

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

เพชรีย์ กุณาละสิริ, ปร.ด.^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลนาวัง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุ ตำบลนาวัง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 130 คน ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเอง แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ระดับดี ($M = 100.31, SD = 0.69$) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.08, SD = 0.97; M = 4.12, SD = 0.86$ ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .648, p < .01; r = .246, p < .01$ ตามลำดับ) จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ

¹ อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

* ผู้เขียนหลัก e-mail: petcharee.k@psru.ac.th

The Study for Relationship of Self Care Behaviors and Social Support with Quality of Life of Elderly

Petcharee Kunalasiri, Ph.D.^{1*}

Abstract

This study aimed to describe the quality of life, self-care behaviors, and social support and identify the factors related to the quality of life in elderly people. A sample of 130 elderly people from Tambon Nawong Mueang district in Phetchaburi province was recruited by a simple random sampling. Research instruments were questionnaires to gather data for demographic information, self-care behavior, social support, and quality of life. The data were analyzed using Descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation.

The results revealed that the sample had a good quality of life ($M = 100.31$, $SD = 0.69$), and a high level of self-care behaviors and social support ($M = 4.08$, $SD = 0.97$; $M = 4.12$, $SD = 0.86$, respectively). The correlational analysis revealed that quality of life significantly positively correlated with self-care behaviors and social support ($r = .648$, $p < .01$; $r = .246$, $p < .01$, respectively). The findings suggest that nurses and other health care providers can apply these results to develop programs promoting quality of life among the elderly by focusing on self-care behaviors and social support.

Key words: self-care behaviors, social support, quality of life, elderly

¹ Lecturer, Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University

* Corresponding author e-mail: petcharee.k@psru.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยในปี พ.ศ. 2561 มีผู้สูงอายุประมาณ 11.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.6 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2581 เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมในการทำงานของร่างกายทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายกว่าวัยอื่น ๆ ซึ่งปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุสามารถป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนได้ เมื่อมีการปฏิบัติตนที่เหมาะสมและสามารถจัดการกับภาวะเสี่ยงเบนของภาวะสุขภาพเบื้องต้นได้ พฤติกรรมการดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้สูงอายุควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค เพื่อสามารถดูแลตนเองและลดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา

พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองตามบริบทของบุคคล จากการศึกษาของ Konkaew (2014) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยลดลง ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลให้บทบาทหน้าที่และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวและจัดการกับภาวะความเจ็บป่วยได้

การสนับสนุนจากสังคมเป็นการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างกลุ่มบุคคลในการตระหนักหรือตอบสนองให้ได้ตามความต้องการ ทำให้บุคคลดำรงชีวิตอย่างมีความสุข จากการศึกษาของ Malathum, Kongiem, and Intarasombat (2009) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ และบุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่าบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนจากสังคมน้อยถึงร้อยละ 50 และการศึกษาของ Nitananchai and Santithirasak (2010) พบว่า การที่บุคคลจะมีสุขภาพที่ดีต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม และได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง จะทำให้เกิดการดูแลตนเองอันจะทำให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากสังคม ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน จึงจะเกิดการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามมา

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นเครื่องชี้วัดความเจริญก้าวหน้าของมิติทางด้านประชากร สังคม สุขภาพจิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบอื่นที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์ เป็นเป้าหมายที่สำคัญของการพัฒนาประชากรของประเทศต่าง ๆ และเป็นปัจจัยหลักที่แสดงว่าบุคคลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองเนื่องจากการปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีลดการพึ่งพาผู้อื่น (Suthamchai, Ketpitchayawattana, & Kaewwichian, 2015) นอกจากนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถยกระดับศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ เนื่องจากเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ว่าตนได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า และการยอมรับ ซึ่งเป็นผลทางบวกต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจ ทำให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kandee, Sukwong, & Weiangkham, 2016) จากการศึกษาของ Kunalasiri (2016) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลนาเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68) พบมีปัญหาทางสุขภาพตามพัฒนาการ (ทางสายตาและการได้ยิน) ปัญหาด้านจิตใจขาดความสุขในการดำเนินชีวิตประจำวัน คิดว่าตนเองเป็นภาระครอบครัว ซึ่งต่อมา Zurick, Choeisombat, Sinthusuwan, and Srenaul (2020) ได้ศึกษาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประสบปัญหาตามพัฒนาการมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุวัยปลายทุกรายมองไม่เห็นไม่ชัด ปัญหาด้านจิตใจมีความสุขน้อย มีความวิตกกังวลเรื่องสุขภาพและเรื่องบุคคลในครอบครัว ซึ่งแม้ว่าการที่ผู้สูงอายุจะอยู่ในสังคมเขตเมืองได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก แต่ผู้สูงอายุยังประสบปัญหาด้านการพฤติกรรมการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Saeloo, Kaewkrachok, and Samdaengsarn (2021) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสังคมเมือง กิ่งเมืองกิ่งชนบท และชนบท อยู่ในระดับมาก แต่ความความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และ

