

อิทธิพลของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งทักษะ
ภายในตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

THE INFLUENCE OF HEALTH PERCEPTION, SOCIAL SUPPORT, AND LEARNED
RESOURCEFULNESS ON QUALITY OF LIFE OF EIDERLY PEOPL.

(Received: May 14,2025 ; Revised: May 19,2025 ; Accepted: May 21,2025)

รัชฎา เหล่าพวงศักดิ์¹

Ratchada Laophuangsak¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งทักษะภายในตนเองในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้กรอบแนวคิดที่ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยปัจจัยแหล่งทักษะภายในตนเองจากแนวคิดทฤษฎีของ Michael Rosenbaum (1990) การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม จากแนวคิดของ Cobb, & Schaefer et al. (1976) เก็บกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่ในเขตอ.ลาดยาว จ. นครสวรรค์ จำนวน 145 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ Health Survey, Short-Form 36 V 2.0 ฉบับภาษาไทย แบ่งเป็น 8 มิติ โดยเลือกใช้มิติ General health perception และการสนับสนุนทางสังคม และแหล่งทักษะภายในตนเอง The Self - Control Schedule วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งทักษะภายในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถร่วมทำนายกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้ร้อยละ 46.1 ($R^2 = .461$, $F = 40.273$, $\beta = .361$, $p < 0.01$; $\beta = .415$, $p < 0.01$ ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ พบว่ามีเพียงปัจจัยแหล่งทักษะภายในตนเองเท่านั้น ที่ไม่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ (p -value .219) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พิจารณาองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1. คุณภาพชีวิตรายด้านสุขภาพกาย พบว่าผู้สูงอายุพอใจคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 23.64 คะแนน (S.D.=2.796) การรับรู้สุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุมีระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปของตนเองในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 15.96 (S.D.=3.145) ผู้สูงอายุมีระดับการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมทั้งชุดและรายแต่ละด้านมีระดับปานกลาง และ ค่าเฉลี่ย 85.89 (S.D.=10.918)

คำสำคัญ : การรับรู้ภาวะสุขภาพ, การสนับสนุนทางสังคม, แหล่งทักษะภายในตนเอง, คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

Abstract

This analytical cross-sectional study aimed to examine the predictive factors of health perception, social support, and internal resourcefulness on the quality of life among the elderly. The conceptual framework was based on a review of relevant literature, incorporating Michael Rosenbaum's (1990) theory for internal resourcefulness and the concepts of Cobb and Schaefer et al. (1976) for health perception and social support. The study sample comprised 145 elderly individuals aged 60 and over residing in Lat Yao District, Nakhon Sawan Province. Data were collected through structured interviews using a personal information questionnaire, the Thai version of the Health Survey Short-Form 36 Version 2.0 (SF-36v2) focusing on General Health Perception and Social Support dimensions, and the Self-Control Schedule (SCS) for measuring internal resourcefulness. Data analysis included descriptive statistics and multiple regression analysis. The findings showed that health perception, social support, and internal resourcefulness were positively and significantly associated with the quality of life of the elderly, explaining 46.1% of the variance ($R^2 = .461$, $F = 40.273$, $\beta = .361$, $p < 0.01$; $\beta = .415$, $p < 0.01$), although internal resourcefulness alone was not a significant predictor ($p = .219$). Quality of life was assessed in four areas:

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

physical health (mean = 23.64, SD = 2.796), health perception (mean = 15.96, SD = 3.145), social support (mean = 85.89, SD = 10.918), all of which were at moderate levels.

Keywords: Health Perception, Social Support, Learned Resourcefulness, Quality of Life of Elderly

บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aged Society) อย่างเป็นทางการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และจากการคาดการณ์ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ถือเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) และคาดว่าในปี พ.ศ. 2583 จะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 32.1 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งจะนำไปสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super Aged Society) การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุในระยะเวลาอันสั้นส่งผลให้ประเทศไทยต้องเตรียมความพร้อมอย่างเร่งด่วนในหลายด้าน โดยเฉพาะด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี¹

