

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Oct. 25, 2021

Revised: April 4, 2022

Accepted: April 12, 2022

Published: April 24, 2022

การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ใน ภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส

Health Perception Factors associated with Quality of Life among Elderly Dependents in Chanae District, Narathiwat Province, Thailand

อมรศักดิ์ โพธิ์อำ¹, นูรมา สมการณ²

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, ²สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส

Amornsak Poum¹, Nurma Soomkan²

¹Faculty of Public Health, Naresuan University, ²Chanae District public Health Office,
Narathiwat Province

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านเขตอำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส ปีงบประมาณ 2562 จำนวน 289 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพ ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิต แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.37$, S.D.=0.48) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=1.95$, S.D.=0.63) ตามลำดับผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเจ็บป่วย ($r=0.19$, P-value=0.001) การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วย ($r=0.16$, P-value=0.04) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ ($r=0.11$, P-value=0.05) และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ ($r=-0.14$, P-value=0.01) ตามลำดับ

คำสำคัญ: การรับรู้ด้านสุขภาพ, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

Corresponding author: อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, E-mail: Amornsak1.poum@gmail.com

Original article

Received: Oct. 25,2021

Revised: April 4,2022

Accepted: April 12,2022

Published: April 24,2022

Abstract

This cross-sectional descriptive research study aimed to examine the health perception factors associated with quality of life among elderly dependents. The sample size in this study consisted of 289 elderly dependents, who were registered in Chanae district, Narathiwat province, Thailand during the 2019 fiscal year. Participants were recruited via systematic random sampling. We collected data using a questionnaire that was composed of 3 parts including: 1) participant characteristics, 2) health perception, and 3) quality of life. In addition to checking the questionnaire's standardization, 3 experts checked the questionnaire's validity and reliability (Cronbach's alpha = about 0.81). We analyzed data using statistics such as the Pearson's product-moment correlation coefficient. The results showed that for elderly dependents the mean score for health perception was at a moderate level ($\bar{X}=2.37$, S.D.=0.48) and mean score for quality of life was at a moderate level ($\bar{X}=1.95$, S.D.=0.63). We found statistically significant associations between various health perception factors with quality of life among elderly dependents including: perceived risk of illness ($r=0.19$, $p\text{-value}=0.001$) perceived severity of illness ($r=0.16$, $p\text{-value}=0.04$) perceived benefit of health care behavior ($r=0.11$, $p\text{-value}=0.05$) and perceived barriers of health care behavior ($r=-0.14$, $p\text{-value}=0.01$).

Keywords: Health Perception, Quality of life, Elderly dependent

Corresponding author: Amornsak Poum, E-mail:Amornsak1.poum@gmail.com

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทั้งในระดับนานาชาติและประเทศไทยเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมา โดยมีแนวโน้มเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุมากขึ้น ในส่วนของโครงสร้างประชากรของประเทศไทย ในปี พ.ศ.2561 จำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 16.06 (Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security, 2018) โดยองค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มเป็นร้อยละ 37.1 ในปี พ.ศ.2593 (United Nation, 2015) จากการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบทำให้เกิดปัญหาต่างๆ โดยเฉพาะบุคคลที่กำลังก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องประสบกับสภาพการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เสื่อมโทรมตามธรรมชาติและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวย่อมมีผลต่อการปรับเปลี่ยนสถานภาพและบทบาทใหม่ของผู้สูงอายุในสังคมด้วย เช่น การขาดรายได้จากการทำงาน ท้อแท้ เกิดความเหงา ความกังวลที่ถือว่าตนเองอยู่ในช่วงบั้นปลายของชีวิต