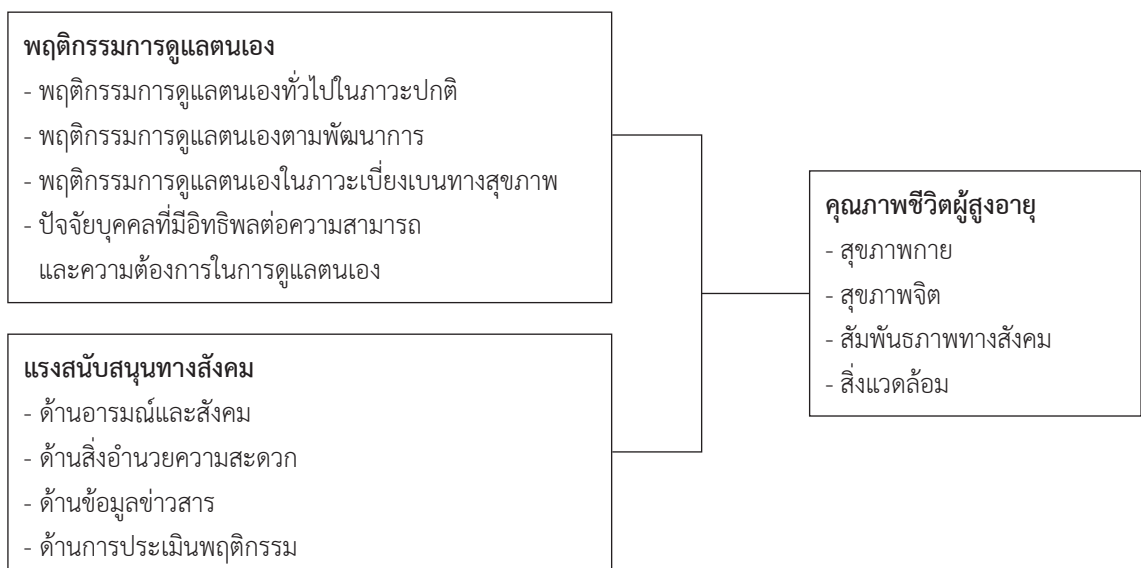
Suksri and Settheetham (2017) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิต เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ตำบลนาวัง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลนาวัง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่อธิบายมโนทัศน์ไว้ว่า การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญและเป็นความจำเป็นในชีวิตของบุคคลเพื่อดำรงรักษาสุขภาพชีวิตตามพัฒนาการและความเป็นปกติสุขของชีวิต (Well being) ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเองทั่วไปในภาวะปกติ พฤติกรรมการดูแลตนเองตามพัฒนาการพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ และปัจจัยบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถและความต้องการในการดูแลตนเอง สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ที่ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นแนวคิดที่ชัดเจนว่า ระบบการสนับสนุน ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินพฤติกรรม สำหรับคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยนำแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF) ชุดย่อฉบับภาษาไทย (Mahatanirunkul, Tuntinirunkul, Pumpisanchai, Wongsuwan, & Ponmanajirungkul, 1997) ประกอบด้วย สุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีและได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เขียนสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุเพศชาย หรือ เพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย อาศัยในตำบลนาวัง อำเภอมือง จังหวัดเพชรบุรีมีชื่อปรากฏในทะเบียนราษฎรในช่วงปี พ.ศ. 2561 จำนวน 232 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุ ตำบลนาวัง อำเภอมือง จังหวัดเพชรบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) อาศัยในตำบลนาวัง อำเภอมือง จังหวัดเพชรบุรี มีชื่อปรากฏในทะเบียนราษฎรในช่วงปี พ.ศ. 2561 2) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 3) สนใจเข้าร่วมกิจกรรมตามกระบวนการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ 1) ไม่สามารถให้ข้อมูลครบถ้วนตามกระบวนการวิจัย 2) ขอลอนตัวจากงานวิจัยด้วยเหตุผลบางประการ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณโปรแกรม G*power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .90 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ไว้ที่ระดับ .30 (Cohen, 1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 112 ราย เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ 134 ราย ซึ่งภายหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามมีความสมบูรณ์ 130 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.01

