

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครปฐม

FACTORS ASSOCIATED WITH THE QUALITY OF THE LIFE OF SENIOR CITIZENS
IN NAKORNPATHOM PROVINCE

11

ปณิชา แดงอุบล*

สุจิตรา จันทวงษ์*

ประยงค์ นะเชิณ**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในกลุ่มปัจจัยทางสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (2) วิเคราะห์ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และ (3) สร้างสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มี อายุ 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดนครปฐม จำนวน 400 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อความ 5 ส่วน ส่วนที่ 1 ปัจจัยทางสังคม ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางปัจจัยนำ ส่วนที่ 3 ข้อมูลทางปัจจัยเอื้อ ส่วนที่ 4 ข้อมูลทางปัจจัยเสริม และส่วนที่ 5 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีความเชื่อมั่น ตั้งแต่ .776 ถึง .875 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยทางสังคม 5 ตัวแปร กลุ่มปัจจัยนำ 6 ตัวแปร กลุ่มปัจจัยเอื้อ 2 ตัวแปร และปัจจัยเสริม 2 ตัวแปร รวม 15 ตัวแปร มีความสัมพันธ์กันในเชิงเส้นตรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 13.289$, $p = .000$) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .585 แสดงว่า ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 15 ตัวร่วมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 34.20 และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ 2.403 ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีทั้งหมด 6 ตัวแปร ได้แก่ ความเชื่อความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (X7), ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ (X6), อาชีพ (X5), การรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีคุณภาพชีวิตดี (X11), สถานภาพสมรส (X3) และอายุ (X2) โดยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .556 ตัวแปรพยากรณ์ชุดนี้ร่วมกันสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ร้อยละ 31.000 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ เท่ากับ 2.432 สมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในรูปคะแนนดิบ และคะแนนมาตรฐานเขียนได้ดังนี้

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$Y' = .29.142 + .087 X7 + .421 X6 + 1.047 X5 + .135 X11 + .710 X3 - .133 X2$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z'y = .247 Z7 + .233 Z6 + .141 Z5 + .228 Z11 + .089 Z3 - .316 Z2$$

ABSTRACT

The purposes of this study were: 1) to examine the factors related to social people factors, leading factors, enabling factors and reinforcing factors and quality of the lives of senior people, 2) to analyze good predictors of quality of the elderly's lives, and 3) to establish the regression equation forms for the quality of the elderly's lives in Nakornpathom province. The samples of this study were 400 elderly people aged 60 years old and over in Nakornpathom province, selected by means of multi-staged random sampling method. The instrument used in data collection was a five-scale rating survey questionnaire consisting of five parts: Part 1 was a check list on social factors; Part 2 leading factors; Part 3 enabling factors; Part 4 reinforcing factors; and Part 5 quality of the elderly's lives. The reliability value ranged from 0.776 to 0.875. The statistical procedures for data analysis were percentage, mean, standard deviation, sample correlation analysis and multiple regression analysis. All of which were calculated through a computer program.

The research findings were as follows:

Social factors, leading factors, enabling factors, and reinforcing factors to practice were found to have a linear correlation with the quality of the elderly's lives with, the multiple correlation coefficients at 0.585. This shows that the predictors could together explain the variation in the quality of life of the elderly by 34.20 percent of accuracy with the standard error of prediction at 2.403. Predictors of good quality of life of senior citizens included five variables: self-belief in own ability on having good quality of life (X7), knowledge of elderly (X6), occupation (X5), perceived obstacle of owning quality of life (X11), marriage status (X3), and age (X2) with multiple correlation coefficient of 0.556. This set of predictors is able to forecast the quality of life of the elderly by 31.000 percent of accuracy with the standard error of prediction of 2.432. The regression equation of the quality life of the elderly by risk group in Nakornpathom province explained in row and standard scores were as follows:

Row score:

$$Y' = .29.142 + .087 X7 + .421 X6 + 1.047 X5 + .135 X11 + .710 X3 - .133 X2$$

Standard score:

$$Z'y = .247 Z7 + .233 Z6 + .141 Z5 + .228 Z11 + .089 Z3 - .316 Z2$$

ภูมิหลัง

การเป็นผู้สูงอายุ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติซึ่งไม่ใช่โรคแต่เป็นไปตามวัยขึ้นอยู่กับกรรมพันธุ์ สิ่งแวดล้อม จากจำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุโลกได้มีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ เพราะนอกจากจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นแล้วยังมีอายุยืนยาวมากกว่าเดิม จากการประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุโลกที่กรุงเวียนนาประเทศออสเตรีย ใน พ.ศ.2525 ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และได้มีการวางแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับผู้สูงอายุขึ้นเป็นแนวทางให้กับประเทศต่างๆ นำไปทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งผู้สูงอายุโลกใน พ.ศ.2542 ประมาณมากกว่า 600 ล้านคน จากประชากรโลกทั้งหมดเกือบ 6,000 ล้านคน หรือร้อยละ 10 แต่ในอีกประมาณ 50 ปี ข้างหน้า (พ.ศ.2593) ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มกว่า 3 เท่าของปัจจุบัน (นภาพร ชัยวรรณ, 2542 : 46)

