูกหลาน ร้อยละ 45.9 และ 41.5 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคย ออกกำลังกายพบร้อยละ 35.1 โรคประจำตัวที่เป็นมาก 3 อันดับแรกได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูงร้อยละ 21.9, 12.3 และ 11.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว/สังคม กลุ่ม ตัวอย่างที่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และไม่เข้าร่วม กิจกรรมทางศาสนา ร้อยละ 56.4 และ 27.0 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีตำแหน่งทางสังคมร้อยละ 82.4 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.8 ได้รับการดูแลจาก ลูกหลาน ร้อยละ 97.9 มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ร้อยละ 89.5 ไม่มีการทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว (ตารางที่ 2)

ความเครียด สิ่งแวดล้อม และความสามารถ ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความเครียดน้อย และ ระดับปานกลางพบร้อยละ 62.9 และ 30.8 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 96.1 อยู่ในสิ่งแวดล้อมระดับดี ด้านความสามารถในการ ประกอบกิจวัตรประจำวัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.0 เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตัวเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน สังคมได้เรียกว่าเป็นกลุ่มติดสังคม (ตารางที่ 3)

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในภาพรวมคุณภาพชีวิต ทุกด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับปาน กลางร้อยละ 68.8 และระดับดีร้อยละ 27.3 เมื่อแยกราย ด้านพบว่า ด้านความสามารถทางการรับรู้ ความสำเร็จ และความคาดหวังในอดีต/ปัจจุบันและอนาคต การมี ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และความเป็นตัวของตัวเอง กลุ่ม ตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตใน 4 ด้านนี้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.1, 63.8, 62.1 และ 55.8 ตามลำดับ และ ประมาณหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านนี้ในระดับดี ส่วนด้านการเผชิญหน้ากับความตาย และด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพ ชีวิตระดับดีร้อยละ 45.3 และ 47.8 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามมีกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 20 ที่มีคุณภาพชีวิต ที่ไม่ดีในด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และด้านการ เผชิญหน้ากับความตาย (ตารางที่ 4)

ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆ กับคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุ จากการวิเคราะห์ Multiple logistic regressions พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ที่มีอายุ <70 ปี มี คุณภาพชีวิตดี เป็น 2.28 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ≥ 70 ปี (95% CI: 1.22-4.24, p-value=0.009) กลุ่มที่ ยังประกอบอาชีพมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็น 2.83 เท่าของ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (95% CI: 1.44-5.55, p-value=0.002) การศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา มี คุณภาพชีวิตที่ดี เป็น 4.81 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ศึกษา

หรือระดับประถมศึกษา (95% CI: 1.81-9.32, p-value=0.001) กลุ่มตัวอย่างที่มีการออกกำลังกายอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็น 2.81 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่เคยออกกำลังกาย (95% CI: 1.37-5.77, p-value=0.005) (ตารางที่ 6)

บทสรุปและอภิปรายผล

ผู้สูงอายุที่ศึกษามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 68.8 และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงร้อยละ 27.3 สอดคล้องกับการศึกษาของนริสา วงศ์พนารักษ์ & สายสมร เฉลยกิตติ (2557) ซึ่งเป็นการศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยจากทุกภูมิภาคในช่วงปี พ.ศ. 2550-2557 พบว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง และสอดคล้องกันทุกภูมิภาค และการศึกษาที่จังหวัดสกลนครโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับ SF-36 (ภัทรพงษ์ เกตุคล้าย & วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี, 2555) พบเช่นเดียวกันว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และจากการศึกษาของ Yodmai et al. (2015) และการศึกษาของ Hongthong et al. (2015) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกึ่งชนบทและในเขตชนบท ทั้งสองการศึกษาใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกพบว่าสองในสามของผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งมีสุขภาพดี ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้เกิดความพึงพอใจที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย และพึงพอใจในชีวิต ทั้งนี้จากผลการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบคลินิกหมอครอบครัวศูนย์แพทย์โนนหนามแท่ง เป็นผู้สูงอายุในวัย <70 ปีร้อยละ 46 ซึ่งกลุ่มนี้จัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุระดับต้น ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาไม่มาก ยังพอช่วยเหลือตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง เมื่อแยกรายด้านพบว่า ในด้านความสามารถทางการรับรู้ ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ความสำเร็จและความคาดหวังในอดีต/ปัจจุบันและอนาคต ประมาณสองในสามของผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านเหล่านี้ในระดับปานกลาง และอีกหนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษา

ของเด่น นวลไธสง & สุภาภรณ์ สุตหนองบัว (2560) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง เพราะผู้สูงอายุที่ศึกษายังมีความรู้สึกถึงความเสื่อมถอยของประสาทสัมผัสยังพบน้อย สามารถทำในสิ่งที่อยากทำ ผู้คนรอบตัวยอมรับและให้อิสระในการตัดสินใจ และพึงพอใจกับความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา ในด้านการเผชิญหน้ากับความตายผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับดีร้อยละ 45.3 สอดคล้องกับการศึกษาของเด่น นวลไธสง & สุภาภรณ์ สุตหนองบัว (2560) ที่พบว่าผู้สูงอายุกล้าเผชิญหน้ากับความตายในระดับดี โดยมีส่วนน้อยที่กังวลกับการหมตอายุขัยของตัวเอง จากผลคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ ทำให้ในภาพรวมผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางถึงระดับดี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ การประกอบอาชีพ ระดับการศึกษา และการออกกำลังกาย โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปีจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็น 2.28 เท่าของกลุ่มที่มีอายุมากกว่า (95% CI: 1.22-4.24, p-value=0.009) สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบเช่นเดียวกันว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า (วิไลพร ขาววงษ์ และคณะ, 2554, ธาริน สุขอนันต์ และคณะ, 2554, วีรพงษ์ ยางเตี้ย, 2554) เนื่องจากผู้สูงอายุที่อายุยังไม่สูงมาก จะยังมีการรับรู้ถึงประสาทสัมผัส เช่น การได้ยิน การมองเห็น การดมกลิ่นที่ดีกว่าคนที่อายุมาก และยังมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีเข้าถึงสังคมได้ง่าย ในขณะที่คนอายุมากเริ่มมีความกังวลกับความตาย และคนอายุน้อยยังมีสุขภาพร่างกายที่ดีกว่าคนอายุมาก ปัจจัยด้านการประกอบอาชีพพบว่า ผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็น 2.83 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (95% CI: 1.44-5.55, p-value=0.002) สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า การประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศรีนยา สติธัย, 2559, ภัทรพงษ์ เกตุคล้าย & วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี, 2555, ธาริน สุขอนันต์ และคณะ, 2554, Hongthong et al., 2015) ผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพจะทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้ มีเงินเก็บ ทำให้มีรายได้ที่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (เสาวณีย์ ระพีพรกุล, 2560) การประกอบอาชีพยังส่งผลทำให้ผู้สูงอายุบางอาชีพได้พบปะพูดคุยซึ่งกันและกันทำให้ผู้สูงอายุได้มี