จังหวัดนครสวรรค์จัดเป็นจังหวัดที่มีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมาก โดยในปี พ.ศ. 2558 มีผู้สูงอายุจำนวน 136,833 คน คิดเป็นร้อยละ 21.07 ของประชากรทั้งหมด และอยู่ในลำดับที่ 2 ของเขตสุขภาพที่ 3 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, 2558) สำหรับอำเภอลาดยาว ซึ่งเป็นอำเภอขนาดใหญ่ประกอบด้วย 12 ตำบล 149 หมู่บ้าน มีประชากรรวม 88,722 คน มีผู้สูงอายุจำนวน 13,432 คน คิดเป็นร้อยละ 15.14 ซึ่งมากเป็นอันดับที่ 3 ของจังหวัดนครสวรรค์² จึงนับว่าเป็นพื้นที่ที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและมีแนวโน้มที่จะเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักประสบกับภาวะการเสื่อมถอยทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะข้อเสื่อม และปัญหาด้านการเคลื่อนไหว อีกทั้งยังพบปัญหาด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลง

บทบาทในครอบครัวและสังคม³ สถานการณ์เหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ต้องอาศัยอยู่เพียงลำพังหรืออยู่ในสภาวะพึ่งพิง⁴

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งทักษะภายในตนเอง (Learned Resourcefulness) ซึ่งหมายถึงความสามารถในการคิดวิเคราะห์ แก้ไขปัญหา และควบคุมตนเองในการเผชิญกับความเครียดหรืออุปสรรคต่าง ๆ⁵ งานวิจัยในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Huang et al.⁶ และ Shu, Chang, & Rong⁷ พบว่า แหล่งทักษะภายในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตและมีผลลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับแหล่งทักษะภายในตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุยังมีจำกัด โดยเฉพาะในผู้สูงอายุทั่วไปที่อาศัยอยู่ในชุมชน ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ โดยเน้นการศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพ แหล่งทักษะภายในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ การดูแลระยะยาว และการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมที่เหมาะสมกับศักยภาพของผู้สูงอายุ ช่วยให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งทักษะภายในตนเองในการทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และมีแหล่งทักษะภายในตนเอง สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุได้

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional Analytical Study) เพื่อการศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งทักษะภายในตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 13,432 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 145 คน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเมื่อทราบข้อมูลจำนวนประชากรที่ชัดเจน ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าโดยใช้โปรแกรม G-Power 3.1⁸ ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากโปรแกรมสร้างจากสูตรของ Cohen (1977) และได้รับการตรวจสอบหรือรับรองคุณภาพโดยนักวิจัยหลายคนสามารถใช้กำหนดตัวอย่างได้อย่างถูกต้องสมบูรณ์และทันสมัย ตัวแปรที่ต้องการศึกษาในงานวิจัยนี้ รวม 3 ตัวแปร คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (X1) การสนับสนุนทางสังคม (X2) แหล่งทักษะภายในตนเอง (X3) ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (Y) โดยสถิติที่ใช้คือการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression) กำหนดให้มีความมั่นใจที่ $\alpha = .05$ อำนาจการทดสอบ $Power(1 - \beta) = .80$ และกำหนดค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปร (f^2) = 0.08 เป็นค่าระดับปานกลาง⁸ ได้ขนาดตัวอย่าง 141 ราย ผู้วิจัยได้ปรับเพิ่มเป็น 145 ราย

3.2.3 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เลือกด้วยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi - stage random sampling) ดังนี้

ขั้นแรกสุ่มเลือกตำบลที่อยู่ในอำเภอลาดยาวทั้งหมด 12 ตำบล (ดังตารางที่ 1) โดยวิธีสุ่มเลือกตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากรายชื่อตำบลและให้ได้ตำบลตัวอย่างจำนวน 4 ตำบล

ขั้นที่สอง สุ่มเลือกหมู่บ้านโดยวิธีสุ่มเลือกตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากรายชื่อหมู่บ้านจากแต่ละตำบลตัวอย่างในขั้นตอนแรกตำบลละ 1 หมู่บ้าน ได้จำนวน 4 หมู่บ้าน เมื่อได้รายชื่อหมู่บ้านแล้วคำนวณหากลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ (Proportional to Size) ของจำนวนประชากรผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้าน

ขั้นที่สามทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenient sampling) จากหมู่บ้านที่สุ่มได้ในขั้นที่สอง ในวันที่มีการประชุมประชาคมหมู่บ้านที่จัดขึ้นทุกเดือน หรือวันที่มีกิจกรรมส่วนรวมในหมู่บ้าน เนื่องจากมีประชากรกลุ่มผู้สูงอายุที่สุขภาพดี สามารถมาเข้าร่วมประชุม จึงดำเนินการเก็บข้อมูลในวันดังกล่าว

