

## พฤติกรรมจัดการสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

Health Behaviors Management that Affect the Quality of Life of the  
Elderly in Maepum Sub-District, Muang District, Phayao Province

ฐิติกร โภชน์เจริญ และ วิทญา ตันอารีย์\*

Thitikorn Photjaroen and Wittaya Tanaree\*

ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

Department of Public Health, Faculty of Science and Technology, Chiang Mai Rajabhat University

E-mail : thitikron061@gmail.com and wittaya\_tan@cmru.ac.th\*

\*Corresponding author

(Received: 7 April 2023, Revised: 12 June 2023, Accepted: 16 June 2023)

<https://doi.org/10.57260/stc.2023.533>

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาพตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมจัดการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 280 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมจัดการสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.52$ ;  $SD=0.55$ ) คุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.49$ ;  $SD=0.44$ ) พฤติกรรมจัดการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ( $r=0.408$ ,  $P\text{-value}<0.01$ ) ทั้งนี้ผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และนำไปพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุในท้องถิ่นต่อไป

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมจัดการสุขภาพ คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ

## Abstract

This study was a Cross-sectional Descriptive Research with the objective of study health management behaviors of the elderly, the quality of life of the elderly and to study the relationship between health management behaviors and quality of life of the elderly in Mae Pum Subdistrict, Mueang District, Phayao Province. Data were collected by questionnaires with a sample of 280 peoples. Data were analyzed by descriptive statistics and correlation analysis by Pearson Product Moment Correlation Coefficient. The results found that the sample group had overall health management behavior was high level ( $\bar{x}$ =3.52; SD=0.55), quality of life was high level ( $\bar{x}$ =3.49; SD=0.44), Furthermore; Health management behaviors had a positively correlation with the quality of life with at the significance level of 0.05 ( $r$ =0.408,  $P$ -value<0.01). The results of this study offer basic information on planning long-term care for elderly and the findings could be applied to further developing a self-management program for elderly.

**Keywords:** Health behaviors management, Quality of life, Elderly

## บทนำ

ปัจจุบันแนวโน้มของจำนวนประชากรโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยประชากรโลกในปี พ.ศ.2563 มีจำนวนประชากรรวมทั้งหมด 7,753 พันล้านคน เป็นประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 14 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2564) ซึ่งตัวเลขดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าประชากรโลกได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ประเด็นนี้ได้รับความสนใจเป็นอย่างมากในหลายประเทศ ในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์แล้ว ขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นและจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์ในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า (World Health Organization, 2007) ได้คาดการณ์ว่า จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 3 ต่อปี โดยในปี พ.ศ.2573 จะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากถึง 1.4 พันล้านคน และจะเพิ่มขึ้นถึง 2 พันล้านคนในปี พ.ศ.2593 โดยในทวีปเอเชียมีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก และสัดส่วนผู้สูงอายุในทวีปเอเชียจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้วคือ ประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเป็นประเทศที่มีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก และประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศอันดับแรกๆ ของโลกที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบเต็มตัว ในขณะที่ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นจากในอดีต จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2564 พบว่ามีผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 13,358,751 คน หรือร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งหมด โดยแบ่งออกเป็นผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 44.7 ผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 55.3 เมื่อแบ่งตามช่วงวัย พบว่า ผู้สูงอายุวัยต้น (60 – 69 ปี) ร้อยละ 57.2 วัยกลาง (70 – 79 ปี) ร้อยละ 29.5 และวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 13.3 ซึ่งในทุกช่วงวัยมีผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย สำหรับแนวโน้มของผู้สูงอายุ พบว่าประเทศไทยมีจำนวนและร้อยละของ

ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปีพ.ศ. 2564 เพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 19.6 เมื่อพิจารณาผู้สูงอายุ รายภาค พบว่า ภาคเหนือมีผู้สูงอายุสูงสุด ร้อยละ 25.2 รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 22.5 ส่วนภาคกลาง ร้อยละ 17.2 และภาคใต้ร้อยละ 16.6 และในปี พ.ศ. 2565 ประเมินการณ์ว่าปี พ.ศ.2574 สังคมไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super aged society) เมื่อจำนวนผู้สูงอายุมีสัดส่วนถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด จะเห็นได้ว่า จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและการก้าวสู่สังคมสูงอายุนี้ เป็นผลมาจากการพัฒนาด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เจริญก้าวหน้า รวมทั้งการกระจายบริการด้าน สาธารณสุข จากนโยบายการวางแผนครอบครัว ทำให้สามารถลดการตายของประชากรทุกกลุ่มวัย และทำให้ อายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทยเพิ่มขึ้น เห็นได้จาก พ.ศ.2562 เพศชายมีอายุเฉลี่ยที่ 76.6 ปี และเพศหญิงมี อายุเฉลี่ยที่ 79.1 ปี เมื่อผู้สูงอายุที่มีอายุเฉลี่ยเพิ่มขึ้นการใช้ชีวิตที่ผ่านมา สภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัวผู้สูงอายุ รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ย่อมทำให้เกิดเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านต่างๆ จึงเป็นวัยที่ต้องใส่ใจ สุขภาพของร่างกายและจิตใจสูงกว่าวัยอื่นๆ เพราะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างเห็น ได้ชัด เช่น การทำงานของระบบต่างๆ ลดลง การเคลื่อนไหวช้าลง กล้ามเนื้อลีบเล็กลง มักจำเหตุการณ์ไม่ค่อย ได้ ชอบย่ำคำถามบ่อยๆ เรียนรู้สิ่งใหม่ได้ยากขึ้น อาจมีอาการซึมเศร้า วิตก กังวล กลัวลูกหลานทอดทิ้ง รวมถึง สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมลดน้อยลง ทำให้ห่างจากสังคม ความสามารถในการ ช่วยเหลือตัวเองหรือกิจวัตรประจำวันไม่คล่องแคล่ว ส่งผลกระทบต่อให้ขาดความมั่นใจในตนเอง รวมถึง การเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมและผู้อื่นลดลง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2560)

จะเห็นได้ว่าสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ อีกทั้งสถานการณ์ การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 ที่ผ่านมามีผลกระทบต่อทุกกลุ่มวัยต้องปรับตัวต่อ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อวิถีชีวิตใหม่ (New normal) ไปสู่วิถีชีวิตถัดไป (Next normal) โดยเฉพาะ อย่างยิ่งผู้สูงอายุต้องรับผิดชอบตนเองเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการแพร่ระบาดของโควิด-16 ที่ทำให้สภาพ เศรษฐกิจย่ำแย่ เป็นผลให้กลุ่มวัยทำงานมีการวางแผนวางแผนชีวิตเป็นสัดส่วนเพิ่มขึ้น เริ่มมีบุตรน้อยลง การ ดำเนินชีวิตและสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย วัยทำงานต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวรวมถึงผู้สูงอายุมากขึ้น รวมถึงค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งนี้พบว่าเฉลี่ยวัยทำงาน 1 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุถึง 3 คน และต้องแบกรับภาระ ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในบางครอบครัวส่งผลต่อการออมและการลงทุนทำให้สมาชิกจำเป็นต้อง ย้ายถิ่นฐานเพื่อประกอบอาชีพ ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังมากขึ้น ขาด ลูกหลานหรือผู้ดูแล ทั้งนี้หาก ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ขาดผู้ดูแลถูกทอดทิ้งจาก ลูกหลาน อาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ (หรินทร์ ใจหนัก , 2560) ด้วยเหตุนี้ ผู้สูงอายุ ครอบครัว ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานต่างๆ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ จะต้องหาทางเลือกที่เหมาะสมต่อบริบทท้องถิ่นมาใช้ในการให้ความช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการ จัดการสุขภาพของตนเองได้

ปัจจุบันทฤษฎีการจัดการสุขภาพตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and Family Self-Management Theory) ของ Ryan & Sawin (2009) เป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่มีจุดเน้นในการสร้างทักษะและ

ความสามารถของบุคคลในการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลตนเองภายใต้บริบทท้องถิ่น ความสามารถในการควบคุมตนเอง (Self-regulation) ความสามารถในการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกทางสังคม (Social facilitation) รวมถึงเพิ่มศักยภาพให้มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง (Self-efficacy) ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี รวมถึงคุณภาพชีวิตและความผาสุก โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 3 มิติ คือ บริบท กระบวนการ และผลลัพธ์ ที่จะส่งผลสัมพันธ์กันอย่างเป็นพลวัต ซึ่งหากบุคคลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและความเชื่อในภาวะสุขภาพ หรือพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะประสบความสำเร็จในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามที่คาดหวัง มีการควบคุมตนเอง สามารถคิดพิจารณาถึงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย ตั้งเป้าหมายพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ประเมินและติดตามผลลัพธ์ได้ด้วยตนเองเป็นระยะแล้วนำมาปรับปรุงกับแผนที่วางไว้ ตลอดจนเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกทางสังคมเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น ทั้งนี้ยังรวมไปถึงการมีความสัมพันธ์อันดีระหว่างหน่วยสังคม ไม่ว่าจะเป็น ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน สมาชิกในชุมชน การเข้าถึงสื่อสุขภาพ ซึ่งล้วนแล้วมีส่วนร่วมในการทำให้เป้าหมายสุขภาพที่วางไว้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ไม่ว่าจะเป็นผลลัพธ์ในระยะสั้น คือ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถจัดการกับอาการป่วยของตนเองได้ นำไปสู่ผลลัพธ์ในระยะยาว คือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อันเป็นผลให้ค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการดูแลสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมลดลง

จากการศึกษาแนวคิดดังกล่าวที่ผ่านมา พบว่า มีการนำมาใช้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการจัดกิจกรรมพัฒนาการแทรกแซง (intervention) เพื่อเพิ่มทักษะและความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติตามการรักษา เป็นต้น เห็นได้จากการศึกษาของ ปัทมาพร ชนะมาร (2561) เกี่ยวกับพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุมีผลทำให้พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมทั้งสมรรถนะทางกายและคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ซึ่งอยู่ในภาคเหนือมีสัดส่วนแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ ร้อยละ 24.10 ซึ่งอยู่ในสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์และมีแนวโน้มจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดในอีกไม่ช้า ด้วยเหตุนี้จึงได้นำแนวคิดดังกล่าวมาปรับประยุกต์ใช้ศึกษาพฤติกรรมการจัดการสุขภาพในผู้สูงอายุ ซึ่งหมายถึงทักษะและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การปฏิบัติตนด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพด้านจิตใจและการจัดการกับความเครียด ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคม และด้านการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และการรับประทานยาเมื่อป่วยของผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว โดยในการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนการจัดการสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทำให้อลดการพึ่งพิงจากครอบครัว ลดภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนของตนเองในท้องถิ่นให้อยู่ร่วมกันอย่างผาสุกต่อไป

## ระเบียบวิธีวิจัย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

รูปแบบการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาพตัดขวาง (Cross - Sectional Descriptive Research) ประชากรในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุติดสังคมที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวนทั้งหมด 18 หมู่บ้าน จำนวน 2,142 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการใช้สูตรของแดเนียล (Daniel, 1995) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 280 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่ ร้อยละ 50 ของหมู่บ้าน ได้จำนวน 9 หมู่บ้าน สุ่มกลุ่มตัวอย่างวิธีการเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) คือ 1) สามารถพูดคุย สื่อสารได้ 2) ยินดีและเต็มใจในการตอบแบบสอบถาม และกำหนดเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) คือ 1) ไม่ประสงค์ในการตอบแบบสอบถาม 2) มีอาการป่วยทางร่างกายหรือจิตใจที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามด้วยสถิติสัมพัทธ์ที่ครบถ้วน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ประธานหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พิจารณาความเหมาะสมค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (Index of item-objective congruences ; IOC) ได้ค่าเฉลี่ยความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.93 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.857 ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร ลักษณะงานหลักที่ท่านทำในชีวิตประจำวัน แหล่งที่มาของรายได้หลักของท่าน ความพอเพียงของรายได้ของท่าน ระยะเวลาที่ท่านอาศัยอยู่ในชุมชนแห่งนี้ ประวัติการมีโรคประจำตัว ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิด และปลายปิด ส่วนที่ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร 13 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 7 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคม 8 ข้อ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 7 ข้อ ด้านจิตใจและการจัดการความเครียด 10 ข้อ และด้านการรับประทานยา 7 ข้อ รวม 52 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง นานๆ ครั้ง บางครั้ง และไม่เคยเลย ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.814 ส่วนที่ 3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ปรับปรุงแนวคิดจากเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization QOL group, 1996; สุวัฒน์ มหัตถิ