เพื่อน และไม่ได้อยู่คนเดียวลำพัง ระดับการศึกษามีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็น 4.81 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ศึกษาหรือจบประถมศึกษา สอดคล้องกับหลายการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาที่สูงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศรีนยา สลิตย์, 2559, วาสนา เล่าตง, 2555, ธาริน สุขอนันต์ และคณะ, 2554) ผู้ที่มีการศึกษาดีมักจะเข้าสังคมได้ง่าย เรียนรู้ในการร่วมอยู่กับคนอื่นในสังคมได้เร็ว ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาเกิดความรู้สึกมีอิสระต่อการตัดสินใจเรื่องราวดังกล่าว ในชีวิต ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ มีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็น 2.81 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่เคยออกกำลังกาย (95% CI: 1.37-5.77, p-value=0.005) การออกกำลังกายเป็นสิ่งที่จำเป็นที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขที่ดีขึ้น ผลดีในการออกกำลังกาย คือ ช่วยลดความเสี่ยงต่างๆ เช่น ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ทำให้เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและข้อต่างๆ เพิ่มระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน หรือการทำงานได้อย่างมีพลังกำลัง ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น รวมไปถึงการฟื้นฟูในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หรือผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการออกกำลังกายทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ลดการเกิดโรคแทรกซ้อน มีร่างกายแข็งแรงมากขึ้น การที่ออกกำลังกายเป็นประจำจะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วย (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2559. แบบประเมินความเครียด (ST5). ค้นเมื่อ 23 สิงหาคม 2562, จาก <https://www.dmh.go.th/test/qttest5/>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2557. แบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน. ค้นเมื่อ 23 สิงหาคม 2562. จาก http://hpc9.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=508&filename=old
- เด่น นวลโรตง, & สุภาภรณ์ สุดหนองบัว. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอบ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 11(1), 89-103.
- ธาริน สุขอนันต์, สุภาวีย์ จาริยะศิลป์, ทศนันท์ ทูมมานนท์ & ปิยรัตน์ จิตรภักดี. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 41(3). 240-249
- นริสา วงศ์พนารักษ์, & สายสมร เฉลยภักดี. (2557). การศึกษาในผู้สูงอายุไทย. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(3), 64-69.
- ภัทรพงษ์ เกตุคล้าย, & วิทนต์ จันทร์โพธิ์ศรี. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น, 19(2), 55-64.

ข้อเสนอแนะหรือการนำไปใช้ประโยชน์

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา 1) ควรมีการส่งเสริมผู้สูงอายุในชุมชน การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆ ที่จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น 2) ส่งเสริมอาชีพในผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุยังคงทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้พบปะผู้คน ทำให้มีสิ่งให้ทำในแต่ละวัน และยังเป็นการสร้างรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต (ปัจจุบัน) อาจส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น 3) จัดให้มีการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับผู้สูงอายุ และให้คำปรึกษาและความต้องการของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความคิดความรู้สึกที่กังวลเกี่ยวกับความกลัวกับการหมดอายุขัยของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป 1) ควรมีการศึกษาแบบติดตามระยะยาว เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับคุณภาพชีวิต 2) ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการเผชิญหน้ากับความตายของผู้สูงอายุ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ 3) ควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อหารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัย ขอขอบคุณผู้อำนวยการคลินิกหมอบรรณศิริ แพทย์ โนนหนามแท่ง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลในพื้นที่ และขอขอบคุณอาสาสมัครประจำหมู่บ้านทั้ง 5 หมู่บ้านที่ช่วยประสานงานในการเก็บข้อมูล

- ภาคจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (2558). **สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ**. ค้นเมื่อ 16 กันยายน 2562, จาก <https://med.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/07172014-1131>.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560**. กรุงเทพฯ: พรินเทอริ.
- รติมา คชนันท์. (2561). **สังคมผู้สูงอายุกับการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทย**. ค้นเมื่อ 16 กันยายน 2562, จาก https://library2.parliament.go.th/ejournal/content_af/2561/jul2561-1.pdf
- วัชรภรณ์ ชิวโสภิชฐ. (2562) สังคมผู้สูงอายุ: ปัจจัยการตลาดที่เปลี่ยนไป. **วารสารมหาจุฬานาครธรรมศาสตร์**, 6(1), 38-54.
- วาสนา เล่าตง. (2555). **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเกาะสีชัง อำเภอเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์การเมืองและการบริหารจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานปัญญา, & จิตภา ศิริปัญญา. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. **วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**, 5(2), 32-39.
- วีรพงษ์ ยางเดี่ยว. (2554). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชนบทจังหวัดยโสธร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศรinya สติธย์. (2559). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในตำบลเกาะขนุน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา**. **วารสารราชนครินทร์**, 13(30), 133-141.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนา พัฒนศร, & ธนิกันต์ ศักดาพร. (2560). **ชุดความรู้: การพัฒนาเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ**. กรุงเทพฯ: มาตา.
- เสาวณีย์ ระพีพรกุล. (2560). ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบึงคำพร้อยหมู่ 11 อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. **วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น**, 9(1), 153-165.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. (2552). **ยุววิจัยประวัติศาสตร์ท้องถิ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มที่ 1: นิคมชีตุต**. ค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2562, จาก http://elibrary.trf.or.th/project_programs.asp?pgid=AY.
- สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555). **คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ**. ค้นเมื่อ 16 กันยายน 2562, จาก <http://hp.anamai.moph.go.th/main.php?filename=index5>
- สำนักงานสถิติจังหวัดอำนาจเจริญ. (2560). **ผู้สูงอายุจังหวัดอำนาจเจริญ**. ค้นเมื่อ 16 กันยายน 2562, จาก <https://bit.ly/3giu2KJ>
- Best, J. W. (1981). **Research in education**. New Jersey: Prentice-Hall.
- Hongthong, D., Somrongthong, R., & Ward, P. (2015). Factors influencing the Quality of Life (QoL) among Thai older people in a rural area of Thailand. **Iranian Journal of Public Health**, 44(4), 479–485.
- Hosmer, D. W., Lemeshow, S., & Cook, E. D. (2000). **Applied logistic regression**. New York: Wiley.
- Hsieh, F. Y., Bloch, D. A. & Larson, M. D. (1998). A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. **Statistics in Medicine**, 8, 1623-1634.
- World Health Organization. (1997). **Measuring quality of life**. Retrieved 16 September 2019, from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63482/WHO_MSA_MNH_PSF_97.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization. (2006). **WHO-QoL Old manual**. Copenhagen: WHO European Office.
- World Health Organization. (2019). **Ageing and Health**. Retrieved 16 September 2019, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Yodmai, K., Phummarak, S., Sirisuth, J. C., Kumar, R., & Somrongthong, R. (2015). Quality of life and fear of falling among an aging population in semi rural, Thailand. **Journal of Ayub Medical College, Abbottabad**, 27(4), 771–774.

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง (n=285)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	122	42.9
หญิง	163	57.1
อายุ		
60-69 ปี	131	46.0
70-79 ปี	102	35.8
80 ปีขึ้นไป	52	18.2
$\bar{X} = 71.70$ S.D.=8.16		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	26	9.1
ประถมศึกษา	223	78.2
มัธยมศึกษาตอนต้น-มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	22	7.8
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	14	5.9
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	137	48.0
เกษตรกร	80	28.0
ค้าขาย	31	10.9
รับจ้างทั่วไป	28	9.9
แม่บ้าน เลี้ยงหลาน	9	3.2
รายได้ (บาทต่อเดือน)		
< 1,000	95	33.3
1,001-5,000	114	40.0
5,001-10,000	70	24.6
>10,000	6	2.1
Median=2,600 Max=28,000 Min=600		
ผู้ที่อาศัยอยู่ด้วย		
อยู่คนเดียว	24	8.4
คู่สมรส	131	45.9
คู่สมรส ลูกหลาน/ญาติ	118	41.5
บ้านพักคนชรา	12	4.2
การออกกำลังกาย		
ไม่เคยออกกำลังกาย	100	35.1
1-2 ครั้ง/สัปดาห์	101	35.4
≥3 ครั้ง/สัปดาห์	84	29.5
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่มีโรคประจำตัว	139	42.9
โรคความดันโลหิตสูง	71	21.9
โรคเบาหวาน	40	12.3
โรคไขมันในเลือดสูง	38	11.7
โรคหัวใจและหลอดเลือด	11	3.4
โรคอื่นๆ	25	7.7

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว/สังคมของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง (n=285)