การสุ่มประชากรผู้สูงอายุ

โดยการเข้าถึงกลุ่มประชากรตัวอย่างผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของแต่ละหมู่บ้าน และเข้าเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ในวันที่มีการนัดประชุมประชาคมในหมู่บ้านหรือวันที่มีกิจกรรมในชุมชนจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมดในงานวิจัย

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดาราศาสตร์ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม โดยใช้ The General Practitioner Assessment of Cognition GPCOG - Thai Version

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว โรคประจำตัว การเป็นสมาชิกชมรม และการเข้าร่วมกิจกรรมที่ให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและคำถามปลายเปิด

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปของเครื่องมือ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปของเครื่องมือ Health Survey, Short-Form 36 V 2.0 ฉบับภาษาไทย แบ่งเป็น 8 มิติ โดยเลือกใช้มิติ General health perception ประกอบด้วยจำนวนข้อคำถามที่ 1, 11.1 – 11.4 รวมเป็นจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อลักษณะข้อคำถามให้เลือกคำตอบให้ตรงกับระดับความคิดเห็นหรือความรู้สึกที่ตรงกับตนเองมากที่สุด เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 5 ระดับ คือ เป็นจริงอย่างยิ่ง ส่วนใหญ่เป็นจริง ไม่แน่ใจ ส่วนใหญ่ไม่ใช่ ไม่ใช่เลย

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมเป็นเครื่องมือที่ใช้มาจากการรวบรวมแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb, Schaefer และคณะ⁹ จำนวน 25 ข้อคำถาม โดยแบ่งด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการสนับสนุนทางสังคมและอารมณ์ 6 ข้อ ด้านการสนับสนุนการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า 4 ข้อ ด้านการสนับสนุนการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 5 ข้อ ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 5 ข้อ ด้านการสนับสนุนด้านสิ่งของ 5 ข้อเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 5 ระดับ คือ ไม่จริงเลย เป็นจริงเล็กน้อย เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงส่วนมาก เป็นจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์แหล่งทักษะภายในตนเอง แบบสัมภาษณ์แหล่งทักษะภายในตนเอง The Self - Control Schedule เป็นแบบวัดจากแนวคิดความเชื่อในการควบคุมตนเอง เอส ซี เอส (SCS) ของ Michael Rosenbaum¹⁰ โดยเป็นแบบวัด

ให้รายงานตนเอง (Self - report) ที่มีลักษณะการประเมินแนวโน้มของแต่ละบุคคลในการประยุกต์วิธีการดูแลตนเองมาใช้ในการแก้ปัญหาด้านพฤติกรรมของตนเอง จำนวน 36 ข้อ

ส่วนที่ 6 ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งคุณสมบัติของเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดย่อฉบับภาษาไทยนี้ แปลโดย สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์และคณะ (กรมสุขภาพจิต, 2545) เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย (Physical domain) ด้านจิตใจ (Psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)

2.4 การตรวจสอบเครื่องมือ

เครื่องมือที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบเครื่องมือโดยการหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา พิจารณาครอบคลุม ความถูกต้องของเนื้อหา ภาษา และสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และเพื่อเป็นการยืนยันผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในงานวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) จากผู้สูงอายุจำนวน 30 ตัวอย่าง ในเขตอำเภอลาดยาวจังหวัดนครสวรรค์นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

1)แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป ใช้เครื่องมือ Health Survey, Short-Form 36 V 2.0 ฉบับภาษาไทย จากงานวิจัยของชุดิเดช เจียนดอน¹¹ ใช้เฉพาะมิติการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป (General

health perception) มี ค่า ค ว า ม เชื่ อ มั น (Reliability) เท่ากับ 0.72

2)แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ Cobb, Schaefer และคณะ⁹ ในงานวิจัยของทัศนีย์ เกริกกุลธร¹² ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม (Reliability) เท่ากับ 0.94

3)แบบสัมภาษณ์แหล่งทักษะภายในตนเองใช้ แบบ วัด The Self - Control Schedule¹³ จากงานวิจัยเรื่อง “Leraned Resourcefulness, Quality of life, and Depressive Symptoms for Patients With Breast Cancer”¹³ ได้ ค่า ค ว า ม เชื่ อ มั น (Reliability) เท่ากับ 0.88