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส โรคประจำตัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

2. แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์แนวคิดของโอเรียม (Orem, 2001) เป็นข้อคำถามเชิงบวก คำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีที่สุด พฤติกรรมการดูแลตนเองดี พฤติกรรมการดูแลตนเองปานกลาง พฤติกรรมการดูแลตนเองพอใช้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองควรปรับปรุง จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็น พฤติกรรมการดูแลตนเองทั่วไปในภาวะปกติ จำนวน 9 ข้อ พฤติกรรมการดูแลตนเองตามพัฒนาการ จำนวน 7 ข้อ พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเปราะบางทางสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ และปัจจัยบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถและความต้องการในการดูแลตนเอง จำนวน 6 ข้อ การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองมาก โดยแบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Srisaard, 2017) คือ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง พฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับดีที่ดีที่สุด 3.51-4.50 หมายถึง พฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับดี 2.51-3.00 หมายถึง พฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง 1.51-2.50 หมายถึง พฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ และ 1.00-1.50 หมายถึง พฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

3. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามโดยการประยุกต์แนวคิดของแลงก์ฟอร์ด (Langford, Bowsher, & Maloney, 1997) เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ (เห็นด้วยมากที่สุด = 5, เห็นด้วยมาก = 4, เห็นด้วยปานกลาง = 3, เห็นด้วยน้อย = 2, ไม่เห็นด้วย = 1) จำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็น ด้านอารมณ์และสังคม จำนวน 6 ข้อ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก จำนวน 5 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 6 ข้อ และด้านการประเมินพฤติกรรม จำนวน 4 ข้อ การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคม มาก โดยแบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคม (Srisaard, 2017) คือ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด 3.51-4.50 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก 2.51-3.00 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง 1.51-2.50 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย และ 1.00-1.50 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF) ชุดย่อฉบับภาษาไทย (Mahatanirunkul

et al., 1997) เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็น ด้านสุขภาพกาย (7 ข้อ) ด้านจิตใจ (6 ข้อ) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (3 ข้อ) และด้านสิ่งแวดล้อม (8 ข้อ) เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ ทางลบ 3 ข้อ สำหรับการแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีคุณภาพชีวิตดี โดยแบ่งคะแนนออกเป็น คะแนนรวม 96-130 หมายถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี 61-95 หมายถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และ 26-60 หมายถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี สำหรับคุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย คะแนนรวม 27-35 หมายถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับดี 17-16 หมายถึงคุณภาพด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง และ 7-16 หมายถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับไม่ดี ด้านจิตใจ คะแนนรวม 23-30 หมายถึงคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี 15-22 หมายถึงคุณภาพด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง และ 6-14 หมายถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับไม่ดี ด้านสัมพันธภาพทางสังคม คะแนนรวม 12-15 หมายถึงคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับดี 8-11 หมายถึงคุณภาพด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และ 3-7 หมายถึงคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับไม่ดี ด้านสิ่งแวดล้อม คะแนนรวม 30-40 หมายถึงคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี 19-29 หมายถึงคุณภาพด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง และ 8-18 หมายถึงคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ตรวจสอบความเหมาะสมเนื้อหาและความเหมาะสมทางภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 คน ประกอบด้วย อาจารย์สาขาการพยาบาลชุมชน จำนวน 3 คน และ อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI) พบว่า แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ประกอบด้วย ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองทั่วไปในภาวะปกติ ค่า CVI เท่ากับ 0.87 ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองตามพัฒนาการ ค่า CVI เท่ากับ 0.91 พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ ค่า CVI เท่ากับ 0.86 และปัจจัยบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถและความต้องการในการดูแลตนเอง ค่า CVI เท่ากับ 0.88 สำหรับแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ด้านอารมณ์และสังคม ค่า CVI เท่ากับ 0.85 ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ค่า CVI เท่ากับ 0.90 ด้านข้อมูลข่าวสาร ค่า CVI เท่ากับ 0.84 และด้านการประเมินพฤติกรรม ค่า CVI เท่ากับ 0.87 สำหรับแบบสอบถามคุณภาพชีวิตได้ผ่านการทดสอบแล้วว่า มีความตรงตามเนื้อหา (CVI = 0.65) (Mahatanirunkul et al., 1997)