ข้อความ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น แอโรบิก, ไร่ไม้พลอง, ประชุมหมู่บ้าน, และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆ		
ไม่เคย	161	56.4
1-2 ครั้ง/สัปดาห์	90	31.6
≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์	34	12.0
การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาใน 1 สัปดาห์ เช่น เข้าวัด, ฟังเทศน์, ทำบุญ, ตักบาตร		
ไม่เคย	77	27.0
1-2 ครั้ง/สัปดาห์	123	43.1
≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์	85	29.9
การมีตำแหน่งทางสังคม		
ไม่มี	235	82.4
มี	50	17.5
การมีผู้ดูแล		
ไม่มีผู้ดูแล ช่วยตัวเอง บ้านพักคนชรา เพื่อนบ้าน	25	8.8
ลูก/หลาน/ญาติ	199	69.8
สามี หรือภรรยา	61	21.4
ความสัมพันธ์ในครอบครัว		
ไม่ดี	6	2.1
ดี	279	97.9
การทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว		
ไม่มี	255	89.5
มีบ้าง	29	10.2
บางครั้ง	1	0.3

ตารางที่ 3 ความเครียด สิ่งแวดล้อม และความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง (n=285)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความเครียด		
เครียดน้อย	179	62.9
เครียดปานกลาง	88	30.8
เครียดมาก	10	3.5
เครียดมากที่สุด	8	2.8
$\bar{X} = 3.36$ S.D.=2.52		
ระดับด้านสิ่งแวดล้อม		
ไม่ดี	0	0.0
ปานกลาง	11	3.9
ดี	274	96.1
$\bar{X} = 8.88$ S.D.=2.02		
กลุ่มความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน		
กลุ่มติดสังคม	268	94.0
กลุ่มติดบ้าน	10	3.6
กลุ่มติดเตียง	7	2.4
$\bar{X} = 1.19$ S.D.=5.22		

ตารางที่ 4 ระดับคะแนนคุณภาพชีวิต จำแนกตามองค์ประกอบต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง (n=285)

องค์ประกอบ	จำนวน (ร้อยละ)		
	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตดี
1. ความสามารถทางการรับรู้ $\bar{X} = 13.36$ S.D.=2.91	25 (8.8)	197 (69.1)	63 (22.1)
2. ความเป็นตัวของตัวเอง $\bar{X} = 13.08$ S.D.=3.47	48 (16.9)	159 (55.8)	78 (27.3)
3. ความสำเร็จและความคาดหวังในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต $\bar{X} = 13.34$ S.D.=3.15	30 (10.5)	182 (63.8)	73 (25.7)
4. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม $\bar{X} = 12.22$ S.D.=3.31	59 (20.8)	177 (62.1)	49 (17.1)
5. การเผชิญหน้ากับความตาย $\bar{X} = 13.97$ S.D.=4.16	56 (19.7)	100 (35.0)	129 (45.3)
6. การมีปฏิสัมพันธ์กับคูรัก $\bar{X} = 14.78$ S.D.=3.02	15 (5.2)	134 (47.0)	136 (47.8)
คุณภาพชีวิตโดยรวม $\bar{X} = 80.74$ S.D.=13.67	11 (3.9)	196 (68.8)	78 (27.3)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง (n=285)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตดี	คุณภาพชีวิตไม่ดี-ปานกลาง	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
อายุ (ปี)					
> 70	25 (16.2)	129 (83.8)	1	1	
< 70	53 (40.5)	78 (59.5)	3.50 (2.01-6.09)	2.28 (1.22-4.24)	0.009
อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	22 (16.1)	115 (83.9)	1	1	
ประกอบอาชีพ	56 (37.8)	92 (62.2)	3.18 (1.80-5.59)	2.83 (1.44-5.55)	0.002
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้ศึกษา/ประถมศึกษา	59 (23.7)	190 (76.3)	1	1	
สูงกว่าประถมศึกษา	19 (52.8)	17 (47.2)	3.59 (1.75-7.36)	4.81 (1.81-9.32)	0.001
การออกกำลังกาย					
ไม่เคย	12 (12.0)	88 (88.0)	1	1	
ออกกำลังกาย ≥ 1 สัปดาห์	66 (35.7)	119 (64.3)	4.06 (2.07-7.98)	2.81 (1.37-5.77)	0.005