4)แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI) แปลโดย สุวัฒน์ มหัตินันต์ และคณะ¹⁴ ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.840 และค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.651

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.5.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการหาค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อสรุปข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปที่ได้จากการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง

3.5.2 สถิติอนุมาน (Inferential statistics) โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ด้วยวิธีการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยในขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) และการกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p \leq .05$ เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปร การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งทักษะภายในตนเอง ที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ทำวิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างการวิจัย โดยการนำโครงการวิจัยตรวจสอบกับกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยผู้วิจัยได้เชิญชวนกลุ่มผู้สูงอายุเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเองโดยการแสดงรายละเอียดผ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (

Participant Information Sheet) โดยอธิบายให้ทราบถึงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้วิจัย วิธีการดำเนินงานวิจัย หัวข้อการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้จากการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยไม่มีการบังคับใดๆ ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกคนมีสิทธิที่จะยกเลิกการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลาโดยจะไม่มีผลกระทบด้านลบแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ยกเลิก ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะไม่ถูกเปิดเผย เอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะเก็บแยกไว้คนละแห่งกับแบบสัมภาษณ์ ส่วนข้อมูลและแบบสัมภาษณ์จะไม่ปรากฏชื่อของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะนำไปอภิปรายหรือเสนอพิมพ์เผยแพร่ในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผู้สูงอายุส่วนมากเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 56.6 และร้อยละ 43.4 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่พบมากเป็นกลุ่มสูงอายุนับตั้งแต่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 49.7 มีอายุเฉลี่ย 69.72 ปี (S.D. = 6.011) สถานภาพสมรส ร้อยละ 75.9 การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 79.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก ร้อยละ 51.0 มีรายได้ส่วนตัวต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 84.8 ค่าเฉลี่ยรายได้เท่ากับ 3,017.24 บาท (S.D. = 2,581.944) ร้อยละ 66.2 ระบุว่ารายได้พอเพียงกับค่าใช้จ่ายส่วนตัว และผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมเข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพ ร้อยละ 49.0 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและการวิเคราะห์ความถดถอยตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระไม่พบความสัมพันธ์กันระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) ใน ระดับ สูง และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทาง

สังคม และแหล่งพักอาศัยในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.520$, $r=0.573$, $r=0.408$, $p<0.01$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและแหล่งพักอาศัยในตนเอง กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($n=145$)

ตัวแปร	1	2	3	4
1.การรับรู้ภาวะสุขภาพ	1			
2.การสนับสนุนทางสังคม	.316**	1		
3.แหล่งพักอาศัยในตนเอง	.317**	.493	1	
4.คุณภาพชีวิต	.520**	.573**	.408**	1

** $p < 0.01$

ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งพักอาศัยในตนเอง ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การถดถอยเชิงพหุด้วยวิธีการเลือกตัวแปรอิสระ เข้าสมการถดถอยในขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าปัจจัยทั้ง 3 ด้าน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระดับน้อย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น 0.679 และสามารถรวมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 46.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ

± 7.25 และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์พบว่า มีเพียงปัจจัยแหล่งพักอาศัยในตนเองเท่านั้น ที่ไม่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ($p\text{-value} .219$) ส่วนผลการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งพักอาศัยในตนเองสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 46.1 ($R^2=0.461$; $df=3$; $F=40.273$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ โดยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=0.361$, $p<0.01$; $\beta=.415$, $p<0.01$) ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งพักอาศัยในตนเอง ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	B	SE	β	t	p-value
ค่าคงที่	31.771	6.621		4.799	$<0.001^{**}$
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	5.598	1.031	.361	5.428	$<0.001^{**}$
การสนับสนุนทางสังคม	.371	.065	.415	5.730	$<0.001^{**}$
แหล่งพักอาศัยในตนเอง	2.261	1.833	.089	1.234	0.219
$R = .679$; $R^2 = .461$; $AdjR^2 = .450$; $df = 3$; $F = 40.273$; $SE_{est} = \pm 7.25$; $P\text{-value} = 0.000$					

** $p < 0.01$

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ ส่วนใหญ่

ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 90.60 และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความ