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงของ โดยการทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง (ผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี) จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.91 และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.90 สำหรับค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิต ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 (Mahatanirunkul et al., 1997)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี หมายเลขจริยธรรมวิจัยที่ NPBRU 08-2561 ลงวันที่ 26 กรกฎาคม 2561 ผู้วิจัยตระหนักถึงการเคารพสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง เมื่อผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยเข้าแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ รวมทั้งสิทธิในการปฏิเสธการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลใด ๆ ผลการวิจัยจะนำเสนอภาพรวมนำมาใช้ประโยชน์

เพื่อการวิจัยเท่านั้น และแสดงผลการวิจัยในการอภิปราย ตีพิมพ์ เผยแพร่เป็นภาพรวมโดยแสดงค่าทางสถิติเท่านั้น ผู้วิจัยได้ทำลายเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยหลังการวิจัยเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้วเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยให้ลงนามใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากที่โครงสร้างผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลนาวัง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม ถึง 31 ธันวาคม 2561 ซึ่งมีขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังองค์การบริหารตำบลในเมือง ตำบลนาวัง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี โดยอธิบายนรายละเอียด โครงการวิจัย และชี้แจงวัตถุประสงค์
2. ผู้วิจัยไปพบกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้
3. ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้เวลาในการตัดสินใจกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะขอให้ลงนามในเอกสารยินยอมเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย กรณีที่อ่านหนังสือไม่ออก เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยจะอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาในการทำแบบสอบถาม
4. ผู้วิจัยนำผู้สูงอายุไปยังสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลโดยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้เป็นที่เข้าใจ และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง ส่วนผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการอ่านและการเขียนหนังสือ ผู้วิจัยได้อ่านรายละเอียดข้อคำถามให้ผู้สูงอายุฟังทีละข้อ แล้วให้ผู้สูงอายุเลือกคำตอบตามการรับรู้และความรู้สึกของตนเอง ซึ่งในการตอบแบบสอบถามนี้ใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที ในการตอบแบบสอบถามนี้ ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามเริ่มจาก แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต
5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลหลังจากการตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว หากพบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์หรือไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยได้ชี้แจงหรืออธิบายซ้ำและขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามอีกครั้ง จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของแบบสอบถามทุกฉบับซ้ำก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิต ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยการแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์ (Hinkle ,1998) คือ 0.81-1.00 ระดับความสัมพันธ์สูงมาก 0.61-0.80 ระดับความสัมพันธ์ค่อนข้างสูง 0.41-0.60 ระดับความสัมพันธ์ปานกลาง 0.21-0.40 ระดับความสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำ 0.01-0.20 ระดับความสัมพันธ์ต่ำ

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 130 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 78 คน (ร้อยละ 60) อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 72 ปี ($M = 72.04, SD = 7.35$) อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 83.4) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 53.2) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 61.5) ประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 62) มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 70.7) อาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 40.8) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยภาพรวม อยู่ในระดับดี จำนวน 80 ราย (ร้อยละ

