ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

นางสาวนาฎอนงค์ เจนการ

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
พ.ศ. 2562

Factors Affecting Quality of Life of the Elderly with Non-Communicable Diseases in Bangsala Subdistrict, Pak Phanang District, Nakhon Si Thammarat Province

Miss Nadanong Jengan

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for

the Degree of Master of Public Health Administration

School of Health Science

Sukhothai Thammathirat Open University

2019

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ	ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช
ชื่อและนามสกุล	นางสาวนาฏอนงค์ เจนการ
สาขาวิชา	วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร.ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2563

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ

.....ประธานกรรมการ

(อาจารย์ ดร.ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.พาณี สีตกะลิน)

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ชื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผู้ศึกษา นางสาวนาฏอนงค์ เจนการ **รหัสนักศึกษา** 2605001151 **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์ **ปีการศึกษา** 2562

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) คุณลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช (2) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช และ (3) ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยผ่านการรับรองจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ตามหมายเลข IRB-SHS 2019/1004/57 จากสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 223 คน ใช้วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง กรณีทราบจำนวนประชากร ซึ่งคำนวณได้ทั้งหมด 157 คน ใช้วิธีการสุ่มโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์และรายงานผล คือ ค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า (1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุ 70 – 79 ปี อายุเฉลี่ย 73.8 ปี เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรส ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้เพียงพอ อาศัยอยู่กับคู่สมรส เป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ซึ่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่มใด ๆ ในชุมชน (2) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในภาพรวม อยู่ในระดับดี และ (3) ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ อายุ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล สถานที่ที่เข้ารับบริการ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และการสนับสนุนทางสังคม โดยทั้ง 2 ปัจจัย สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้ร้อยละ 34.97 (R^2 = 0.349) ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อทำให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวและมีการวางแผนในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Independent Study title: Factors Affecting Quality of Life of the Elderly with Non-Communicable Diseases in Bangsala Subdistrict, Pak Phanang District, Nakhon Si Thammarat Province
Author: Miss Nadanong Jengan; **ID:** 2605001433; **Degree:** Master of Public Health;
Independent Study advisor: Dr. Pokkamol Laoraksawong; **Academic year:** 2019

Abstract

This survey research aimed (1) to identify demographic characteristics of elderly persons, (2) to assess the quality of life of elderly persons, and (3) to explore factors affecting the quality of life of elderly persons, all with non-communicable diseases (NCDs) in Bang Sala subdistrict, Pak Phanang district, Nakhon Si Thammarat province.Through the Ethics of Human Research Certificate, number IRB-SHS 2019/1004/57 from the Health Sciences Program Sukhothai Thammathirat Open University.

The study involved 157 elderly persons randomly selected without replacement from 223 elders aged 60 years and over with a history of NCDs. The sample size was calculated using the finite population proportion method. Data were collected using the Thai version of the WHO Quality of Life tool) WHOQOL–26(, a 26-item questionnaire, with the reliability value of 0.93. The statistics used for data analysis and reporting were frequency distribution, percentage, minimum, maximum, standard deviation and multiple regression analysis.

The results showed that: (1) among the respondents, most of them were married females aged 70–79 years (mean, 73.8), living with their spouses; they had no occupation but had sufficient income; they mostly had hypertension and had been ill for 5 years or more, had medical care at the subdistrict health promoting hospital under the universal health care scheme; and they were not a member of any groups in community;)2(the overall quality of life of elderly respondents was at the good level; and (3) the factors significantly affecting their quality of life were age, income sufficiency, medical care rights, treatment facility, self-esteem, health service system, family relationship, and social support; two of which (self-esteem and social support) could predict their quality of life collectively at 34.97%) R^2 = 0.349). These results can be used as a guideline for planning to solve the problems related to quality of life of NCD elderly persons. Importance should be attached to promoting self-esteem, enhancing access to health services, and getting social support so that they can adapt and plan their lifestyle appropriately for good quality of life.

Keywords: Quality of life; Elderly persons, Non-communicable diseases

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและการสนับสนุนจากผู้มีพระคุณหลายท่าน ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณอาจารย์ดร.ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ ที่กรุณาเสียสละเวลาในการให้คำปรึกษา แนะนำด้านวิชาการและให้ข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งการตรวจสอบแก้ไขเอกสารฉบับนี้ ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.พาณี สีตกะลิน ที่กรุณาเป็นกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ ตลอดจนให้คำชี้แนะในการทำให้ผลงานครั้งนี้ มีความสมบูรณ์และสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย ประธานกรรมการผลิตและบริหารชุดวิชา รวมทั้งกราบขอบพระคุณคณาจารย์จากสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิชาเอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอนให้ความรู้ในการศึกษาตลอดหลักสูตร ซึ่งผู้ศึกษาได้นำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาค้นคว้าอิสระในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ดร.ดุริยางค์ วาสนา คุณสุรพร นนทแก้ว และคุณรัชนีกร วงศราวิทย์ ที่กรุณาตรวจสอบความตรงในเนื้อหาของเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้แบบสอบถามมีความถูกต้อง ครบถ้วน และสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ สาธารณสุขอำเภอปากพนัง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางขลัง ตำบลบางตะพง อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่อนุเคราะห์สถานที่ทดลองเครื่องมือ และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางไทร คณะเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางศาลา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางไทรทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา และได้สละเวลาอันมีค่าในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณเพื่อนๆ นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิชาเอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ทุกท่านที่คอยให้คำแนะนำ และช่วยเหลือมาโดยตลอด

สุดท้ายนี้ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อบุญรวย และคุณแม่ยุพิน เจนการ ผู้ให้กำเนิด อบรมเลี้ยงดู ให้ความอบอุ่น คอยเป็นกำลังใจ และให้การสนับสนุนด้วยดีตลอดมา และขอขอบคุณ ทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้