พอใจระดับปานกลางในคุณภาพด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมเท่ากับ 23.64, 22.06, 9.52, 28.39 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยศึกษาคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Short-Form 36) ของชุดิเดช เจียนดอน¹¹ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา เป็นการศึกษาเพื่อประเมิน และหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่า สัมพันธภาพในครอบครัว กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายร้อยละ 50.4 และความพึงพอใจด้านจิตใจร้อยละ 52.7 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจเท่ากับ 59.3 และ 60.2 ตามลำดับ และพบปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม การศึกษาอาชีพ และอายุโดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านร่างกายได้ร้อยละ 30.5 ส่วนปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจได้ ร้อยละ 21.5 กล่าวได้ว่าบุคลากรสาธารณสุขควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว องค์กรท้องถิ่นควรร่วมให้การส่งเสริมกิจกรรมเหล่านี้ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบทภาคเหนือได้วิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทของประเทศไทย ของ Hongthong et al.,¹⁵ ทำการศึกษาผู้สูงอายุในพื้นที่ภาคเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 68.5 มีคุณภาพชีวิตในระดับดี สอดคล้องกับ อารดา ธีระเกียรติกำจร¹⁶ ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อวัดระดับคุณภาพชีวิต พบว่ามี

คุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งอธิบายได้ว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตภาคระดับเดียวกัน มีบริบทสังคมไทยในชนบทเป็นแบบเครือญาติมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันตลอดจนสิทธิสวัสดิการเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้กำหนดเป็นนโยบายหลัก เช่น พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ว่าด้วยผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครองและที่สำคัญ มีนโยบายสอดคล้องกับสถานการณ์ของสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบัน คือ ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงเบาหวาน และโรคหลอดเลือดในสมองที่อาศัยอยู่ในชุมชนและที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุด ควรมุ่งเน้นบริการถึงบ้านและมีการประสานกันระหว่างบริการทางสุขภาพและทางสังคม โดยครอบคลุมบริการด้านการส่งเสริม เกื้อหนุน และผลักดันนโยบายและงบประมาณลงสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรสาธารณประโยชน์ในชุมชน ที่เป็นสถานบริการด้านสุขภาพซึ่งอยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุในชุมชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือหน่วยงานบริการปฐมภูมิ มีส่วนร่วมในการดูแลจัดสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยนี้พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกและมีอิทธิพลทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .361, p < 0.01$; $\beta = .415, p < 0.01$ ตามลำดับ) เชื่อมโยงกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของชมรมต่างๆ เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุได้รับสิทธิสวัสดิการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเข้าถึงต่อเนื่องเพิ่มขึ้นมากจึงทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตในระดับใกล้เคียงกัน และสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของ Imanishi, Tomohisa, & Higaki¹⁷ ทำการศึกษาในสถานการณ์ดูแลผู้ป่วยในบ้าน ประเทศญี่ปุ่น ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องมากที่สุดมี 11 ตัวแปร ที่เป็นเหตุผลสำคัญสำหรับการเลือกใช้บริการการดูแลผู้ป่วยในบ้าน ปัญหาที่ทำการศึกษาคือ ประเทศจะ

