



ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
โดยการมีส่วนร่วมแบบบูรณาการของครอบครัวและชุมชน จังหวัดมหาสารคาม
Factors affecting the quality of life of the elderly
by the integrated participation of family and community at Maha Sarakham Province.

อรนุช วงศ์วัฒนาเสถียร¹ มณฑิรา จันทาวรีย์² อนวัติ ชัยเกียรติธรรม³
ปิยะณัฐกร จันทาวรีย์⁴ กิจปพน ศรีธานี⁵ วรวิษา ตรีสุนย์⁶ ณิชฎา บรเทพา⁷
E-mail: nitaya.bu@rmu.ac.th
โทรศัพท์: 06-2876-8658

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา พฤติกรรม และปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมแบบบูรณาการของครอบครัวและชุมชน จังหวัดมหาสารคาม เป็นวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 216 คน โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Spearman rank correlation coefficient และ Pearson correlation coefficient ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิต โดยรวม อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ ($\bar{X}=87.88$, S.D.=5.47) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านร่างกาย ($\bar{X}=23.44$, S.D.= 2.22) อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ ด้านจิตใจ ($\bar{X}=21.62$, S.D.=2.00) อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\bar{X}=11.94$, S.D.= 1.99) อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตดี และด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}=30.87$, S.D.= 3.24) อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่ดี การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของสเปียร์แมน พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.25 (p-value <0.001) กล่าวคือ ความรู้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า พฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระดับน้อยมาก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.05 (p = 0.389) กล่าวคือ พฤติกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, การบูรณาการครอบครัวและชุมชน



Abstract

The purpose of this research was to study behaviors and factors affecting the quality of life of the elderly by the integrated participation of family and community at Maha Sarakham Province. The research was a quantitative research using a questionnaire. The sample group consisted of 216 elderly people aged 60 years. The statistic used were frequency, percentage, mean, standard deviation, Spearman rank correlation coefficient and Pearson correlation coefficient. The results showed that most of the elderly had overall quality of life at the moderate level (\bar{X} =87.88, S.D.=5.47). When considered individually, it was found that the physical aspect (\bar{X} =23.44, S.D.= 2.22) was moderate quality of life. Mental aspect (\bar{X} =21.62, S.D.=2.00) was moderate quality of life. Social relations aspect (\bar{X} =11.94, S.D.= 1.99) was at the level of good quality of life. And environment aspect (\bar{X} =30.87, S.D.= 3.24) was at the level of good quality of life. Spearman's correlation analysis, it was found that knowledge had a positive correlation with the quality of life of the elderly at a low level. There was a statistical significance at the .05 level with a correlation coefficient of 0.25 (p-value <0.001), that is, knowledge was related to the quality of life of the elderly. Pearson's correlation analysis, it was found that behavior had a very low level of positive correlation with the quality of life of the elderly. There was no statistical significance at the .05 level with a correlation coefficient of 0.05 (p = 0.389), that is, the behavior had no relationship with the quality of life of the elderly.

Keywords: Quality of life, the elderly, family and community integration

^{1,2,5,6} อาจารย์ประจำ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

³ อาจารย์ประจำ สาขาวิชาภาษาอังกฤษ คณะมนุษยศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

⁴ อาจารย์ประจำ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

⁷ Co-responding อาจารย์ประจำ สาขาวิชาสถิติศาสตร์ประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