61.54) และระดับปานกลาง จำนวน 50 ราย (ร้อยละ 38.46)

2. ระดับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M = 100.31, SD = 0.69$) โดยคะแนนเฉลี่ยทุกด้านอยู่ในระดับดี รายละเอียดดังในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลนาเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ($n=130$)

คุณภาพชีวิต	Min-Max	M	SD	ระดับ
ด้านสุขภาพกาย	27-35	28.14	0.51	ดี
ด้านจิตใจ	23-30	24.76	0.48	ดี
ด้านสัมพันธ์ทางสังคม	12-15	12.93	0.67	ดี
ด้านสิ่งแวดล้อม	30-40	34.48	0.72	ดี
โดยรวม	96-130	100.31	0.69	ดี

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 ($SD = 0.97$) อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M = 4.16, SD = 0.79$) รองลงมา คือ ปัจจัยบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถและความต้องการในการดูแลตนเอง ($M = 4.08, SD = 1.12$) พฤติกรรมการดูแลตนเองทั่วไปในภาวะปกติ ($M = 4.05, SD = 0.64$) และพฤติกรรมการดูแลตนเองตามพัฒนาการ ($M = 4.038, SD = 0.73$) ซึ่งอยู่ในระดับมากทั้ง 4 ด้าน รายละเอียดดังในตารางที่ 2

4. แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.12 ($SD = 0.86$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านอารมณ์และสังคม มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M = 4.20, SD = 0.84$) รองลงมา คือ ด้านการประเมินพฤติกรรม ($M = 4.12, SD = 0.97$) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ($M = 4.11, SD = 0.91$) และด้านข้อมูลข่าวสาร ($M = 4.05, SD = 0.68$) ซึ่งอยู่ในระดับมากทั้ง 4 ด้าน รายละเอียดดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ตำบลนาเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ($n=130$)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	Mean	SD	ระดับ
พฤติกรรมการดูแลตนเองทั่วไปในภาวะปกติ	4.05	0.64	มาก
พฤติกรรมการดูแลตนเองตามพัฒนาการ	4.03	0.73	มาก
พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ	4.16	0.79	มาก
ปัจจัยบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถและความต้องการในการดูแลตนเอง	4.08	1.12	มาก
พฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวม	4.08	0.97	มาก
แรงสนับสนุนทางสังคม	Mean	SD	ระดับ
ด้านอารมณ์และสังคม	4.20	0.84	มาก
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	4.11	0.91	มาก
ด้านข้อมูลข่าวสาร	4.05	0.68	มาก
ด้านการประเมินพฤติกรรม	4.12	0.97	มาก
แรงสนับสนุนทางสังคม โดยรวม	4.12	0.86	มาก

5. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ซึ่งผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นเชิงเส้นตรง ดังนี้

5.1 พฤติกรรมดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .648$, $p < .01$) โดยเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แล้วพบว่ามีความสัมพันธ์ 0.648 ซึ่งแสดงว่า พฤติกรรมดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กัน และมีความสัมพันธ์กันในระดับค่อนข้างมาก รายละเอียดดังในตารางที่ 3

5.2 แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .246$, $p < .01$) โดยเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แล้วพบว่ามีความสัมพันธ์ 0.264 ซึ่งแสดงว่า แรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กัน และมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ รายละเอียดดังในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต ($n=130$)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต	พฤติกรรมดูแลตนเอง	แรงสนับสนุนทางสังคม
คุณภาพชีวิต	1.000		
พฤติกรรมดูแลตนเอง	.648**	1.000	
แรงสนับสนุนทางสังคม	.264**	.164**	1.000