เข้าสู่ประชากรสูงวัย จะเกิดปัญหาจากสังคม ผู้สูงอายุ รัฐบาลต้องการลดภาระค่ายา ในผู้สูงอายุ จึงเตรียมการสร้างระบบประกันสุขภาพระยะยาว และปรับแก้ไขระบบยาฟรี เปลี่ยนการรับบริการจาก โรงพยาบาลไปดูแลที่ชุมชนด้วยการให้บริการการ ดูแลในบ้าน สอดคล้องกับการศึกษา ของ Aodeng, et al.¹⁸ ในคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน ประเทศจีน จำนวน 3,714 คน พบว่าภาวะโรค เรื้อรังมีอิทธิพลกับมิติด้านสุขภาพ(PCS) และมิติ ด้านสุขภาพจิต(MCS) ในปัจจุบันทุกประเทศได้ให้ ความสำคัญกับผู้สูงอายุมากขึ้น เกี่ยวเนื่องกับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านร่างกายพบว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำไม่ได้ ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อเข้าสู่ วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกาย อวัยวะและระบบการทำงานต่างๆ ไปในทาง เสื่อมสภาพมากขึ้นโดยลำดับตามอายุที่มากขึ้นด้วย จากการเปลี่ยนแปลงประสิทธิภาพการทำงานของ ร่างกายลดลงส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์และ สังคมผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจ พบว่ามีผลกระทบต่อร่างกายร่วมกับจิตใจส่งผลให้ ผู้สูงอายุทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง ดังนั้น จึงอธิบายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจเป็น การเปลี่ยนแปลงที่อิทธิพลโดยตรงกับการ เปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคมทั้งนี้ยังส่งผล ถึงด้านสัมพันธภาพทางสังคมทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่า ตนเองเป็นผู้ที่พึ่งพาผู้อื่น เป็นบุคคลที่ไร้ค่า เกิด ความเบื่อหน่ายท้อแท้ วิตกกังวล พบการศึกษาที่ เกี่ยวข้องกับปัญหาทางสุขภาพจิต ในเรื่องภาวะวิตก กังวลของคนจีน เชื้อสายอเมริกา ที่อาศัยในชุมชน ของ Dong, Chen,&Simon¹⁹ ทำการศึกษา ผู้สูงอายุ ใน Greater Chicago พบว่า 8.5% เป็น โรควิตกกังวลและ 65% มีอาการวิตกกังวล พบว่า มักเป็นเพศหญิง ภาวะสุขภาพแย่คุณภาพชีวิตต่ำ ซึ่ง ขัดแย้งกับการศึกษาของสมพร โพธิ์ธินาม และคณะ²⁰ การศึกษาผู้สูงอายุไทย บริบทของจังหวัด มหาสารคามพบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดมหาสารคาม มี ระดับคุณภาพชีวิตสูง ผู้สูงอายุรับรู้คุณภาพชีวิตและ ความพึงพอใจในสุขภาพทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ดีมากร้อยละ

80 ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับสูง คือด้านสังคม ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ตามลำดับ พบว่า ปัจจัยความจำเป็นพื้นฐานที่มีผล ต่อคุณภาพชีวิตได้แก่ ลักษณะที่อยู่อาศัย ซึ่งพบผล จากการวิจัยในครั้งนี้ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึง พอใจกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยของตนเองในระดับ ปานกลาง ซึ่งสัมพันธ์กับผลการศึกษาของ ชูติเดช เจริญดอน¹¹และทวีชัย เชษฐเนิน²¹ พบว่าความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว และการมีส่วนร่วมในครอบครัว ชุมชนของผู้สูงอายุ สามารถส่งผลต่อความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ของผู้สูงอายุได้ ซึ่งสนับสนุนการศึกษาของ วาริ กัง ใจ²² และชุตีไกร ดันติชัยวนิช²³ ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คุณภาพชีวิตและ ความสุขของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ภู ริชญา เทพศิริ²⁴ ในเรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใน อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายกผลการศึกษพบว่า สวัสดิการสังคม ความตระหนักในคุณค่าแห่งตน ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว ส่งผลต่อ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้เพิ่มขึ้น แต่ผลการ ศึกษาวิจัยครั้งนี้กลับตรงกันข้ามกับงานวิจัยอื่นดังได้ กล่าวมาแล้วการวิจัยในครั้งนี้พบว่าการรับรู้ สมรรถนะในตนเองของแหล่งพักอาศัยภายใน ส่วน ใหญ่มีระดับปานกลาง แต่ไม่สามารถทำนายอิทธิพล ของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้สูงอายุนั้นมีความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยตนเอง คิด ว่าเมื่อเข้าสู่วัยชราแล้วเดินทางไปไหนมาไหนด้วย ตนเองไม่สะดวกเพราะขาดปัจจัยเอื้ออำนวย ทางด้านการคมนาคม จึงทำให้รู้สึกว่า ใช้ชีวิตอยู่ไป วันๆ ซึ่งอาจส่งผลให้มีการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุลดน้อยถอยลงได้ เกี่ยวเนื่องกับ การศึกษาในความต้องการของผู้สูงอายุใน Hangzhou ประเทศจีน ของ Cao M, Guo, Yu, Chen,& McDonald²⁵ ศึกษาผู้สูงอายุ พบว่า 88.9% ของผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อที่พักอาศัย และ 97.2% มีความพอใจต่อคุณภาพชีวิตในอายุที่ เพิ่มขึ้น สอดคล้องผลของงานวิจัยในครั้งนี้กับ

องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านสัมพันธภาพทางสังคม ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองมีความหมายมีสัมพันธภาพ มิตรภาพที่ดีกับผู้อื่น และได้พักอาศัยในบ้านเรือนของตนเองอย่างเป็นสุขจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้นตามลำดับ ดังนั้นเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยนี้ คือผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และมีแหล่งทักษะภายในตนเอง สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุได้ โดยในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย ส่วนแหล่งทักษะภายในตนเองไม่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายอิทธิพลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ตรงตามกรอบจากแนวคิดของปัจจัยภายในบุคคลของผู้สูงอายุ คือปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองซึ่งถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วยนั้น จะสามารถเข้าใจถึงการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีโดยวัดจากแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ Short-Form 36 (SF-36) และแนวคิดของ Cobb, & Schaefer et al.⁹ ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งและเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ส่วนแนวคิดแหล่งทักษะภายในตนเอง ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ศึกษาได้ แตกต่างกับการศึกษาของ Shu, Chang, & Rong⁷ ที่พบว่าแหล่งทักษะภายในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกโดยตรงกับคุณภาพชีวิต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การรู้เท่าทันอาการของโรคเรื้อรัง การใช้ยาอย่างเหมาะสม การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการปฏิบัติตนเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย ทั้งนี้เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะ

สุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดภาระของครอบครัวและภาครัฐ

2. ควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน และองค์กรท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการดูแลและสนับสนุนผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้านโดย อสม. หรือทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าและ不被ทอดทิ้ง ซึ่งจะส่งผลดีต่อสภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตโดยรวม

3. แม้ในผลการวิจัยครั้งนี้จะพบว่าแหล่งทักษะภายในตนเองไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ในเชิงสถิติ แต่อย่างไรก็ตามควรมีการออกแบบโปรแกรมหรือกิจกรรมเสริมพลังที่เน้นการฝึกคิดวิเคราะห์ แก้ไขปัญหา และพัฒนาการปรับตัวของผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมกลุ่มบำบัดเชิงสร้างสรรค์ หรือโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา ซึ่งมีแนวโน้มช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเอง และสามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น

4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีบทบาทในการจัดสวัสดิการขั้นพื้นฐานที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การจัดบริการด้านการแพทย์ถึงบ้าน (Home Care), การจัดระบบคมนาคมที่เหมาะสม และการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างอิสระและมีศักดิ์ศรี

5. ภาครัฐควรผลักดันนโยบายส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยเฉพาะในชนบท ให้มีความสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น การสนับสนุนงบประมาณให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดำเนินโครงการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

6. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับแหล่งทักษะภายในตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุในบริบทที่หลากหลาย โดยเฉพาะการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) หรือ กึ่งทดลอง (quasi-

experiment) เพื่อพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมและประเมินผลของแหล่งทักษะภายในตนเองต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาด้วยวิธีการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง เพื่อประเมินผลของการเสริมสร้างแหล่งทักษะภายในตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ เนื่องจากผลการวิจัยครั้งนี้ไม่พบอิทธิพลของตัวแปรดังกล่าว จึงควรตรวจสอบด้วยการออกแบบการศึกษาเชิงแทรกแซงที่เหมาะสม

2. ควรเพิ่มการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพควบคู่กับเชิงปริมาณ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือการ

สนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ ความเชื่อ และทัศนคติของผู้สูงอายุซึ่งอาจส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิต และเข้าใจบริบทที่อาจไม่สามารถวัดได้ด้วยแบบสอบถามเพียงอย่างเดียว

3. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทต่างกัน เช่น พื้นที่ในเขตเมืองหรือจังหวัดอื่นที่มีระดับการพัฒนาแตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในแต่ละบริบท และสามารถนำข้อมูลไปปรับใช้ได้อย่างหลากหลายและเหมาะสมกับแต่ละพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี. Retrieved June 3, 2014, from <http://www.nesdb.go.th/>.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. (2558). รายงานข้อมูลประชากรและสถานการณ์ด้านสุขภาพจังหวัดนครสวรรค์ ปี 2558. นครสวรรค์: กลุ่มงานข้อมูลสารสนเทศเพื่อการบริหาร.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). สรุปสถานการณ์สังคมไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. Retrieved June 4, 2014, from <http://popcensus.nso.go.th/file/popcensus-10-01-56-T.pdf>.
4. วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ. (2551). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. เอกสารประกอบการบรรยาย. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
5. Rosenbaum, M. (1990). Learned resourcefulness: On coping skills, self-control, and adaptive behavior. New York: Springer.
6. Huang, C.Y., Perng, S.J., Chen, H. F., & Lai, C. Y. (2008). The Impact of Learned Resourcefulness on Quality of life Patients: A Cross -Section Correlational Study. The Journal of Nursing Research, 16(4), 264-274.
7. Shu, S.C., Chang, P. J., & Rong, J. R. (2008). Effects of Learned Resourcefulness on Depression and Quality of Life among solitary Elderly Residents of Communities. The Journal of Health Science, 10(2), 88-98.
8. นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2555). วิธีการที่ถูกต้องและทันสมัยในการกำหนดขนาดตัวอย่าง. เอกสารประกอบการบรรยายในโครงการ Research Zone. จัดโดยศูนย์การเรียนรู้ทางการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.). วันที่ 26 มกราคม 2555 เวลา 9.00 -12.00 น. Retrieved November 1, 2015, from <http://llskill.com/web/files/GPower.pdf>, 1-20.
9. Cobb, Schafer. et al. (1976). The health related function of social support. Journal of Behavioral Medicine. 4: 381- 405.
10. Rosenbaum, M. (1990). Learned resourcefulness: On coping skills, self-control, and adaptive behavior. New York: Springer.

11. ชูติเดช เจียนดอน. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 41 (3): 229-239.
12. ทศนีย์ เกริกกุลธร. (2536). การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล เมืองสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
13. Huang, C.Y. et al. (2010). Learned Resourcefulness, Quality of life, and Depressive Symptoms for Patients With Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 37(4), E280-E287.
14. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, ปิรทรรศ ศิลปะกิจ และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2540). แบบสัมภาษณ์เรื่องชีวิตคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทยชุดย่อ (WHOQOL_BREF_THAI). กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. Retrieved January 20, 2015, from <http://www.dmh.go.th/test/whoqol/download/view.asp?id=17>.
15. Hongthong, D. et al. (2015). Factors Influencing the Quality of life Among Thai Older People in a Rural Area of Thailand. *Iran Journal Public Health*, 44(4), 479-485.
16. อารดา อีร์เกียรติกัจกร. (2554). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *Veridian E-Journal Silpakorn University*, 4: 1-19.
17. Imanishi, M., Tomahisa, H., & Higaki, K. (2015). Quality of life in elderly people at the start of using in - home care. *Springer Plus Journal*, 381(4), 1-7.
18. Aodeng, S. et al. (2015). Quality of life of the community-dwelling elderly and associated factors: A population-based study in urban areas of China. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60(2), 311-316.
19. Dong, X.L., Chen, R., Simon, & M.A. (2014). Anxiety Among Community-Dwelling U.S. Chinese Older Adults. *Journal Gerontol A Biol Sciences: Medical Sciences*, 69(2), 61-67.
20. สมพร โพธินาม และคณะ. (2552). การศึกษาผู้สูงอายุไทย บริบทของจังหวัดมหาสารคาม. วารสารศรีนครินทร์เวชสาร. 24(3): 197-205.
21. ทวีชัย เชสูงเนิน และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2554). ความอยู่ดีมีสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสมาคมข้าราชการบำนาญและผู้นำและผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น. วารสารศรีนครินทร์. 26(Suppl): 190-194.
22. วารี กังใจ. (2541). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2541: 13-20.
23. ชูติไกร ตันติชัยวนิช. (2551). ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระนอง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาสารสาธาณสุขศาสตร์). มหาวิทยาลัยมหิดล.
24. ภูริชญา เทพศิริ. (2555). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลทองหลาง อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา: 124-132.
25. Cao, M.J, Guo, X.L., Yu, H., Chen, L.Y., & McDonald, T.A. (2014). Chineses community-dwelling elder' s need: promotion ageing in place. *International Nursing Review*, 61(3), 327-335.
26. Zauszniewski, J.A. (1997). Teaching Resourcefulness Skills to Older Adults. *Journal Gerontological Nursing*, 23(2), 14-20.