1. บทนำ

“ผู้สูงอายุ” เป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก โดยจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกและองค์การสหประชาชาติพบว่า ประชากรผู้สูงอายุจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าตัวในช่วงปี ค.ศ. 2013-2050 (World Health Organization, 2017; United Nations, 2013) ส่วนในประเทศไทยจากสถิติในปีพ.ศ. 2560 มีประชากรสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 17 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งจังหวัดมหาสารคาม เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีอัตราผู้สูงอายุ 5 อันดับแรก โดยมีอัตราร้อยละ 24.40 ซึ่งจัดว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้ว จึงมีแนวทางในการดำเนินการด้านผู้สูงอายุตามแผนพัฒนาจังหวัดมหาสารคาม 4 ปี (2561 - 2564) ในประเด็นยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ยุทธศาสตร์ที่ 4 ระบุว่า การเสริมสร้างและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน และสังคมมหาสารคามให้เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้มีความเข้มแข็ง มีภูมิคุ้มกันสามารถดำรงชีวิตตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ว่า ประชาชนมีโอกาสทางสังคม มีภูมิคุ้มกัน ช่วยเหลือตนเองได้ โดยเน้นการขับเคลื่อนในมิติการพัฒนา ป้องกัน ในลักษณะการสร้างโอกาส พร้อมกับเสริมศักยภาพไปที่ตัวคน ครอบครัวและชุมชน (สำนักงานจังหวัดมหาสารคาม, 2563)

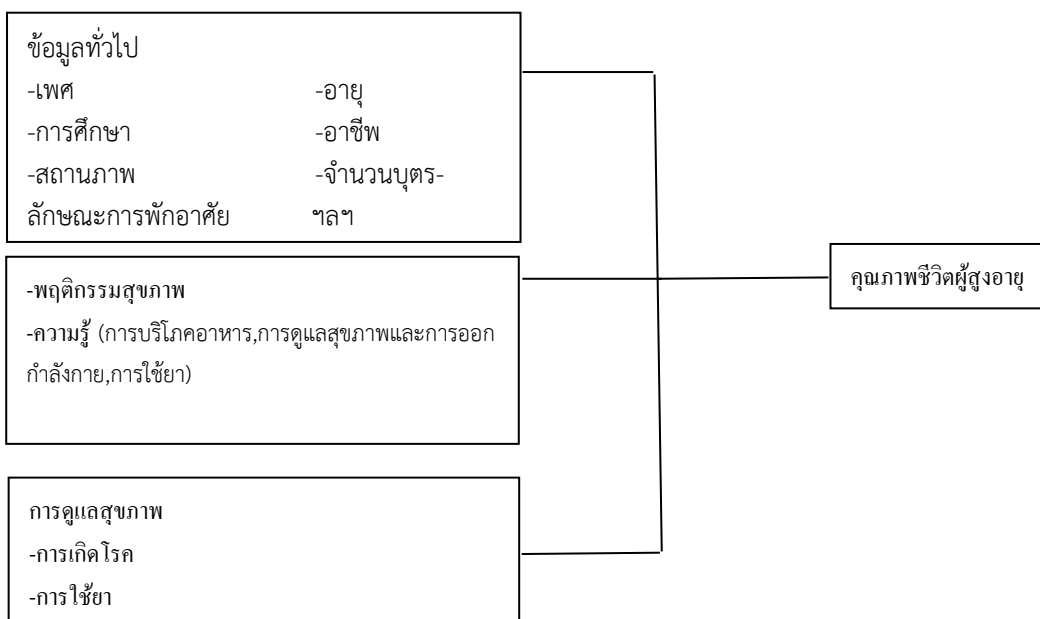
โดยคุณภาพชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับระดับของการมีชีวิตที่ดีและการมีสุขภาวะที่ดีทั้งในด้านร่างกาย สุขภาพจิต อารมณ์และการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมของบุคคล (Baernholdt, Hinton, Yan, Rose, & Mattos, 2012) ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของบุคคลจึงได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ การมีความสัมพันธ์อันดีกับครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ โดยความสัมพันธ์อันดีนั้นจะเกิดขึ้นจากการที่ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความเชื่อมโยงระหว่างตนเองกับเครือข่ายทางสังคมของตนและมีความรู้สึว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ได้รับความรักและการยอมรับจากบุคคลอื่น ตลอดจนได้รับความเคารพและมีคุณค่ากับบุคคลอื่น (Fu, Anderson, Courtney, & Hu, 2007)

จากสถานการณ์ปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพิ่มมากขึ้นดังที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อาศัยการมีส่วนร่วมแบบบูรณาการของครอบครัวและชุมชน จังหวัดมหาสารคาม โดยมีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งบุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น อันจะเป็นการส่งเสริมสู่การเตรียมความพร้อมสำหรับสังคมผู้สูงอายุ และช่วยลดภาระกิจในการดูแลผู้สูงอายุให้กับภาครัฐอีกทางหนึ่งด้วย

2. วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมแบบบูรณาการของครอบครัวและชุมชน
- 2.2 เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดย ด้วยการมีส่วนร่วมแบบบูรณาการของครอบครัวและชุมชน
- 2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมแบบบูรณาการของครอบครัวและชุมชน

3. กรอบการวิจัย



**ด้านขอบเขต**

1.1 ด้านประชากร (Population) คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ของจังหวัด มหาสารคาม จำนวน 70,067 คน (สำนักงานสถิติ จังหวัดมหาสารคาม, 2563)

1.1.1 กลุ่มตัวอย่าง (Sample) ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตัวอย่าง แบบแบ่งสัดส่วนตามการแบ่งเขตพื้นที่ เป็น ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 216 คน โดยใช้สูตร ของ Krejcie and Morgan (Krejcie, R. V. & Morgan, D. W., 1970)

2. ด้านเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ สร้างแบบสอบถามโดยใช้ทฤษฎีจากกรอบแนวคิดต่าง ๆ ซึ่งให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมเนื้อหา แล้วนำไปหาค่าความเที่ยงตรงโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC มีค่าไม่ต่ำกว่า 0.50 - 1.00 (บุญชม ศรีสะอาด, 2556) ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลนำไปทดลองใช้กับกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่ตัวอย่าง จำนวน 30 คน และได้หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach, L. J., 1990) เท่ากับ 0.96 และจัดทำแบบสอบถาม ฉบับสมบูรณ์แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป, ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ, ส่วนที่ 3 การเกิดโรค, ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชน ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมเนื้อหา แล้วนำไปหาค่าความเที่ยงตรงโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC มีค่าไม่ต่ำกว่า 0.50 - 1.00 (บุญชม ศรีสะอาด, 2556) ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลนำไปทดลองใช้กับกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่ตัวอย่าง จำนวน 30 คน และได้หาค่า ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach, L. J., 1990) เท่ากับ 0.98

4. คำจำกัดความ

1. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง พฤติกรรมการปรับตัวบนวิถีชีวิตใหม่ และได้นำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) มาใช้เป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำนวน 26 ข้อ

2. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ของจังหวัด มหาสารคาม

ผลการวิจัย**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างด้านข้อมูลทั่วไป (n = 216)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	80	37.00
หญิง	136	63.00
2. อายุ (ปี)		
60 - 69	83	38.42
70 - 79	70	32.41
80 - 89	59	27.31
90 ปีขึ้นไป	4	1.86
3.ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	191	88.40
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	3.20
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	9	4.20
อนุปริญญา / ปวส.	4	1.90
ปริญญาตรี	5	2.30
4. อาชีพ		
เกษตรกร	89	41.20
รับจ้างทั่วไป	27	12.50
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	10	4.60



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	4	1.90
อยู่บ้านไม่ได้มีอาชีพ/ทำงานบ้าน	86	39.80
5. แหล่งที่มาของรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) [ประกอบอาชีพของตนเอง]		
ไม่ใช่	143	66.20
ใช่	73	33.80
7. ศาสนา		
พุทธ	216	100.0
8. สถานภาพสมรส		
โสด	14	6.50
อยู่กับคู่สมรส	141	65.30
แยกกันอยู่	3	1.40
หม้าย	52	24.10
หย่าร้าง	6	2.80
9. จำนวนบุตร		
ไม่มี	17	7.90
มี	199	92.10
10. ลักษณะการพักอาศัย		
อยู่ลำพัง	16	7.40
อยู่ร่วมกับผู้อื่น	200	92.60
11. อยู่ร่วมกับผู้อื่น จำนวนคนในบ้านกี่คน เป็นใครบ้าง		
1 – 3 คน	145	67.10
4 – 6 คน	55	25.50
7 – 9 คน	16	7.40
11.1 บุตรสาว/ชาย กี่คน		
0	119	55.10
1	68	31.50
2	26	12.00
3	3	1.40
11.2 ลูกเขย/ลูกสะใภ้ กี่คน		
0	176	81.50
1	35	16.20
2	4	1.90
4	1	0.50
11.3 หลานกี่คน		
0	135	62.50
1	41	19.00
2	31	14.40
3	8	3.70
4	1	.5
11.4 อยู่ร่วมกับคู่สมรสหรือไม่		
ไม่อยู่ร่วม	75	34.7