ปัจจุบัน ประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยมีการเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็ว ทำให้โครงสร้างประชากรของประเทศกำลังเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะประชากรผู้สูงอายุ หรือเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและสังคมเมือง ประเทศไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 7.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.3 ของประชากรทั้งประเทศ และในอนาคตผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นในเชิงสัดส่วนทั้งในแง่ของการเพิ่มขึ้นของอายุคาดหมาย สืบเนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าในเรื่องเทคโนโลยีทางการแพทย์และระบบสาธารณสุข ทำให้ประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุไทยต้องเผชิญกับปัญหาและภาวะเสี่ยงในการดำรงชีวิตด้านต่างๆ หลายประการ เช่น ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยคือจะมีร่างกายอ่อนแอลง มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อาการสมองเสื่อม โรคข้อเสื่อม ภาวะอุบัติเหตุ เป็นต้น ปัญหาเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้น้อยหรือไม่มีรายได้ ต้องเผชิญกับภาวะยากไร้ มีผู้สูงอายุไทยประมาณ 1.14 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุยากจน ต้องประสบกับภาวะยากลำบากในการดำรงชีวิต ปัญหาภาวะเสี่ยงด้านสังคม ขาดผู้ดูแลทำให้ต้องอยู่คนเดียวจำนวนสูงถึงร้อยละ 7.7 (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2552 : 3-4)

จากรายงานการคาดประมาณการประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2555 ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคมพบว่า ประชากรผู้สูงอายุไทยมีถึง 8.1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.6 ของประชากรทั้งประเทศที่มีอยู่ประมาณ 64.4 ล้านคน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2555 : 1) แสดงว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว การเปลี่ยนเป็นประชากรสูงวัยของไทยนั้นเกิดขึ้นในระยะเวลาที่สั้นมาก โดยอัตราการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็วนี้ สาเหตุหลักทางประชากร คือ การลดอัตราการเจริญพันธุ์หรืออัตราการเกิดอย่างรวดเร็วจากการที่สตรีคนหนึ่งมีบุตรโดยเฉลี่ยลดลงเหลือ 4 คน ในช่วงทศวรรษ 2520 และในปัจจุบันลดลงเหลือประมาณ 1.6 คนต่อสตรี 1 คน ส่งผลให้สัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5 ในปี 2493 เป็นเกือบร้อยละ 11 ในปัจจุบัน และประชากรในวัยแรงงาน ซึ่งเป็นฐานที่สำคัญในการผลิตและเกื้อหนุน ทั้งทางตรงและทางอ้อม มีแนวโน้มลดลงโดยตลอด และคาดว่าจะลดลงไปอีกในอนาคต จากประชากรวัยแรงงานประมาณ 9 คนที่สามารถให้การดูแลเกื้อหนุนที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป 1 คน ในปัจจุบัน เหลือเพียง 3 คน ต่อผู้สูงอายุหนึ่งคนในปี พ.ศ.2583 (เช่นดา วิชชาวุธ, 2553 : 9) การที่ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ นับเป็นปรากฏการณ์ใหม่ที่คาดว่าจะส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ในสังคมไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลและระบบสวัสดิการผู้สูงอายุ ซึ่งสถานการณ์นี้ได้เป็นแรงผลักดันให้ต้องมีการพัฒนานวัตกรรมความรู้ใหม่และเพื่อให้สามารถรองรับกับสถานการณ์ของปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยมีเป้าหมายที่จะให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถทำคุณประโยชน์ให้กับตัวเอง ครอบครัวและประเทศชาติ

กระแสโลกาภิวัตน์ในยุคปัจจุบัน มีการข้ามผ่านวัฒนธรรมจากโลกหนึ่งสู่อีกโลกหนึ่ง ส่งผลให้สถาบันครอบครัวไทย รับวัฒนธรรมต่างชาติเข้ามามีอิทธิพลและปฏิบัติ ละทิ้งครอบครัว มาใช้ชีวิตต่างถิ่น เพื่อแสวงหาความเจริญ ความร่ำรวย ความทันสมัยตามแนวคิดแบบชาตินิยมตะวันตก ขนาดครอบครัวเล็กลง จากที่เคยอยู่กันพร้อมหน้า เหลือเพียงอาศัยอยู่กับคู่สมรสเพียงลำพัง โดยไม่มีบุตรอาศัยอยู่ด้วย (เยาวลักษณ์ ปรีกษ์ขาม. 2549 : 200-201) ซึ่งครอบครัวมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุ เป็นแหล่งแรงสนับสนุนทางด้านสังคม ทั้งด้านอารมณ์ (Emotional support) ข้อมูลข่าวสาร (Informational support) ทรัพยากร (Instrumental aids) และการยอมรับ (Affirmation) (Pender, N.J., Murdaugh, C.L. and Parsons, M.A., 2002) เช่น กำลังร่างกาย เงิน สิ่งของเครื่องใช้ในชีวิตประจำวัน คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ รวมถึงกำลังใจในการดำเนินชีวิต อย่างไรก็ตาม การอาศัยอยู่กับครอบครัว ก็ไม่อาจเป็นหลักประกันได้ว่าผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลที่ดี ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่สัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวบกพร่อง อาจไม่ได้รับการดูแลตามที่ควรและการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชากรไทยใน ปี 2547 พบว่า โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ หอบหืด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง โลหิตจาง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไช้มนในเลือดสูง ไตวาย อัมพฤกษ์/อัมพาต วัณโรค และข้อเสื่อม และพบว่า ผู้สูงอายุจำนวนร้อยละ 87 มีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค โดยพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย และนอกจากนี้ยังพบอีกว่า ในคนๆ เดียวกันมีจำนวนโรคสูงสุดถึง 7 – 8 โรค (เยาวลักษณ์ ปรีกษ์ขาม. 2549 : 1) นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ปัญหาทางด้านจิตใจจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่พบบ่อยคือ ภาวะที่อยู่อย่างไร้บทบาทขาดความภูมิใจในตนเอง รู้สึกเหงาและว่าเหว่ มีความกังวลในเรื่องของการขาดคนดูแลในยามเจ็บป่วย (ศิริวรรณ ศิริบุญ. 2543 : 12)