รันดร์กุล และคณะ, 2540) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย 6 ข้อ ด้านจิตใจ 5 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 7 ข้อ และด้านสิ่งแวดล้อม 6 ข้อ รวม 24 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.815 กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายผลของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยคำนวณช่วงห่างของคะแนน (บุญชม ศรีสะอาด, 2560)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รหัสโครงการเลขที่ IRBCMRU 2022/111.23.05 มีระยะเวลาตั้งแต่ 5 กรกฎาคม 2565 ถึง 4 กรกฎาคม 2566 หลังจากนั้นทำหนังสือเสนอต่อนายกเทศมนตรีตำบลแม่ปืม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการแจกแบบสอบถามและเก็บแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งหมด จำนวน 280 ชุด ทั้งนี้ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุเพื่อเชิญเข้าร่วมการศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์การศึกษา สิทธิที่จะตอบรับ ปฏิเสธการให้ข้อมูล หรือยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา โดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์สหแบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วงระหว่าง 60 – 70 ปี สถานภาพสมรสและอาศัยอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 62.10) รองลงมาเป็นหม้าย (ร้อยละ 28.90) ระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 76.40) รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 12.90) ลักษณะงานหลักที่ทำอยู่ในชีวิตประจำวันคือ แม่บ้าน พ่อบ้าน และไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 47.50) รองลงมาประกอบอาชีพเกษตร เช่น ทำไร่ ทำสวน ทำนา เป็นต้น (ร้อยละ 37.90) รายได้ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 3,000 บาท ต่อเดือน (ร้อยละ 78.90) แหล่งที่มาของรายได้มาจากเบี้ยผู้สูงอายุ (ร้อยละ 82.50) รองลงมาคือ รายได้จากบุตร (ร้อยละ 34.30) ซึ่งส่วนใหญ่เห็นว่ารายได้ต่อเดือนมีเพียงพอใช้ (ร้อยละ 67.90) อาศัยอยู่ในชุมชนมานานเป็นระยะเวลา 51 – 70 ปี (46.10) รองลงมาอยู่ระหว่าง 31 – 50 ปี (ร้อยละ 22.90) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 95.00) โดยพบมาก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเสื่อม โรคภูมิแพ้ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคกระเพาะอาหาร และโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ เป็นต้น

2. ระดับพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมจัดการสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมจัดการสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคม ( $\bar{X}$ =3.96; SD=0.81) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ( $\bar{X}$ =3.82; SD=0.86) ด้านจิตใจและการจัดการความเครียด ( $\bar{X}$ =3.65; SD=0.65) และด้านการรับประทาน



อาหาร ( $\bar{X}=3.56$ ;  $SD=0.52$ ) อยู่ในระดับมาก สำหรับด้านการออกกำลังกาย ( $\bar{X}=3.32$ ;  $SD=1.01$ ) และด้านการรับประทานยา ( $\bar{X}=2.65$ ;  $SD=0.65$ ) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแปลผลระดับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพ

ระดับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพ	mean	SD	แปลผล
ด้านการรับประทานอาหาร	3.56	0.52	มาก
ด้านการออกกำลังกาย	3.32	1.01	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคม	3.96	0.81	มาก
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.82	0.86	มาก
ด้านจิตใจและการจัดการความเครียด	3.65	0.65	มาก
ด้านการรับประทานยา	2.65	0.80	ปานกลาง
พฤติกรรมจัดการสุขภาพโดยภาพรวม	3.52	0.55	มาก

3. ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ( $\bar{X}=3.59$ ;  $SD=0.55$ ) ด้านจิตใจ ( $\bar{X}=3.56$ ;  $SD=0.57$ ) และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ( $\bar{X}=3.52$ ;  $SD=0.56$ ) มีค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก สำหรับด้านร่างกาย ( $\bar{X}=3.31$ ;  $SD=0.57$ ) มีค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การแปลผลระดับคุณภาพชีวิต

ระดับคุณภาพชีวิต	mean	SD	แปลผล
ด้านร่างกาย	3.31	0.57	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	3.56	0.57	มาก
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3.52	0.56	มาก
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.59	0.55	มาก
ระดับคุณภาพชีวิตโดยภาพรวม	3.49	0.44	มาก

4. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดการสุขภาพกับคุณภาพชีวิต พบว่า พฤติกรรมการจัดการสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ( $r=0.412$ ;  $P\text{-value}<0.01$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดการสุขภาพกับคุณภาพชีวิต

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การจัดการสุขภาพและคุณภาพชีวิต	mean	SD.	r	P-value
พฤติกรรมการจัดการสุขภาพ	3.52	0.55	0.412**	<0.01
คุณภาพชีวิต	3.49	0.44		

\*\*ระดับนัยสำคัญ 0.05

## การอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการสุขภาพโดยภาพรวมระดับมากซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตแบบล้านนา ซึ่งมีลักษณะครอบครัวขยายที่มีลูกหลายคอยดูแลอยู่ไม่ห่างไกล อีกทั้งเป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60 - 70 ปี) ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ภาวะสุขภาพเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไม่มาก ทำให้ยังสามารถช่วยเหลือตนเองและครอบครัวได้ มีการเคลื่อนไหวที่คล่องแคล่วจึงทำให้ยังสามารถเข้าสังคมได้เป็นอย่างดี ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของราตรี อร่ามศิลป์ และคณะ (2561) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่าอายุเป็นปัจจัยสำคัญต่อการจัดการสุขภาพตนเองของบุคคล ผู้ที่อายุมากขึ้นย่อมมีความรู้และประสบการณ์การดูแลตนเองเพิ่มขึ้น แต่ด้วยอายุที่มากขึ้นอาจทำให้ความใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองลดลงเพราะคิดว่าตนเองอายุมากแล้วอยากทำอะไรก็ทำ

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าพฤติกรรมจัดการสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคม และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนมาเป็นระยะเวลานาน (51 - 70 ปี) ทำให้การดำเนินชีวิตและการดูแลสุขภาพตนเองสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น ที่ผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว ญาติ อาศัยอยู่ด้วยกันหรือละแวกเดียวกัน เพื่อนบ้านให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างครอบครัว ผู้อื่นในชุมชน ประกอบกับการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน โดยเฉพาะกิจกรรมที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกันจะมีความสัมพันธ์ภาพที่ดีเป็นพิเศษเพราะมีอายุใกล้เคียงกัน เข้าใจซึ่งกันและกัน หากเจ็บป่วยหรือข้อสงสัยในเรื่องสุขภาพก็จะเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล รวมถึงขอคำแนะนำที่ได้จากบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภรภา จันทรศรีทอง (2559) ซึ่งพบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันระดับต่ำ



อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุน ความช่วยเหลือต่างๆ จากสังคมในรูปแบบต่างๆ เช่น ข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของโดยเฉพาะอย่างยิ่งกำลังใจจากครอบครัว ชุมชนและบุคลากรทางการสาธารณสุข จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้

พฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับมาก อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ อาศัยอยู่กับบ้านทำหน้าที่เป็นแม่บ้าน พ่อบ้าน จึงดูแลตนเองโดยรับประทานอาหารครบทุกมื้อ เลือกรับประทานอาหารพื้นบ้านที่ง่าย ปรุงสุก และหาได้ง่ายในพื้นที่ เช่น ผักสวนครัว ไข่ต้ม ปลาแห้ง น้ำพริก เป็นต้น หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทแป้งและอาหารทอด ปรุงอาหารด้วยวิธีการต้ม นึ่งหรือย่างแทนการทอด ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมจิตต์ สีนุชชัย และคณะ (2564) ซึ่งพบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง รับประทานอาหารเค็ม รับประทานผักและผลไม้ไม่น้อยกว่า 5 ส่วน รับประทานอาหารระหว่างมื้อที่มีรสหวานหรือเปรี้ยวและน้ำตาล เช่น ขนม ผลไม้รสหวาน เป็นต้น นอกจากนี้พฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพด้านจิตใจและการจัดการความเครียดอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน พ่อบ้าน จึงสามารถแบ่งเวลาในการทำกิจกรรม ทำงานและการพักผ่อนอย่างเหมาะสม มีการเข้าร่วมกิจกรรมตามเทศกาล วัฒนธรรมและประเพณีต่างๆ เช่น ทอดผ้าป่า ทอดกฐิน เป็นต้น นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ยอมรับสิ่งต่างๆ ในชีวิตที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้และควบคุมอารมณ์ของตนเองให้เป็นสุขและพึงพอใจในชีวิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลพรรณ จักรแก้ว (2561) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี โดยด้านการทำกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายอารมณ์ และการพูดคุยหรือมีกิจกรรมที่ผ่อนคลายร่วมกับผู้อื่นเป็นกิจกรรมที่ทำได้ง่าย โดยเฉพาะภายในบ้าน เช่น ดูโทรทัศน์ การพูดคุยกับคนในบ้านและการทำงานบ้านเบาๆ เป็นต้น ซึ่งอธิบายได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพหรือโรคประจำตัว ปัจจัยสิ่งแวดล้อมและครอบครัว เช่น ลักษณะนิสัยการรับประทานอาหารของตนเองและภายในครอบครัว การปรุงอาหารด้วยตนเองแทนการซื้อสำเร็จรูป การร่วมกิจกรรมในครอบครัว เป็นปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพที่ดีได้

พฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน พ่อบ้าน จึงคิดว่าการทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกายแล้ว สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพเกษตรกร อาจคิดว่ามีงานอื่นที่ต้องทำ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวจึงเลือกกิจกรรมออกกำลังกายที่ไม่ทำให้ตนเองเหนื่อยมากเกินไป เช่น การเดินแกว่งแขนหรือวิ่งช้าๆ เป็นต้น โดยจะหาศึกษาวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมก่อนการออกกำลังกาย และหากพบอาการผิดปกติ เช่น วิงเวียนศีรษะหรือเจ็บหน้าอก จะหยุดออกกำลังกายทันที สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตต์ สีนุชชัย และคณะ (2564) ซึ่งพบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี และการศึกษาของจรินทร์ สารทอง (2564) ซึ่งพบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อยมาก นอกจากนี้ พฤติกรรมการจัดการสุขภาพด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวจะรับประทานยาเป็นประจำและต่อเนื่องตามคำแนะนำของแพทย์ มีการวางยาโรคประจำตัวไว้ใกล้น้ำดื่มเพื่อป้องกันตนเองลืมรับประทานยา แต่บ่อยครั้งที่กลุ่มตัวอย่างบางส่วน เมื่อไม่มีอาการ