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อยู่ร่วม	141	65.3
11.5 อยู่ร่วมกับผู้อื่น โปรตระกูล		
0	211	97.7
1	3	1.4
2	2	.9
12. สถานภาพในบ้าน		
เจ้าบ้าน	141	65.3
ผู้อาศัย	75	34.7
13. ผู้ดูแล		
ไม่มี	10	4.6
มี	206	95.4
14. พื้นที่ที่ผู้สูงอายุใช้เวลามากที่สุด		
ห้องนอน	8	3.7
ห้องนั่งเล่น	39	18.1
ห้องครัว	1	0.5
นอกชาน	137	63.4
ในสวน	10	4.6
กระต๊อบ	15	6.9
ที่ทำงาน	4	1.9
ได้ร่มไม้	2	0.9

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.00 อายุอยู่ระหว่าง 60 – 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.42 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 88.40 อาชีพคือเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 41.20 ลักษณะการพักอาศัยอยู่ร่วมกับผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 92.60

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 216)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
1. ปกติท่านออกกำลังกายโดยวิธีอะไร		
ไม่ออกกำลังกาย	40	18.50
ออกกำลังกาย	176	81.50
(ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)		
1.1 ออกกำลังกาย [เดิน]	146	67.60
1.2 ออกกำลังกาย [ยืดเหยียด]	68	31.50
1.3 ออกกำลังกาย [แกว่งแขน]	52	24.10
1.4 ออกกำลังกาย [ไท้ชี่ง/ไทเก๊ก/มวยจีน/โยคะ]	1	0.50
1.5 ออกกำลังกาย [ไม้พองปั๊มนม]	1	0.50
1.5 ออกกำลังกาย [ยางยืด]	1	0.50
1.6 ออกกำลังกาย [ตารางเก้าช่อง]	0	0



พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
1.7 ออกกำลังกาย [วิ่ง]	10	4.60
1.8 ออกกำลังกาย [ปั่นจักรยาน]	18	8.30
3. ท่านรับประทานผักวันละกี่ทัพพี		
ไม่รับประทาน	1	0.50
ไม่เกิน 20 คำ	108	50.00
21-40 คำ	101	46.80
มากกว่า 40 คำ	6	2.80
4. ท่านแปรงฟันก่อนนอนหรือไม่		
ไม่แปรง เพราะไม่มีฟันแท้เหลือ	40	18.50
แปรงฟันก่อนนอนบ้าง ไม่แปรงบ้าง เป็นบางวัน	55	25.50
แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน	121	56.00
5. ท่านสูบบุหรี่ หรือยาเส้นหรือไม่		
ไม่เคยสูบ	188	87.00
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	7	3.20
ยังสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน	21	9.70
6. ปัจจุบันท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่		
ไม่ดื่ม	168	77.80
ดื่มเฉพาะเทศกาลหรือวันพิเศษ	36	16.70
ดื่มเป็นประจำ	12	5.60
7. ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านนอนหลับโดยส่วนใหญ่คืนละกี่ชั่วโมง		
น้อยกว่า 5 ชั่วโมง/คืน	16	7.40
5 – 6 ชั่วโมง/คืน	81	37.50
7 – 8 ชั่วโมง/คืน	119	55.10
8. ท่านดื่มน้ำอย่างต่ำ 8 แก้ว/วัน บ่อยแค่ไหนในหนึ่งสัปดาห์		
1-3 วัน ในหนึ่งสัปดาห์	2	0.90
4-6 วัน ในหนึ่งสัปดาห์	78	36.10
7 วัน ในหนึ่งสัปดาห์	136	63.00
9. เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วย ท่านสามารถดูแลตนเองได้ เช่น สามารถกินยาสามัญประจำบ้านได้ ด้วยตนเอง และเมื่อไม่ดีขึ้นสามารถไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล หรือ รพ.สต. ได้		
ทำได้ทุกครั้ง	112	51.90
ทำได้บางครั้ง	93	43.10
ทำไม่ได้เลย	11	5.10