สำหรับประเทศไทย พบว่ามีนโยบายรัฐและองค์กรต่างๆ ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเพื่อให้บรรลุคุณภาพชีวิตที่ดี นับตั้งแต่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ที่บัญญัติเรื่องสิทธิของผู้สูงอายุในหมวดสิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย และหน้าที่ของปวงชนชาวไทย รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ที่กล่าวถึงสิทธิเสรีภาพของบุคคลและหน้าที่ของรัฐที่พึงกระทำต่อผู้สูงอายุ ตลอดจนกฎหมายที่เกี่ยวข้องต่างๆ เช่น พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2552) ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564 (ฉบับปรับปรุงใหม่ 2552) ที่มีแผนและข้อกำหนดที่ผลักดันให้เกิดกิจกรรมส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุและสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ ให้มีความสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต และสังคม ถึงแม้จะมีนโยบายรัฐที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุบัญญัติไว้เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ในทางปฏิบัติความครอบคลุมและความเข้มข้นของการดูแลยังต่างกัน ตามศักยภาพของท้องถิ่นและชุมชน การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุยังมีปัญหาด้านคุณภาพของระบบบริการ โดยเฉพาะด้านสังคมที่ยังคงมีลักษณะแบบสังคมสงเคราะห์เป็นหลัก ขาดความเชื่อมโยงและต่อเนื่องที่เป็นระบบ ส่วนชุมชนที่มีบริการเป็นรูปธรรมทางด้านสุขภาพและสังคมที่ดีนั้นยังมีจำกัดมาก จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องพัฒนาให้มีความครอบคลุมและทั่วถึงทั่วประเทศ (สัมฤทธิ์ ศิริธรรมรังสรรค์และคณะ. 2550 : 22)

ด้วยเหตุผลความจำเป็นของการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรม ทำให้หน่วยงานรัฐซึ่งรับผิดชอบจัดสรรคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ประชาชนชาวไทย ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย จำเป็นต้องตระหนักและหาทางรับมือกับภาวะสังคมผู้สูงอายุมากขึ้น (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. 2552 : 8) การขาดการดูแลเกื้อหนุนจะยิ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุ และความมั่นคงของสังคมโดยรวม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2551 หน้า ๘) ความสำคัญของประเด็นผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนที่เพิ่มขึ้นเพียงอย่างเดียว หากแต่ต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอีกด้วย

คุณภาพชีวิต เป็น หลักที่สำคัญของการดำรงชีวิต ในด้านต่างๆ เช่น ด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ ซึ่งเป็นค่าเทียบเคียง ไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัวแน่นอน ทุกคนหรือทุกประเทศอาจกำหนดมาตรฐานต่างๆ กันไปตามความต้องการ และความต้องการคุณภาพชีวิตนี้ย่อมจะเปลี่ยนแปลงไปได้ตามกาลเวลาและกาลเทศะ (Chintana Leelakraiwan. 2007 : 12-32) ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นต้องเข้าถึงภาวะพุดมพลัง (Active Ageing) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน คือ การมีสุขภาพที่ดี (Health) การมีส่วนร่วมในสังคม (Participation) และการมีหลักประกันหรือความมั่นคง (Security) ในชีวิต โดยมีปัจจัยตัดขวาง (Cross-Cutting Determinant) ได้แก่ เพศและวัฒนธรรม เป็นตัวกำหนดอิทธิพลต่อยังปัจจัยอื่น และตัวกำหนดภาวะพุดมพลัง ได้แก่ 1) การบริการด้านสุขภาพและสังคม 2) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ 3) ปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพ 4) ปัจจัยทางสังคม 5) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคม (World Health Organization. 2002) การจัดบริการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต จำเป็นต้องมีข้อมูลพื้นฐาน การประเมินความต้องการจำเป็นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นำมาสู่แนวคิดการวางแผนพัฒนาชุมชนท้องถิ่นให้เกิดความเข้มแข็งในด้านต่างๆ สร้างกระบวนการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนให้เกิดความเข้มแข็งและสามารถช่วยเหลือตนเองได้