** $p < .01$

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับดี ($M = 100.31$, $SD = 0.69$) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอในการดำรงชีพ อาศัยอยู่กับคู่สมรส ทำให้การดำเนินชีวิตและมีความสุข และพื้นที่ตำบลนาวังเป็นพื้นที่เขตเมือง การคมนาคมสะดวก ใกล้สถานที่สำคัญ เช่น โรงพยาบาล หรือ ศูนย์บริการสุขภาพต่าง ๆ และสามารถเข้าถึงสถานประกอบกิจการ หรือ พิธีทางศาสนาได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ สอดคล้องกับการศึกษาของ Saeloo et al. (2020) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในสังคมเมืองส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตดี (ร้อยละ 72.31) ขณะที่ผู้สูงอายุในสังคมกึ่งเมืองและกึ่งชนบท ส่วนใหญ่คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.77, 63.85) และการศึกษาของ Noknoi and Boripan (2017) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดสงขลามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ($M = 4.34$, $SD = 0.42$) เนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา การมีความสุขในการดำเนินชีวิต การเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน และการอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี สะดวกและปลอดภัยแก่การใช้ชีวิต และ Teerakiatkamjorn (2011) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเฉลี่ยอยู่ในระดับดี เนื่องจากการได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ฟังเทศน์ ฟังธรรม ทำบุญ และการได้เข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน เช่น ออกกำลังกายตอนเย็น เข้าร่วมงานประเพณีสำคัญต่างๆ ส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสูงขึ้นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบกับนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลในการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนและจัดให้มีเบี้ยยังชีพรายเดือนแบบขั้นบันได และแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐในหมวด 5 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 80 (1) ที่ว่ารัฐบาลมีนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่ให้ความสำคัญกับการยกระดับและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ได้มีการกำหนดแผนระยะยาวที่เหมาะสมและเป็นรูปธรรมสำหรับการเปลี่ยนและพัฒนา จึงเป็นที่ระหนกทั้งของรัฐและประชาคมต่าง ๆ ว่ามีความสำคัญในลำดับต้น (Promotion and Protection of Elderly Office, 2014)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก เนื่องจาก ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุที่มีโอกาสพบปะบุคคลอื่นๆ ในสังคม และมีการแลกเปลี่ยนทำกิจกรรมในชมรม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ง่ายส่งผลให้มีสุขภาพร่างกายและจิตใจดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Kerdarunsuksri and Sangtongpanichkul (2020) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก เนื่องจากอาชีพเป็นปัจจัยบ่งชี้สถานะทางเศรษฐกิจของบุคคลและเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการศึกษาของ Duongthipsirikul (2010) ที่พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ รวมถึงการศึกษาของ Nakasaenee (2021) ที่ทำการศึกษพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด จากการที่ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางอาชีพ และความภาคภูมิใจในตนเอง และจากทฤษฎีกิจกรรมทางสังคมได้อธิบายว่า ถ้าบุคคลใดมีกิจกรรมมากอย่างจะสามารถปรับตัวได้มากขึ้นเท่านั้น และมีความพึงพอใจในชีวิตสูง ที่ทำให้เกิดความสุขในการดำเนินชีวิตต่อไป

แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ส่งผลให้บุคคลเกิดการรับรู้ว่าคุณค่าได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า และการยอมรับ ซึ่งส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจและสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Soomboon, Somanusorn, and Sumgern (2018) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลมีการสนับสนุนทางสังคมสูง ทั้งนี้เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และการศึกษาของ Saeloo et al. (2020) ที่พบว่า ความเป็นเมือง (Urbanization) นำมาซึ่งความทันสมัย ความเจริญของถนนหนทาง การคมนาคมสะดวก ความเจริญของตึกรามบ้านช่องมีความสุขสบายในการอยู่อาศัย ทำให้คนในครอบครัวสามารถดูแลรับส่งเมื่อผู้สูงอายุต้องไปพบแพทย์หรือเดินทางไปที่ต่าง ๆ และการศึกษาของ Kandeet et al. (2016) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งอำนวยความสะดวก การจัดหาเสื้อผ้า ของใช้และอาหารมาให้ได้สะดวก จัดที่พักให้ตามความเหมาะสมและสะดวกสบาย ด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้เวลาพักผ่อนด้วยการดูโทรทัศน์กับครอบครัว จึงทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้นจากสื่อโทรทัศน์และคนในครอบครัว ด้านอารมณ์และสังคม และด้านการประเมินพฤติกรรม ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้สิ่งที่พึงของตนเองในช่วงของการเป็นผู้สูงอายุ คือ กำลังใจ ความรัก ความเอาใจใส่จากบุตร บุตรเป็นที่พัก คู่ครองอยู่ด้วยแล้วอบอุ่น รู้สึกปลอดภัย และการสนับสนุนด้านอารมณ์จึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีที่พึ่งทางใจ มีคนรัก มีคนดูแลเอาใจใส่ และให้ข้อมูลข่าวสาร ให้คำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มทุกเดือน ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุที่มีโอกาสพบปะบุคคลอื่น ๆ ในสังคม การได้รับการพัฒนาด้านอารมณ์ สังคม ข้อมูลข่าวสาร และมีการแลกเปลี่ยนทำกิจกรรมในชมรม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ง่ายส่งผลให้มีสุขภาพร่างกายและจิตใจดี ตระหนักถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเอง การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีการรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การนอนหลับและการพักผ่อน สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย ความรู้สึกสุขสบาย ความไม่เจ็บปวด และการรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ และมีความรู้สึกรู้ทางบวกต่อตนเอง เช่น ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง ความคิด ความจำ สมาธิการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rattana (2009) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของ Jisabai, Hunnirun, and Tornee, (2011) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Duongthipsirikul (2010) การศึกษาของ Tangsurat and Ponghiran (2013) และ