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ออกกำลังกาย ร้อยละ 81. 50 ส่วนใหญ่ออกกำลังกาย [เดิน] จำนวน 146 คน ร้อยละ 67.60



รับประทานผักวันละ 20 คำ จำนวน 108 ร้อยละ 50.00 แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน จำนวน 121 คน ร้อยละ 56.00 ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ จำนวน 188 คน ร้อยละ 87.00 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 168 คน ร้อยละ 77.80

ส่วนที่ 3 ความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างด้านความรู้รวมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 216)

ความรู้รวมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับปานกลาง (คะแนน 10 – 20)	85	39.40
ความรู้ระดับสูง (คะแนน 21 – 30)	131	60.60

จากตารางที่ 3 พบว่า ระดับความรู้รวม ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง (คะแนน 21 – 30) จำนวน 131 คน เป็นร้อยละ 60.60

ส่วนที่ 3 ความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างด้านความรู้รายด้านในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 216)

ความรู้รายด้านในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการบริโภคอาหาร		
ระดับปานกลาง (คะแนน 10 – 20)	78	36.11
ระดับสูง (คะแนน 21 – 30)	138	63.89
ด้านการดูแลสุขภาพและการออกกำลังกาย		
ระดับปานกลาง (คะแนน 10 – 20)	104	48.15
ระดับสูง (คะแนน 21 – 30)	112	51.85
ด้านการใช้ยา		
ระดับปานกลาง (คะแนน 10 – 20)	89	41.21
ระดับสูง (คะแนน 21 – 30)	127	58.79

จากตารางที่ 4 พบว่า ระดับความรู้รายด้าน ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูง (คะแนน 21 – 30) จำนวน 138 ร้อยละ 63.89 ด้านการดูแลสุขภาพและการออกกำลังกาย อยู่ในระดับสูง (คะแนน 21 – 30) จำนวน 112 ร้อยละ 51.85 ด้านการใช้ยา อยู่ในระดับสูง (คะแนน 21 – 30) จำนวน 127 ร้อยละ 58.79

ส่วนที่ 4 การเกิดโรคของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างด้านการเกิดโรคของผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ (n = 216)

การเกิดโรคของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
4.1 ด้านการดูแลรักษาสุขภาพ		
1. สุขภาพของท่านโดยทั่วไป		
ไม่ดีเลย	6	2.8
พอใช้ได้	46	21.3
ดี	65	30.1
ดีมาก	66	30.6
ดีเยี่ยม	33	15.3
2. สุขภาพของท่านเป็นอย่างไรเมื่อเทียบกับปีที่แล้ว		
แย่กว่าปีที่แล้วมาก	13	6.0
แย่กว่าปีที่แล้วเล็กน้อย	57	26.4
พอๆ กับปีที่แล้ว	107	49.5
ดีขึ้นกว่าปีที่แล้วเล็กน้อย	32	14.8
ดีขึ้นกว่าปีที่แล้วมาก	7	3.2



การเกิดโรคของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
3. สุขภาพของท่านเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน		
แย่กว่าเพื่อนรุ่นเดียวกัน	28	13.0
เท่ากับเพื่อนรุ่นเดียวกัน	95	44.0
ดีกว่าเพื่อนรุ่นเดียวกัน	93	43.1
4. จำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ (ADL)		
กลุ่มติดสังคม	149	69.0
กลุ่มติดบ้าน	65	30.1
กลุ่มติดเตียง	2	.9

จากตารางที่ 5 พบว่า ด้านการดูแลสุขภาพสุขภาพ 1. สุขภาพโดยทั่วไปดีมาก จำนวน 66 คน ร้อยละ 30.6 2. สุขภาพเมื่อเทียบกับปีที่แล้ว จำนวน 107 คน ร้อยละ 49.5 3. สุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน จำนวน 95 คน ร้อยละ 44.0 4. จำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ (ADL) จำนวน 149 คน ร้อยละ 69.0