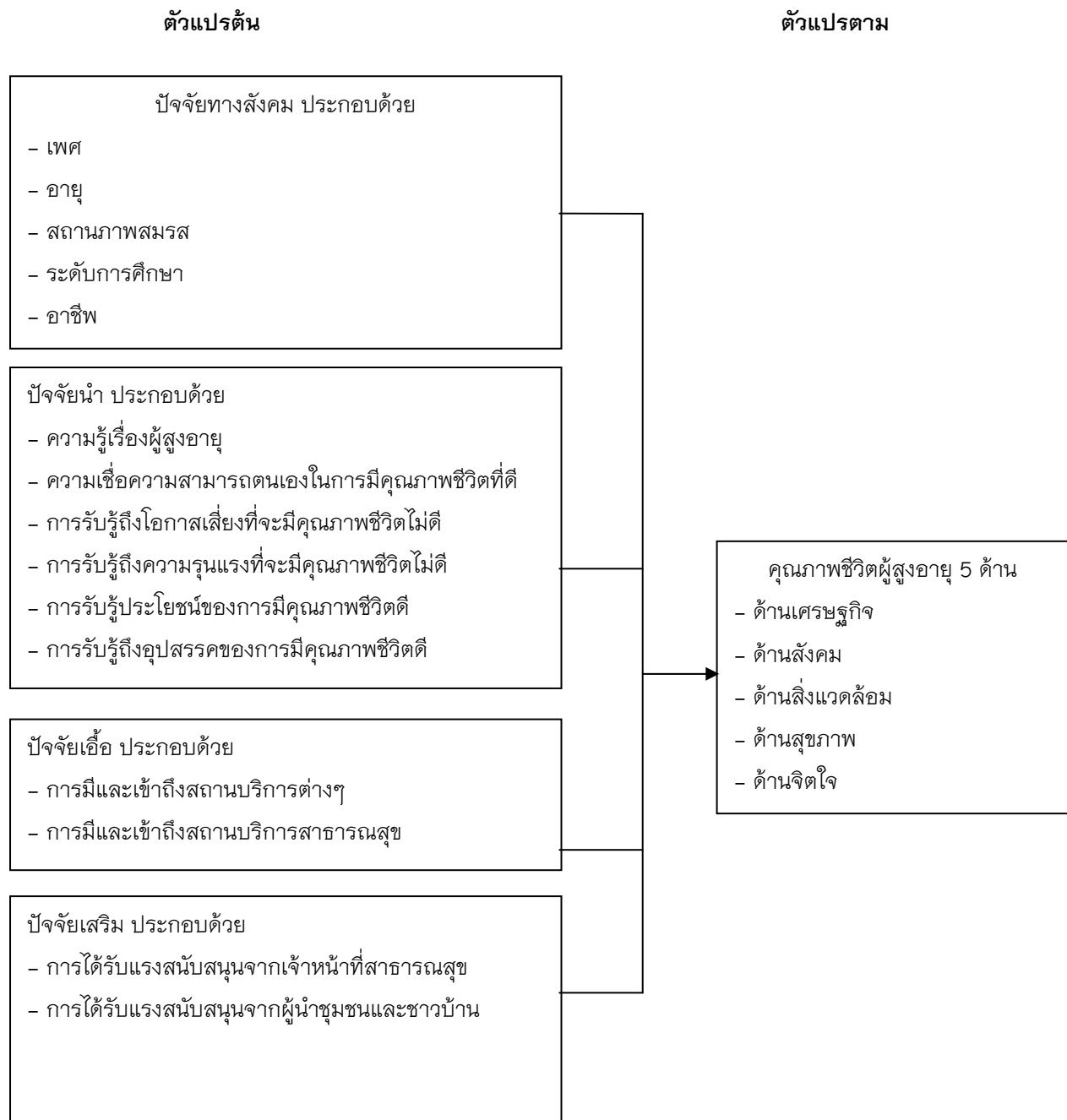
องค์การสหประชาชาติได้กำหนดเกณฑ์การก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุไว้ว่า สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 10 ขึ้นไป หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 7 ขึ้นไป ถือว่าสังคมนั้นได้ก้าวเข้าสู่ความเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society)

ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกฝ่ายจะต้องร่วมมือกันอย่างจริงจังทั้งภาครัฐและภาคเอกชน การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครปฐม เพื่อที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งในจังหวัดนครปฐมยังไม่เคยมีการวิจัยในเรื่องนี้มาก่อน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า มีความสุขและได้รับความคุ้มครองจากสังคม ตลอดจนสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางนโยบายและแผนการดำเนินงานที่เหมาะสมต่อไปในอนาคต

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในกลุ่มปัจจัยทางสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ ความเชื่อความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี การรับรู้ถึงความรุนแรงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีคุณภาพชีวิตดี การรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีคุณภาพชีวิตดี ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีและเข้าถึงสถานบริการต่างๆ การมีและเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับแรงสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและชาวบ้าน กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม
2. เพื่อวิเคราะห์ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครปฐม
3. เพื่อสร้างสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครปฐม

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation Research) ดำเนินการวิจัยโดยกำหนดประชากร สุ่มกลุ่มตัวอย่าง สร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีทะเบียนบ้านและพักอาศัยอยู่ในจังหวัดนครปฐม ปี 2556 จำนวน 109,646 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. 2556) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณตามวิธีของ Yamane (ธีรวิทย์ เอกะกุล. 2546 : 135) โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มได้ไม่เกินร้อยละ 5 มีค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 ตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi – stage random sampling) และการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) (ธีรวิทย์ เอกะกุล. 2546 : 124) โดยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. สุ่มเลือกอำเภอ 3 อำเภอจากอำเภอทั้งหมดในจังหวัดนครปฐม 7 อำเภอ
2. สุ่มเลือกตำบล 10 ตำบลจาก 3 อำเภอที่ถูกคัดเลือก
3. สุ่มเลือกหมู่บ้าน 10 หมู่บ้านจาก 10 ตำบลที่ถูกคัดเลือก
4. สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญหมู่บ้านละ 40 ตัวอย่างจาก 10 หมู่บ้านที่ถูกคัดเลือกถ้าหมู่บ้านใดมีกลุ่มตัวอย่างไม่ครบตามกำหนดให้คัดเลือกจากหมู่บ้านอื่นในตำบลเดียวกันจนกว่าจะได้ขนาดตัวอย่างครบตามต้องการ

ตาราง 1 แสดงประชากรกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดนครปฐม

อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	ขนาดตัวอย่าง
เมืองนครปฐม	พระปฐมเจดีย์	ชุมชนสนามจันทร์	40
เมืองนครปฐม	หนองปากโลง	ม.3	40
เมืองนครปฐม	บางแพ	ม.9	40
เมืองนครปฐม	หนองงูเห่ล้อม	ม.2	40
สามพราน	สามพราน	ม.8	40
สามพราน	คลองจินดา	ม.10	40
สามพราน	ตลาดจินดา	ม.3	40
กำแพงแสน	สระสี่มุม	ม.11	40
กำแพงแสน	ห้วยหมอนทอง	ม.7	40
กำแพงแสน	ทุ่งขวาง	ม.5	40
รวม			400