แล้วจะหยุดรับประทานยาด้วยตนเอง ปรับปริมาณการรับประทานยาด้วยตนเอง ซื่อรับประทานเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับ สมจิตต์ สินธูชัย และคณะ (2564) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองด้านการใช้ยาโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะการรับประทานยา ครบทุกมื้อ ตรงตามแผนการรักษา จึงอธิบายได้ว่าการสร้างเสริมศักยภาพให้ผู้สูงอายุรับรู้ความสามารถของตนเอง อบรมความรู้ ความเข้าใจในการออกกำลังกาย การใช้ยาอย่างถูกวิธี จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตรา บุญประสิทธิ์และคณะ (2559) ซึ่งพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้ในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Papadakos et al. (2022) ซึ่งพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองด้วยเคมีบำบัดและการใช้บริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผลการศึกษาคุณภาพชีวิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมระดับมาก ซึ่งไม่เกินไปตามสมมติฐานการวิจัย อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุติดสังคมที่มีโรคประจำตัว รายได้มาจากเบี้ยผู้สูงอายุ ประกอบกับระยะเวลาที่ศึกษาเป็นช่วงผ่อนคลายมาตรการป้องกันการระบาดของโควิด-19 จึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าจะไม่ถูกทอดทิ้ง ได้รับการเอาใจใส่จากหน่วยงานภาครัฐที่มอบให้เพื่อการยังชีพ อีกทั้งทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสได้พบปะผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน ได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน นอกจากนี้สามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้รู้สึกปลอดภัยจากการระบาดของโควิด-19 อย่างไรก็ตามผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ พัทธราภรณ์ พัฒนะ (2561) และ อรนิษฐ์ แสงทองสุข (2563) ซึ่งพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ เนตรนภา กาบมณี และคณะ (2564) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตได้แก่ รายได้ การมีโรคประจำตัว สุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต และความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และศิริรัตน์ จำปีเรืองและคณะ (2563) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุควรจัดกิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ เช่น การจัดกิจกรรมอบรมส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการสุขภาพกาย สุขภาพจิต ให้กับผู้สูงอายุซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมจัดการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมจัดการสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งหากผู้สูงอายุปฏิบัติอย่างเหมาะสมและถูกต้องอย่างเป็นประจำสม่ำเสมอจะส่งผลต่อสุขภาพคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ วิทมา ธรรมเจริญ และนิทัศน์ย์ เจริญงาม (2561) ที่ได้ศึกษา พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลสองพี่น้อง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองทั้งหมด 8 ตัวแปร และคุณภาพชีวิต โดยรวมของผู้สูงอายุมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.179 ถึง 0.342 โดยมีความสัมพันธ์กันไปในทิศทางบวก และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทักษิณาทิพย์

หมื่นไธสง (2564) ซึ่งพบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการออกกำลังกาย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการจัดการความเครียด มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในทางบวก ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ เท่ากับ 0.847 อย่างมีสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้จากสอดคล้องกับการศึกษาของ Ohta et al. (2022) พบว่า ในช่วงการระบาดของโควิด-19 ผู้สูงอายุที่มีการจัดการสุขภาพตนเองกับอาการที่ไม่รุนแรง มีการเปลี่ยนแปลงดัชนีสุขภาพได้ดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีการจัดการตนเอง การจัดการกิจกรรมส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการตนเองให้กับผู้สูงอายุจะสามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนได้ จึงอธิบายได้ว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของบุคคลให้ดีขึ้นได้

## บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ซึ่งถือเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญที่ทำให้เข้าใจบริบทการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปใช้ในการออกแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่สอดคล้องและเหมาะสมตามบริบทท้องถิ่น เกิดผลตามเป้าหมายที่แต่ละบุคคลกำหนดไว้ ตลอดจนหาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วางแผนการใช้ชีวิตด้วยตนเอง ประเมินและติดตามตนเองหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นใจในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข แม้จะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ โดยควรจะมีการศึกษามิติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพตนเองร่วมด้วย เช่น การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้สุขภาพ ความเชื่อ ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง การตัดสินใจด้านสุขภาพ ทักษะและความสามารถในการควบคุมตนเอง ตลอดจนการวิจัยแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นต้น โดยนำมาพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีการติดตามผล 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองในระยะยาว อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ต่อสุขภาพที่ดี ไม่ว่าจะเป็นความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ดีขึ้น สมรรถนะในการปฏิบัติตนต่อควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์เพิ่มมากขึ้น ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายสุขภาพที่ไม่จำเป็น และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

- กมลพรรณ จักรแก้ว. (2561). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จรินทร์ สารทอง. (2564). การจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในเขตเมือง เทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(3), 516-523.
- <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/11351/9837>
- ทักษิณาทิพย์ หมื่นไธสง. (2564). ปัจจัยพฤติกรรมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.