ข้อมูลของจังหวัดนราธิวาส พบว่า สถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยปี พ.ศ. 2560-2562 มีจำนวนผู้สูงอายุเท่ากับ 69,133, 69,506 และ 71,446 คน ตามลำดับ จะเห็นว่าจำนวนผู้สูงอายุของจังหวัดนราธิวาส มีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานข้อมูลผลการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ หรือ ADL (Activities of Daily Living) ในจังหวัดนราธิวาสระหว่างปี พ.ศ.2560-2562 ได้ครอบคลุมร้อยละ 88.08, 94.87 และ 96.80 ตามลำดับ โดยสามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ กลุ่ม 1 ผู้สูงอายุติดสังคม มีจำนวน 59,200, 64,112 และ 67,331 คน กลุ่ม 2 คือผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 1,477, 1,585 และ 1,651 คน และกลุ่ม 3 คือ ผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 218, 245 และ 238 คน ตามลำดับ สำหรับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจากผลการตรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพ พบว่า ปีพ.ศ.2562 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพแบ่งเป็น 10 ปัญหา ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาสุขภาพช่องปากโรคสมองเสื่อม โรคข้อเข่า ภาวะซึมเศร้า ภาวะหกล้ม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะน้ำหนักสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน จากปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุของจังหวัดนราธิวาส พบว่า ส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 31.88 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 7.62 โรคเบาหวาน ร้อยละ 3.89 ตามลำดับ (Narathiwat provincial Public Health Office, 2019) ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เท่าเทียมกับคนปกติ ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ทำให้ขาดการช่วยเหลือดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลง

จากการศึกษาทบทวนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวคิดทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมที่ใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเชื่อว่า บุคคลที่มีความเชื่อด้านสุขภาพอย่างใดจะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมสุขภาพตามความเชื่อของตน ความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค โดยการรับรู้ด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลให้เพิ่มมากขึ้น (Rosenstock, 1974) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้จะช่วยทำให้การมีอายุยืนยาวมีคุณภาพชีวิตทั้งทางกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสภาพแวดล้อมอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม จากข้อมูลสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส เพื่อจะได้นำข้อมูลจากผลวิจัยมาใช้ในการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 2) การรับรู้ด้านสุขภาพ ตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ 2562 จำนวน 1,651 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณที่ทราบประชากรแน่นอนของ Daniel (2010) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 289 คน เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ค่า ADL ระหว่าง 1-11 คะแนน ที่มีรายชื่อตามทะเบียนเขตอำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส 2) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป 3) ผู้สูงอายุสามารถอ่านเข้าใจภาษาไทยและตอบคำถามจากการสัมภาษณ์ได้ กำหนดเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อของผู้สูงอายุที่ติดบ้านจากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุของสถานบริการสาธารณสุข โดยนำรายชื่อผู้สูงอายุมาเรียงลำดับรายชื่อตามตัวอักษร ก ถึง ฮ แล้วคำนวณค่าระยะห่างของการสุ่ม เท่ากับ 3 หลังจากนั้นเริ่มสุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างคนแรก แล้วหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างลำดับถัดไปโดยเว้นระยะห่างของรายชื่อเท่ากับ 3 สุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างไปจนครบจำนวน 289 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพ เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66 คะแนน ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (ฉบับภาษาไทย WHOQOL-BREF-THAI) (World Health Organization, 2002) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 26 ข้อ โดยมีเกณฑ์การประเมิน

แบ่งเป็น 3 ระดับคือ คุณภาพชีวิตที่ดี (คะแนน 96-130) คุณภาพชีวิตปานกลาง (คะแนน 61-95) คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (คะแนน 26-60)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย การความตรงเชิงเนื้อหาด้วยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และด้านระเบียบวิธีวิจัยด้านสาธารณสุข ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาด้วยค่า IOC เท่ากับ 0.67-1.00 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 คน โดยคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1951) เท่ากับ 0.81

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ Pearson's Product Moment correlation coefficient

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (62.50%) มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 42.50) ($\bar{X}$ =70.95, S.D.=8.29, Max=88, Min=60) มีสถานภาพคู่/สมรสและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 60) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 30) มีเพียงร้อยละ 5 ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่) (ร้อยละ 12.50) และมีผู้สูงอายุเพียง ร้อยละ 2.50 ที่เป็นข้าราชการบำนาญ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 75) ($\bar{X}$ =4,357.50, S.D.=4,820.78, Max=20,000, Min=600) ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล (ร้อยละ 100) สำหรับผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุเป็นหลักคือสามีและ/หรือภรรยา (ร้อยละ 55) รองลงมาคือ บุตรของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 37.50) ประวัติการมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 92.50) โรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุป่วยเป็นอันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 44.29) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 12.50) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 5) ตามลำดับ

การรับรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.98) เมื่อพิจารณาการรับรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วย ($\bar{X}$ =2.54, S.D.=0.51) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ ($\bar{X}$ =2.62, S.D.=0.54) สำหรับการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเจ็บป่วย ($\bar{X}$ =2.23, S.D.=0.45) และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ ($\bar{X}$ =2.10, S.D.=0.43) มีการรับรู้ในระดับปานกลาง (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (n=289)

การรับรู้ด้านสุขภาพ	ระดับคะแนน						$\bar{X}$	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การรับรู้ด้านสุขภาพ	107	37.02	182	62.98	-	-	2.37	0.48
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเจ็บป่วย	73	25.26	212	73.36	4	1.38	2.23	0.45
- การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วย	160	55.36	126	43.60	3	1.04	2.54	0.51
- การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ	191	66.09	89	30.80	9	3.11	2.62	0.54
- การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ	44	15.22	232	80.28	13	4.50	2.10	0.43

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.21) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน มีระดับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางทุกด้าน และเมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านจิตใจมีระดับคุณภาพชีวิตสูงสุด ($\bar{X}=1.95$, S.D.=0.68) รองลงมาคือด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}=1.95$, S.D.=0.70) และด้านกายภาพ ($\bar{X}=1.88$, S.D.=0.54) สำหรับด้านสัมพันธภาพมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำสุด ($\bar{X}=1.80$, S.D. 0.68) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส (n=289)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ระดับ						$\bar{X}$	S.D.
	ดี		ปานกลาง		ไม่ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)		(คน)		(คน)			
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	51	17.65	174	60.21	64	22.15	1.95	0.63
- ด้านสุขภาพกาย	29	10.03	199	68.86	61	21.11	1.88	0.54
- ด้านจิตใจ	61	21.11	154	53.29	74	25.61	1.95	0.68
- ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	44	15.22	144	49.83	101	34.95	1.80	0.68
- ด้านสิ่งแวดล้อม	66	22.84	144	49.83	79	27.34	1.95	0.70

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเจ็บป่วย ($r=0.19$, P-value=0.001) การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วย ($r=0.16$, P-value=0.04) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ ($r=0.11$, P-value=0.05) และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ ($r=-0.14$, P-value=0.01) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส (n=289)

ตัวแปรอิสระ	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้ด้านสุขภาพ	0.16	0.04	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเจ็บป่วย	0.19	0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วย	0.16	0.04	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ	0.11	0.05	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ	-0.14	0.01	มีความสัมพันธ์ทางลบ

การอภิปรายผล

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยมและบริบททางสังคมของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคมตามวิถีชีวิตของแต่ละคน ซึ่งมีความแตกต่างกันตามกาลเวลาที่เปลี่ยนไป คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส โดยผู้สูงอายุประเมินคุณภาพชีวิตตนเองอยู่ในระดับปานกลางทั้งรายด้านและโดยภาพรวม ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังอยู่ในช่วงอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 42.50) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Phanpum, A., Sooknirundorn, S., Chanthaphinit, S., Nilbanphot, I.O., Poomphakwaen, K., 2019) ที่พบว่าผู้สูงอายุเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.4) โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงสุด ($\bar{X}=1.95$, S.D.=0.68) เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับสามีและ/หรือภรรยา (ร้อยละ 55) ซึ่งคอยดูแลเอาใจใส่ มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ($P\text{-value}<0.001$) เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัวคือ บุตร (ร้อยละ 47.40) และคู่สมรส (ร้อยละ 44.98) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีเพื่อนและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต ไม่รู้สึกเหงาหรือว่าเหว เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรธิดา ซึ่งทำหน้าที่ดูแลและทำให้เกิดสัมพันธภาพในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Yodkul, S. Srijakkot, J. (2012) ที่พบว่าการมีสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีและทำให้บุคคลเห็นคุณค่าในตนเองนำไปสู่การปรับตัวทางอารมณ์ที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญต่อปัญหาความเครียดที่มากกระทบได้ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ($P\text{-value}=0.006$) เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 73.36) ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่มีความรู้ที่จะสามารถดูแลตนเองได้ดี ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาวิจัยของ Phanpum, A., Sooknirundorn, S., Chanthaphinit, S., Nilbanphot, I.O., Poomphakwaen, K. (2019) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ และสามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ($P\text{-value}=0.02$) เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพจะเริ่มมีการพึ่งพาคนอื่นเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากปัญหาสุขภาพและการมีโรคประจำตัว จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 82.01) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 13.49) และโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 4.50) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yodkul, S. Srijakkot, J. (2012) ที่พบว่า การมีโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพราะการที่มีโรคพร้อมหลายๆ โรคจะส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุมาก ทำให้เกิดความเครียดที่ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองอย่างเคร่งครัด ทำให้เกิดความยุ่งยากใจเป็นภาระทั้งต่อครอบครัวและสังคม

การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส ($p\text{-value}=0.04$) สามารถอธิบายได้ว่า รับรู้ด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลที่บ่งชี้ถึงพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใจสิ่งที่ตนเองพอใจเพราะคิดว่าสิ่งนั้นๆ จะก่อให้เกิดผลที่ดีต่อตนเอง รวมทั้งจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงออกจากสิ่งที่ไม่ปรารถนาและไม่พึงพอใจ เช่น การที่บุคคลใดมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและการปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะเจาะจงมีประโยชน์เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เนื่องจากการรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจต่อสิ่งที่เราที่ผ่านเข้า

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีค่าคะแนนน้อยที่สุดเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขควรส่งเสริมสนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้พบปะพูดคุยและเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้โอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลสุขภาพกับเพื่อนในวัยเดียวกัน

References

- Becker, M.H. (1974). The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs, 2: 324-473.
- Best, John W. (1977). Research is Evaluation. (3rded). Englewood Cliffs: N.J. Prentice-Hall.
- Cronbach, Lee J. (1951). Essentials of Psychological Testing. 3rd ed. New York: Harper.
- Daniel W.W. (2010). Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed). New York: John Wiley & Sons.
- Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security (2018). OLDER STATISTIC. Retrieved 27 January 2021 from http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1550973505-153_0.pdf.
- Janz, N.K., & Becker, M.H. (1984). The health belief model: A decade later. Health education quarterly; 11(1): 1-47.
- Narathiwat provincial Public Health Office. (2019). Annual report of older. Retrieved 27 January 2021 from <https://nwt.hdc.moph.go.th>
- Phanpum, A., Sooknirundorn, S., Chanthaphinit, S., Nilbanphot, I.O., Poomphakwaen, K. (2019). Quality of Life of the Elders in Toobkob Village, Kokdu Sub-district, Mueang District, Loei Province. 1th National Conference in Science, Technology and Innovation 2019. 20 April 2019. Faculty of Science and Technology, Loei Rajabhat University. (in Thai).
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical originals of the Health Belief Model. Health Education Monographs, 2: 1-9.
- Seehawong, M. (2019). Health Perception Associated with Dental Health Behaviors of the Elders in Phetchabun Municipality, Amphur Muang, Phetchabun Province. Journal of Health Science; 28(3): 418-431. (in Thai).
- United Nation, Department of Economic and social Affairs, Population Division. (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision, United Nations: New York, pp.30.
- World Health Organization. [WHO] (2002). Active ageing: A policy framework (WHO/NMH/NPH/02.8). Retrieved 27 January 2021 from http://www.unati.uerj.br/doc_gov/destaque/Madri2.pdf.
- Yodkul, S. Srijakkot, J. (2012). Predicting Factors of Depression among Older People with Chronic Disease in Buriram Hospital. Journal of Nurses, Association of Thailand, North-eastern Division; 33(3): 50-57. (in Thai).