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ลักษณะและเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยทางสังคม เป็นแบบสำรวจ เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ เป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำลงในช่องว่าง มีจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางปัจจัยนำ มีลักษณะของคำถามมี 2 ตัวเลือกคือ ใช่ ไม่ใช่ ประกอบด้วย

- คำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องผู้สูงอายุใช้แบบทดสอบ คือ การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบในผู้สูงอายุ ความต้องการผู้สูงอายุ การเตรียมตัวผู้สูงอายุ ศาสนากับผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีจำนวน 15 ข้อ

- คำถามเกี่ยวกับความเชื่อความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี การรับรู้ถึงความรุนแรงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี คือการที่ผู้สูงอายุประเมินตนเอง และรับรู้ว่าคุณสมบัติความสามารถอย่างไร เพื่อพิจารณาตัดสินใจในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า คำถามแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก มีจำนวน 50 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทางปัจจัยเอื้อเป็นแบบสอบถาม เกี่ยวกับการมีและเข้าถึงสถานบริการต่างๆ เช่น สนามกีฬา สถานที่ออกกำลังกาย ตลาด สถานที่พักผ่อน วัด การมีและเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน มีจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลทางปัจจัยเสริม เป็นแบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า คำถามแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากผู้นำชุมชนและชาวบ้าน มีจำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 5 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้ศึกษาได้นำเครื่องวัดคุณภาพชีวิตชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOLBREF-THAI) ของสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ (2541) และจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมาดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับพื้นที่และกลุ่มประชากรของการศึกษา มีลักษณะเป็นเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพและ ด้านจิตใจ มีจำนวน 46 ข้อ

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องแล้วนำไปตรวจสอบความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างข้อความกับนิยามเชิงปฏิบัติการ ตั้งแต่ 0.2-1.0 (ชนชัย เชื้อสาธุชน. 2544 : 38) ข้อมูลทางปัจจัยนำมีค่าความเชื่อมั่น .72 -.89 ข้อมูลทางปัจจัยเสริม แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่น .81 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 จากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงโดยคัดเลือกเอาคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.8 - 1.0 เท่านั้น

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือประกอบด้วยแบบทดสอบ และแบบสอบถาม ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลลำพญา อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม รวม 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ โดยการวิเคราะห์รายข้อ (Item-Total Correlation) หากข้อใดมีค่าติดลบหรือมีค่าน้อยกว่า 0.2 ต้องนำมาปรับปรุง จากนั้นนำเครื่องมือมาทดสอบ เพื่อวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ซึ่งแบบสอบถามความเชื่อความสามารถตนเอง ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach's Alpha Coefficient และแบบทดสอบความรู้เรื่องผู้สูงอายุ ใช้วิธีของ Kuder Richardson Method (1972 : 418, อ้างถึงใน ธีระวุฒิเอกะกุล. 2546 : 182) โดยหาค่า KR-20 ปกติความเชื่อมั่นมีค่า

ตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไปจึงจะยอมรับว่ามีความเชื่อมั่นหรือเชื่อถือสูงเพียงพอที่จะเชื่อถือได้จริง (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 200) ซึ่งค่าความเชื่อมั่นที่ได้คือ ตั้งแต่ .776 ถึง .875

วิธีรวบรวมข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บและรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้นตอน ดังต่อไปนี้

นำข้อมูลทั้งหมดจากแบบสอบถามมาลงรหัสในแบบฟอร์มลงรหัส หลังจากนั้นนำข้อมูลไปประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป

การให้คะแนนและการแปลความหมายคะแนน

1. แบบทดสอบความรู้เรื่องผู้สูงอายุ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้คือ

ตอบถูก ให้ 1 คะแนน

ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

การแปลความหมายคะแนนระดับความรู้ความเข้าใจ เป็น 3 ระดับ (วรพจน์ พรหมสัตยพรตและสุมัทนา

กลางคาร. 2547 : 101)

ระดับความรู้ดี หมายถึง ได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80

ระดับความรู้ปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 60 – 79.9

ระดับความรู้ไม่ดี หมายถึง ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

2. แบบสอบถามความเชื่อความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้ประยุกต์ใช้วิธีของ Likert (ธีรวิไล เอกะกุล 2546 : 151) ที่ 5 ระดับให้ผู้ตอบเลือกตอบ ดังนี้

ตัวเลือกคะแนนคำถาม

น้อยที่สุด 1

น้อย 2

ปานกลาง 3

มาก 4

มากที่สุด 5

จากนั้นจึงนำคะแนนที่ได้มาแบ่งตามระดับของความเชื่อความสามารถตนเอง ตามเกณฑ์การแบ่งคะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลผลและอธิบายตัวแปรโดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดและหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการแบ่ง โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (Best. 1977 : 246) ระดับของความเชื่อความสามารถตนเอง = คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด

จำนวนระดับ

คะแนนสูงสุด = 5

คะแนนต่ำสุด = 1

จำนวนระดับ = 3

แทนค่า จากสูตร

$$\begin{aligned}\text{ระดับของความเชื่อความสามารถตนเอง} &= \frac{5 - 1}{3} \\ &= 1.33\end{aligned}$$