Jintana, Suktan, and Takaew (2018) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้พัฒนาแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยการประเมินระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ให้สามารถดูแลตนเองและลดภาระที่พึงได้
2. พยาบาลควรส่งเสริมแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารให้มากขึ้นเนื่องจากการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารแม้ว่าจะอยู่ระดับมาก แต่คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น ๆ เพื่อเป็นการสนับสนุนข่าวสารทางสุขภาพที่ทันสมัยในการปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ถูกต้องและทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะโรคระบาดอุบัติใหม่
3. พยาบาลควรมีกิจกรรมการออกแบบการดูแลและปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหรือชะลอความเสื่อมตามวัยของผู้สูงอายุ เนื่องจากคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองตามพัฒนาการ แม้ว่าจะอยู่ระดับมาก ไม่แตกต่างจากพฤติกรรมด้านอื่นมากนัก แต่คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม เช่น ลักษณะครอบครัว ผลการตรวจร่างกายประจำปี เพื่อให้สามารถนำข้อมูลไปอภิปรายผลการวิจัยได้ครอบคลุมมากขึ้น
2. ควรมีการแจ้งกลุ่มตัวอย่างล่วงหน้าก่อนการเก็บข้อมูล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เตรียมตัวและเตรียมเวลาในการตอบแบบสอบถาม เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักไม่ค่อยมีเวลาร่าง เช่น เลี้ยงหลาน ไปวัด หรือ ไปโรงพยาบาล เป็นต้น
3. ควรทำการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและมีความแตกต่างของสภาพแวดล้อมในแต่ละพื้นที่
4. ควรศึกษาวิจัยเชิงทำนายโดยศึกษาว่าปัจจัยใดสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมากที่สุด เพื่อเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมหรือศึกษารูปแบบ หรือ โปรแกรมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และชมรมผู้สูงอายุ ตำบลนาเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ที่เอื้อเฟื้อสถานที่ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัย

References

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Duongthipsirikul, S. (2010). *Factors related to self-health care behavior of elderly at Tambon Charoenmuang Amphoe Phan Chanwat Chaing Rai*. Doctoral Dissertation, Sociology and Anthropology, Kasetsart University. (in Thai)
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.