- เนตรนภา กาบมณี, สิริลักษณ์ อู่เจริญ และ ปานเพชร สกุลคุ. (2564). การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์*, 11(1), 27-39. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/article/view/247092>
- บุญชม ศรีสะอาด. (2560). *การวิจัยเบื้องต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ปัทมาพร ชนะมาร. (2561). การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์*, 19(1), 61-72. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/108306>
- พัชรภรณ์ พัฒนะ. (2561). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดสระบุรี. การค้นคว้าอิสระ การจัดการการส่งเสริมสุขภาพ. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*.
- ภรปภา จันทรศรีทอง. (2559). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในโรงพยาบาลตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- ราตรี อร่ามศิลป์, พัทยา เกิดกุล และ สายใจ จารุจิตร. (2561). พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า*, 29(1), 68-77. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pnc/article/download/132639/99550/349770>
- วิมา ธรรมเจริญ และ นิทัศน์ย์ เจริญงาม. (2561). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลสองพี่น้อง อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี (รายงานผลการวิจัย)*. จันทบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนา พัฒนศรี และ ธนิกานต์ ศักดาพร. (2560). *โรงเรียนผู้สูงอายุ : ชุดความรู้ การพัฒนาเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สมจิตต์ สินธูชัย, นุสรา นามเดช, ประไพ กิตติบุญถวัลย์, สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล, จิราภรณ์ ชื่นฉ่ำ, กันยารัตน์ อุบลวรรณ และ ปฐยาวัชร ปรากฏผล. (2564). *การพัฒนาแบบความรอบรู้สุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี. รายงานการวิจัยได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก*.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2564). *ดัชนีความก้าวหน้าของคนประจำปี 2563*. กรุงเทพฯ: กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สภาพัฒน์.
- สุจิตรา บุญประสิทธิ์, สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ และ ชมนาด สุ่มเงิน. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์ กรุงเทพมหานคร*, 32(1), 44-56. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/64275>

- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วีระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และ ราณี พรมานะจิรังกุล. (2540). *ความหมายของคุณภาพชีวิต เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- หริณทร์ ใจหนัก. (2560). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบางรี้น ตำบลบางรี้น อำเภอเมืองจังหวัดระนอง*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี.
- อรณิชฐ์ แสงทองสุข. (2563). *การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานีและนนทบุรี*. ทุนอุดหนุนการวิจัย สาขาวิชาการบริหารและการจัดการสมัยใหม่ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- Daniel, W.W., (1995). *Biostatistics : A foundation for analysis in the health sciences*. (6<sup>th</sup>ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Ohta, R., Ryu, Y., & Sano, C. (2022). Improvement in quality of life through self-management of mild symptoms during the COVID-19 pandemic: A prospective cohort study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6652. DOI: 10.3390/ijerph19116652
- Papadakos, J., Barnsley, J., Berta, W., Rowlands, G., Samoil, D., & Howell, D. (2022). The association of self-efficacy and health literacy to chemotherapy self-management behaviors and health service utilization. *Supportive Care in Cancer*, 30(1), 603-613. DOI: 10.1007/s00520-021-06466-5
- Ryan, P. & Sawin, K. J. (2009). The Individual and Family Self-Management Theory: Background and perspectives on context process and outcomes. *Nursing Outlook*, 57(3), 217-225. DOI: 10.1016/j.outlook.2008.10.004
- World Health Organization. (2007). *Global Age-Friendly Cities: A Guide*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43755>
- World Health Organization QOL group. (1996). *WHOQOL-BREF : introduction, administration, scoring and generic version of the assessment : field trial version*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63529>