ระดับของความเชื่อความสามารถตนเอง

ระดับความเชื่อความสามารถตนเองดี หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00

ระดับความเชื่อความสามารถตนเองปานกลาง หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67

ระดับความเชื่อความสามารถตนเองไม่ดี หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33

3. แบบสอบถามการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี การรับรู้ถึงความรุนแรงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีคุณภาพชีวิตดี การรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีคุณภาพชีวิตดี ได้ประยุกต์ใช้วิธีของ Likert ที่ 5 ระดับให้ผู้ตอบเลือก ดังนี้

ตัวเลือก คะแนนคำถาม

น้อยที่สุด 1

น้อย 2

ปานกลาง 3

มาก 4

มากที่สุด 5

จากนั้นจึงนำคะแนนที่ได้มาแบ่งตามระดับของความเชื่อความสามารถตนเอง ตามเกณฑ์การแบ่งคะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลผลและอธิบายตัวแปรโดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดและหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการแบ่ง โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (Best, 1977 : 246) ระดับของความเชื่อความสามารถตนเอง = คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด

จำนวนระดับ

คะแนนสูงสุด = 5

คะแนนต่ำสุด = 1

จำนวนระดับ = 3

แทนค่า จากสูตร

$$\begin{aligned}\text{ระดับของความเชื่อความสามารถตนเอง} &= \frac{5 - 1}{3} \\ &= 1.33\end{aligned}$$

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติพื้นฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติที่ใช้หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของ Cronbach (Cronbach's Alpha Coefficient) (พิพัฒน์ ลักษมีจักรกุล, 2546 : 122)

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานการวิจัย

3.1 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย (Pedhazur. 1997 : 296–299)

3.2 ทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยใช้การทดสอบค่า t (Hinkle, Wiersma and Jurs. 1998 : 236)

3.3 วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ซึ่งมีสูตรที่เกี่ยวข้องดังนี้

3.3.1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) (Pedhazur. 1997 : 104)3.3.2 ทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ โดยใช้สถิติ F -test (Pedhazur 1997 : 105)

3.3.3 หาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปของคะแนนดิบจากสูตร (Hinkle, Wiersma and Jurs. 1998 : 483)

3.3.4 หาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปของคะแนนมาตรฐาน จากสูตร (Pedhazur. 1997 : 102)

3.3.5 ทดสอบความมีนัยสำคัญของค่า t สำหรับความสำคัญของตัวพยากรณ์ (b) จากสูตร (Hinkle, Wiersma and Jurs. 1998 : 494)

3.3.6 หาค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ จากสูตร (Pedhazur. 1997 : 107)

3.3.7 ทดสอบความแตกต่างของค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์ โดยใช้ F -test (Pedhazur. 1997 : 181)

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 55.8 และเพศหญิงร้อยละ 44.2 ส่วนใหญ่อายุ 60–69 ปีร้อยละ 47.5 รองลงมาคืออายุ 70–79 ปีร้อยละ 43.0 และอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 11.8 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและคู่สมรสยังมีชีวิตอยู่ร้อยละ 66.5 รองลงมาคือ มีสถานภาพหม้ายร้อยละ 18.0 และสถานภาพโสดร้อยละ 12.0 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 51.0 รองลงมาคือ ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 24.0 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 11.3 และระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 7.5 ส่วนใหญ่ร้อยละ 91.0 มีการประกอบอาชีพที่แน่นอน เมื่อพิจารณาแต่ละอาชีพพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้านมากที่สุดร้อยละ 49.4 รองลงมาคือ อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 27.2 และอาชีพค้าขายร้อยละ 11.7

ตาราง 2 จำนวน ค่าร้อยละ ปัจจัยเชื้อ

ปัจจัยเชื้อ		จำนวน	ร้อยละ
การเข้าถึงสถานบริการต่างๆ			
1	สนามกีฬา/สถานที่ออกกำลังกาย		
	ไป	131	32.8
	ไม่ไป	269	67.2

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัยเชื้อ		จำนวน	ร้อยละ
2	สถานที่พักผ่อน/สวนสาธารณะ		
	ไป	99	24.8
	ไม่ไป	301	75.2
3	ตลาด/ร้านค้า		
	ไป	130	32.5
	ไม่ไป	270	67.5
4	วัด/โบสถ์/มัสยิด		
	ไป	227	56.8
	ไม่ไป	173	43.2
การเข้าถึงบริการสาธารณสุข			
5	เมื่อท่านหรือสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยท่านรักษาพยาบาลโดย		
	ซื้อยามารับประทานเอง	248	62.0
	โรงพยาบาลของรัฐ/รพ.สต.	270	67.5
	โรงพยาบาลเอกชน/คลินิก	30	7.5
	การมีหลักประกันสุขภาพ		
6	มีบัตรประกันสุขภาพผู้สูงอายุ	286	71.5
	มีบัตรประกันสังคม	18	4.5
	มีประกันชีวิตของเอกชน	23	5.8
	เบิกได้	73	18.2
7	โรงพยาบาล/รพ.สต.		
	ไป	301	75.2
	ไม่ไป	99	24.8
8	คลินิก		
	ไป	28	7.0
	ไม่ไป	372	93.0