- Hinkle, D. E. (1998). *Applied statistics for the behavioral sciences*. Boston: Houghton Mifflin.
- House, J. S. (1981). *Social work stress and social support*. New Jersey: Prentice Hall.
- Jintana, P., Suktan, S., & Takaew, C. (2018). Correlation and predictive power between social support and quality of life among older adult. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(2), 119-131. (in Thai)
- Jisabai, J., Hunnirun, P., & Tornee, S. (2011). Self-care behavior and quality of life of the elderly people in the elderly people club, Bangkok Noi district, Bangkok. *Journal of Faculty of Physical Education*, 14(1), 214-225. (in Thai)
- Kandee, P., Sukwong, P., & Weiangkham, D. (2016). Perceived social support of community-dwelling rural elderly in Northern Thailand. *Journal Mental Health Thai*, 24(1), 40-51.
- Kerdarunsuksri, A., & Sangtongpanichkul, P. (2020). A study of self care behavior in older adults at the elderly club of Ratchaphiphat hospital, on the foundations of personal and social support factor. *Vajira Medical Journal: Journal of Medicine*, 64(2), 86-96.
- Konkaew, W. (2014). *The health behavior of elderly of Klongtumru sub-district, Amphoe Mueang Chon Buri*. Master's Thesis, Public administration, Burapha University.
- Kunlasiri, P. (2016). *Quality of health care of the elderly in Tambon Nawaunge Muange district Phetchaburi province*. Phetchaburi: Phetchaburi Rajabhat University.
- Langford, C. P. H., Bowsher, J., & Maloney, J. P. (1997). Social support: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 95-100.
- Mahatanirunkul, S., Tuntinirunkul, W., Pumpisanchai, W., Wongsuwan, K., & Ponmanajirungkul, R. (1997). *The comparison of the World Health Organization quality of life questionnaire, 100 indicators and 26 Indicators*. Chiang Mai: Suan Prung Hospital.
- Malathum, P., Kongiem, J., & Intarasombat, P. (2009). Relationships of family support and friend support to life satisfaction of older adults in rural areas. *Ramathibodi Nursing Journal*, 15(3), 431-488.
- Nakasaenee, S. (2021). Self-healthcare behavior of the elderly in Bangkok. *Rajabhat Rambhai Barni Research Journal*, 12(1), 39-48.
- Nitananchai, S., & Santithirasak, M. (2010). Social and environmental support affecting the self care of the elderly in Samut Prakarn province. *Journal of Nursing Division*, 37(2), 64-75.
- Noknoi, J., & Boripan, W. (2017). Quality of life of the elderly in Songkhla province. *Princess of Narathivas University Journal*, 9(3), 94-105.
- Orem, D. (2001). *Nursing concepts of practice* (6th ed). St. Louis: Mosby: Missouri.
- Promotion and Protection of Elderly Office. (2014). *Government policy on the Elderly*. Retrieved from http://www.oppo.opp.go.th/pages/law/law_06.html.
- Rattana, V. (2009). *Health care behavior and social support and the quality of life for the elderly, the elderly club, Suratthani Central hospital*. Master's thesis, Development Psychology, Graduate School, Srinakharinwirot University.

- Saeloo, J. Kaewkrachok, T., & Samdaengsarn, D. (2021). How social support and health literacy influence quality of life of elders in Muenge district of Nakorn Si Thammarat. *The Southern College Network Journal and Public Health*, 8(2), 39-52.
- Soomboon, S., Somanusorn, S., & Sumgern, C. (2018). Factors related to healthy aging among elderly. *Kuakarun Journal of Nursing*, 25(1), 141-153.
- Srisaard, B. (2017). *Basic research* (10th ed.). Bangkok: Suweereyasan.
- Suksri, S., & Settheetham, D. (2017). Health literacy and self-care related to quality of life of elderly in Amnatcharoen Municipality Amnatcharoen province. *KKU research Journal*, 17(4), 73-84.
- Suthamchai, B., Ketpitchayawattana, J., & Kaewwichian, N. (2015). Pattern synthesis integrated elderly health care services. *Journal of Public Health*, 24(6), 1017-1029.
- Tangsurat, P., & Ponghiran, W. (2013). Health care behaviors of the elderly in Bang Muang sub-district Municipality, Muang district, Samutprakarn province. *Journal for Disseminating Knowledge Academic and Research*, 20, 57-69.
- Teerakiatkamjorn, A. (2011). *Quality of life of the elderly in Suthep subdistrict Municipality, Muang district, Chiang Mai province*. Master's Thesis, Economics, Graduate School, Chiang Mai University.
- Zurick, P., Choeisombat, P., Sinthusuwan, J., & Srenual P. (2020). Situation of the Thai elderly in Mueang Phetchaburi. *Academic Journal of Phetchaburi Rajabhat University*, 10(3), 16-24.