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL- BREF - THAI)

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (n = 216)

คุณภาพชีวิต	\bar{x}	S.D.	แปลผล
ด้านร่างกาย	23.44	2.22	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ
ด้านจิตใจ	21.62	22.00	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	11.94	1.99	คุณภาพชีวิตที่ดี
ด้านสิ่งแวดล้อม	30.87	3.24	คุณภาพชีวิตที่ดี
คุณภาพชีวิตโดยรวม	87.88	5.47	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์หาปัจจัย มีการใช้สถิติทั้ง Parametric และ nonparametric เนื่องจากบางข้อมูลการกระจายของข้อมูลไม่กระจายแบบปกติ และมีการจัดกลุ่มตัวแปรใหม่ (category)

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (n = 216)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้		
สูง (>80 %)	44	20.37
ปานกลาง (60-79 %)	125	57.87
ต่ำ (<60 %)	47	21.76
พฤติกรรม		
มาก (>18 คะแนน)	66	30.56
ปานกลาง (14-18 คะแนน)	131	60.65
น้อย (<14 คะแนน)	19	8.80
คุณภาพชีวิต		
ดี (>96 คะแนน)	97	44.91
ปานกลาง (61-95 คะแนน)	106	49.07
ต่ำ (<61 คะแนน)	13	6.02

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ พฤติกรรมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n = 216)

ตัวแปร	Bivariate normality		QOL		
	D-H	p-value	R	95% CI of R	p-value
ความรู้	14.21	0.006	0.25 ^(S)	0.12 to 0.37	<0.001
พฤติกรรม	8.32	0.080	0.05 ^(P)	-0.07 to 0.19	0.389

^(S) Spearman rank correlation coefficient, ^(P) Pearson correlation coefficient

ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของสเปียร์แมน พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.25 (p-value <0.001) กล่าวคือ ความรู้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า พฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระดับน้อยมาก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.05 (p = 0.389) กล่าวคือ พฤติกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

บทสรุป

ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวมากขึ้น และอายุเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นทำให้อัตราการตายของประชากรลดลงการตระหนักถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และให้ความช่วยเหลือ เช่นการให้บริการด้านสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญที่ลูกหลานหรือคนในครอบครัวที่จะตระหนักและพิจารณาในจุดนี้ด้วยว่าควรจะเป็นอย่างไร เนื่องจากเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วย่อมมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ปัญหาทางด้านจิตใจความจำ การเรียนรู้ สิ่งต่างๆเหล่านี้จะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมทั้งสิ้น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในรูปของการเสื่อมถอยมากกว่าการเจริญเติบโต แต่จะมากหรือน้อยจะช้าหรือเร็ว ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น พันธุกรรม สภาพแวดล้อม และโภชนาการของแต่ละบุคคล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (กองทุน) ที่อุดหนุนการทำกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ให้กับมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม และสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามที่สนับสนุนทุนการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

บุญชม ศรีสะอาด. (2556). วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย เล่ม 2. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาการพิมพ์

สำนักงานสถิติ จังหวัดมหาสารคาม. (2563). ชุดข้อมูลพื้นฐาน (ผู้สูงอายุ) จังหวัดมหาสารคาม. มหาสารคาม:

สำนักงานสถิติมหาสารคาม.

United Nations. (2013). **World population ageing 2013**. Department of Economic and Social Affairs Population Division. New York.

Baernholdt, M., Hinton, I., Yan, G., Rose, K., & Mattos, M. (2012). Factors associated with quality of life in older adults in the United States. **Quality of Life Research**. 21(3), 527-534.

Fu, S. Y., Anderson, D., Courtney, M., & Hu, W. (2007). The relationship between culture, attitude, social networks and quality of life in midlife Australian and Taiwanese citizens. **Maturitas**. 58(3), 285-295.

Cronbach, L. J. (1990). *Essentials of psychological testing*. (5th ed.). New York: Harper Collins. Publishers.

Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3). 607-610.