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของตัวแปรในกลุ่มปัจจัยนำ ปัจจัยเสริมและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ตัวแปร		X	S.D.	ระดับ
ปัจจัยนำ				
	ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ	77.73	1.608	ปานกลาง
	ความเชื่อความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี	1.86	.59	ไม่ดี
	การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะมีคุณภาพชีวิตดี	2.47	.59	ปานกลาง
	การรับรู้ถึงความรุนแรงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี	2.21	.41	ไม่ดี
	การรับรู้ประโยชน์ของการมีคุณภาพชีวิตดี	2.38	.49	ปานกลาง
	การรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีคุณภาพชีวิตดี	2.24	.43	ไม่ดี
ปัจจัยเสริม				
	การได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.93	.27	ปานกลาง
	การได้รับแรงสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและชาวบ้าน	2.76	.43	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ				
	ด้านเศรษฐกิจ	2.16	.46	ไม่ดี
	ด้านสังคม	72.3	1.53	ปานกลาง
	ด้านสิ่งแวดล้อม	90.8	1.07	ดี
	ด้านสุขภาพ	78.07	1.47	ปานกลาง
	ด้านจิตใจ	79.17	1.26	ปานกลาง

จากตาราง 3 แสดงว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมในระดับดี, มีความรู้เรื่องผู้สูงอายุ, มีความเชื่อความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี, มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะมีคุณภาพชีวิตดี, มีการรับรู้ประโยชน์ของการมีคุณภาพชีวิตดี, มีการได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, มีการได้รับแรงสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและชาวบ้าน, มีคุณภาพชีวิตด้านสังคม, ด้านสุขภาพและด้านจิตใจในระดับปานกลาง แต่มีความเชื่อความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี, มีการรับรู้ถึงความรุนแรงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี, มีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีคุณภาพชีวิตดีและคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจในระดับไม่ดี

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรในกลุ่มปัจจัยทางสังคม กลุ่มปัจจัยนำ กลุ่มปัจจัยเอื้อ
กลุ่มปัจจัยเสริม และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ตัวแปร	ค่า r
อายุ (X2)	-.291**
อาชีพ (X5)	.146**
ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ (X6)	.327**
ความเชื่อความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (X7)	.263**
การรับรู้ถึงความรุนแรงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี (X9)	.153**
การรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีคุณภาพชีวิตดี (X11)	.209**

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 4 พบว่า ความสัมพันธ์ของตัวแปรพยากรณ์ 15 ตัวแปรกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ $-.291$ ถึง $.327$ ตัวแปรพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีจำนวน 6 ตัวแปร คือ อายุ (X2) ($r = -.291$) อาชีพ (X5) ($r = .146$) ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ (X6) ($r = .327$) ความเชื่อความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (X7) ($r = .263$) การรับรู้ถึงความรุนแรงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี (X9) ($r = .153$) การรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีคุณภาพชีวิตดี (X11) ($r = .209$) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรพยากรณ์ด้วยกันพบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ $-.208$ ถึง $.643$ แสดงว่าทุกตัวแปรใช้เป็นตัวแปรพยากรณ์เพื่อการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณได้ เนื่องจากมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไม่เกิน .800 (Kerlinger and Pedhazur, 1973 : 396)

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ในการวิเคราะห์ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยการเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ทีละตัว โดยพิจารณาเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากที่สุด เข้าไปเป็นตัวแรก แล้วทดสอบความแตกต่างของค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์ที่เปลี่ยนไป ด้วยการทดสอบค่า F จนกระทั่งตัวแปรพยากรณ์ที่เพิ่มเข้าไปไม่สามารถทำให้ค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เปลี่ยนไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อใช้ความเชื่อความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (X7) เป็นตัวแปรพยากรณ์ตัวแรก พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ร้อยละ 6.90 เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์เข้าไปอีก 1 ตัว คือ ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ (X6) พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรทั้งสองตัวร่วมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ร้อยละ 12.900 แต่เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์เข้าไปอีก 1 ตัว คือ อาชีพ (X5) พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรทั้งสามตัวร่วมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ร้อยละ 14.700 แต่เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์เข้าไปอีก 1 ตัว คือการรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีคุณภาพชีวิตดี (X11) พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของ

การพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรทั้งสี่ตัวร่วมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ร้อยละ 20.400 แต่เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์เข้าไปอีก 1 ตัว คือ สถานภาพสมรส (X3) พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรทั้งห้าตัวร่วมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ร้อยละ 22.000 แต่เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์เข้าไปอีก 1 ตัว คือ อายุ (X2) พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรทั้งหกตัวร่วมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ร้อยละ 31.600 แต่เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์เข้าไปอีก 1 ตัว คือ การได้รับแรงสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและชาวบ้าน (X15) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและชาวบ้าน (X15) ที่เพิ่มเข้าไปส่งผลน้อยมาก (โดยตัวแปรทั้งเจ็ดตัวร่วมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ร้อยละ 32.000) จึงไม่นำตัวแปรดังกล่าวมาใช้เป็นตัวพยากรณ์ที่ดีของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ นั่นคือ ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มี 6 ตัว คือ ความเชื่อความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (X7), ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ (X6), อาชีพ (X5), การรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (X11), สถานภาพสมรส (X3) และอายุ (X2)

ตาราง 5 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ (b , β) ผลการทดสอบค่า t ผลการทดสอบค่า F และค่าคงที่ของสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ตัวแปรพยากรณ์	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย		t	p
	b	β		
ความเชื่อความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (X7)	.087	.247	5.294	.000
ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ (X6)	.421	.233	5.108	.000
อาชีพ (X5)	1.047	.141	3.366	.001
การรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (X11)	.135	.228	5.356	.000
สถานภาพสมรส (X3)	.710	.089	2.112	.035
อายุ (X2)	-.133	-.316	-7.436	.000
$\alpha = 29.142$ $R = .556$ $R^2 = .310$ $SE_{est} = 2.432$ $F = 29.369$ $p = .000$				

จากตาราง 5 ความเชื่อความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี, ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ, อาชีพ, การรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี, สถานภาพสมรสและอายุส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเรียงลำดับตามความสำคัญดังนี้ ความเชื่อความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ($\beta = .247$), ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ ($\beta = .233$), อาชีพ ($\beta = .141$), การรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ($\beta = .228$), สถานภาพสมรส ($\beta = .089$) และอายุ ($\beta = -.316$) และตัวแปรพยากรณ์ที่ดีทั้งสองตัวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันในเชิงเส้นตรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 29.369$, $p = .000$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .556 แสดงว่า ตัวแปรพยากรณ์ชุดนี้รวมกันสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ร้อยละ 31.000 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ เท่ากับ 2.432 ดังนั้น จึงเขียนสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ คือ

$$Y' = 29.142 + .087 X7 + .421 X6 + 1.047 X5 + .135 X11 + .710 X3 - .133 X2$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ

$$Z'y = .247 Z7 + .233 Z6 + .141 Z5 + .228 Z11 + .089 Z3 - .316 Z2$$

ข้อเสนอแนะ

1. ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลางซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังนั้นควรที่จะให้ความรู้ที่ถูกต้องในการรักษาสุขภาพ และผู้สูงอายุอาจมีความเชื่ออื่นๆ อีกหลายอย่างที่ไม่ถูกต้อง เจ้าหน้าที่ต้องให้ความรู้และรีบแก้ไข เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ต่อไป และควรพยายามค้นหาปัญหาอื่นๆ ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2. ความเชื่อความสามารถของตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในระดับไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และยังเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่ดีเป็นลำดับแรกของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ ควรมีวิธีการสร้างเสริม ให้พลังความเชื่อในความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุให้เกิดมากที่สุด โดยการแนะนำให้ผู้สูงอายุจัดเตรียมอาหารให้เหมาะสมกับวัยสูงอายุ ออกกำลังกายโดยการเดินช้าๆ ได้เอง เดินทางไปตรวจสุขภาพด้วยตนเอง เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เมื่อสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักท่านสามารถทำใจได้ร่วมกิจกรรมกับชุมชน ร่วมงานทำบุญในวันสำคัญทางศาสนา ร่วมงานประเพณีของท้องถิ่นหรืองานเพื่อนบ้าน ไปพบปะญาติหรือญาติญาติให้มาหาที่บ้าน เดินทางไปรับอากาศบริสุทธิ์ในสถานที่ต่างๆ ได้เอง เก็บกวาดบ้านให้เป็นระเบียบเพื่อป้องกันอุบัติเหตุได้ จัดการตกแต่งห้องให้เป็นทีโล่งๆ อากาศถ่ายเทสะดวก และเดินทางไปท่องเที่ยวยังสถานที่พักผ่อนต่างๆ ได้เอง

3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต้องทำงานและบริการโดยยึดชุมชนเป็นศูนย์กลางและทำงานเชิงรุก ผู้นำชุมชนและชาวบ้านต้องให้การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

4. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม องค์การด้านสาธารณสุขควรเป็นศูนย์กลางในการทำงานและบูรณาการกับทุกภาคส่วน เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัวยุคใหม่และชุมชน รวมทั้งหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ ฯ : เทพเพ็ญวานิชย์, 2553.

ชี้นดา วิชชาวุธ. การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-2550. กรุงเทพฯ : บริษัท คิวพี จำกัด. 2553.

ดวงพร รัตนอมรชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

- นภาพร ชัยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคมและประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
- นัยนา กาญจนพิบูลย์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของชายวัยผู้ใหญ่ในชุมชนแออัดคลองเตยกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
- เยาวลักษณ์ ปรัชชาคม และพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์. รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 – 2547. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2549.
- ลลิตา ปักเขมาลัย. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 2553.
- วรารณ นารีนรักษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตนภายนอกตนด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง แขวงรอบเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
- วันที ขำเพ็ง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนบท จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- วันดี แยมจันทร์ฉาย. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แขวงรอบเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- วารินทร์ ปุยทอง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังดั่ง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2547.
- ศิริญา บุญประชุม. ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมตอนต้น โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2543.
- ศิริพร ลิ้มพัฒนานนท์. พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันตกของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ. การตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีตัวอย่างการจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. สารประชากร, 21(1), 1, 2555.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, บรรณาธิการ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ : ที่คิวพี, 2552.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. “รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน” วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 1, 2 (มีนาคม-มิถุนายน): 22, 2550.
- สมลรัตน์ เวียงธรรม. การวิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของคนจังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส, 2551.

อุทุมพร ปุรินทรภิบาล. ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาต่อการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีบุตร
จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

Pender, N.J., Murdaugh, C.L. and Parsons, M.A. Health promotion in nursing practice. 4 thed. Harrisonburg,VA : RR Donnelly, 2002.

Chintana Leelakraiwan. Community based care for mentally ill persons: a case study in an urban community. Khon
Kaen Province. Ph.D. Thesis, Department of philosophy, Khon Kaen University, 2007.

World Health Organization. Active ageing. A Policy Framework. [online]. Accessed 20 April 2012.
Available from [www. Who.int/hq/2002/ WHO_NMH_NPH_02.8.pdf](http://www.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf). 2002.

Orem. Nursing Concept of Practice. 4th ed. St. Louis : Mosby, 1991.

Barrear, J.M. Social Network and Social Support. London : Sage, 1986.