นาฏอนงค์ เจนการ

กุมภาพันธ์ 2563

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ
กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ
สารบัญตาราง ..... ฌ
สารบัญภาพ ..... ญ
บทที่ 1 บทนำ 1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา 3
สมมุติฐานของการศึกษา 3
กรอบแนวคิดในการศึกษา 4
ขอบเขตการศึกษา 5
นิยามศัพท์ 5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 7
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 8
ผู้สูงอายุ 8
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 20
แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต 34
แนวคิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง 42
แนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัว 44
แนวคิดด้านการสนับสนุนทางสังคม (Social support) 49
แนวคิดแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE–PROCEED Model) 53
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 67
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 67
วิธีการการดำเนินการ 71
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 72
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 77
การวิเคราะห์ข้อมูล 77

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 78
ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช 79
ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช 83
ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช 94
ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช 99
ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช 103
บทที่ 5 สรุปการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 105
สรุปการศึกษา 105
อภิปรายผล 108
ข้อเสนอแนะ 115
บรรณานุกรม 117
ภาคผนวก 128
ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ 129
ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 131
ค เอกสารจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย 145
ง เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างเอกสารคำชี้แจงสำหรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย 147
ประวัติผู้ศึกษา 151

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 3.1 การแปลผลระดับพลาสมากลูโคสและ A1C เพื่อการวินิจฉัย 68

ตารางที่ 3.2 เกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามของ ส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 ส่วนที่ 4 และส่วนที่ 5 74

ตารางที่ 3.3 เกณฑ์การให้คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 75

ตารางที่ 4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80

ตารางที่ 4.2 ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยภาพรวม 84

ตารางที่ 4.3 ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ โดยภาพรวม และจำแนกรายด้าน 85

ตารางที่ 4.4 ระดับปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ 87

ตารางที่ 4.5 ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุ 90

ตารางที่ 4.6 ระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ 92

ตารางที่ 4.7 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม และจำแนกตามองค์ประกอบ 94

ตารางที่ 4.8 ระดับคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบด้านร่างกายของผู้สูงอายุ 95

ตารางที่ 4.9 ระดับคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบด้านจิตใจของผู้สูงอายุ 96

ตารางที่ 4.10 ระดับคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ 97

ตารางที่ 4.11 ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ 98

ตารางที่ 4.12 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 100

ตารางที่ 4.13 การวิเคราะห์การถดถอยเพื่อพยากรณ์ปัจจัยที่มีผลกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 104

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา 4
ภาพที่ 2.1 แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE–PROCEED Model) 57

บทที่ 1
บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งหมายถึงปรากฏการณ์ที่สัดส่วนผู้สูงอายุในสังคมสูงเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมด สถานการณ์ในปัจจุบันผู้สูงอายุมีสัดส่วนเป็น 1 ใน 9 ของประชากรโลก และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเป็น 1 ใน 5 ของประชากรโลกภายในปี ค.ศ. 2050 ซึ่งส่งผลให้เกิดจำนวนของผู้สูงอายุทั่วโลกมีมากกว่าประชากรเด็ก (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ, 2558) และสอดคล้องกับการรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) คาดการณ์ว่า จำนวนประชากรของผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอายุ 65 ขึ้นไปจะเพิ่มสัดส่วนเป็นเท่าตัว คือ จากร้อยละ 11.0 ของจำนวนประชากรโลกเป็นร้อยละ 22.0 ในปี ค.ศ. 2050 (WHO, 2558) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าสังคมโลกกำลังจะเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมแห่งผู้สูงอายุ โดยกระบวนการหรือปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดสังคมผู้สูงอายุของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกมีความแตกต่างกัน อาทิ ความเจริญมั่งคั่งทางเศรษฐกิจ ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์ การสุขาภิบาล การโภชนาการอาหาร และการศึกษา ซึ่งล้วนส่งผลต่อสุขภาพ (Health) และการมีอายุยืนยาว (Longevity) ของประชาชนทั้งสิ้น (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ, 2558)

ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aged society) ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2548 ซึ่งมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 10.0 และจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) ในปี พ.ศ. 2567-2568 และกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super aged society) ในปี พ.ศ.2574 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.), 2560) ผลจากการสำรวจประชากรไทย พบว่าประชากรไทยมีจำนวน 67.6 ล้านคน มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 11.3 ล้านคน (ร้อยละ 16.7) ของประชากรทั้งหมด เป็นชาย 5.1 ล้านคน (ร้อยละ 15.4) และหญิง 6.2 ล้านคน (ร้อยละ 18.0) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) และเมื่อแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 ช่วงวัย คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) จะพบว่า ผู้สูงอายุของไทยส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ในช่วงวัยต้น ร้อยละ 57.4 โดยอัตราของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุก ๆ ปี ตัวอย่างเช่น ในปีพ.ศ. 2554 มีอัตราผู้สูงอายุร้อยละ 12.2 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 14.9 ในปีพ.ศ. 2557 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.7

ในปี พ.ศ. 2560 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) เมื่อพิจารณาถึงแนวโน้มอัตราผู้สูงอายุ หมายถึงอัตราส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งสิ้น 100 คน จะพบว่า เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด จากร้อยละ 6.8 ในปี พ.ศ. 2537 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 ในปี พ.ศ. 2545 ร้อยละ 10.7 ในปี พ.ศ. 2550 ร้อยละ 12.2 โดยในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยจะมีจำนวนประชากรสูงอายุมากกว่าประชากรวัยเด็ก โดยคาดว่าจะมีประชากรเข้าสู่วัยผู้สูงอายุปีละประมาณ 1 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) โดยประชากรกลุ่มนี้มากกว่าร้อยละ 30.0 จะไม่มีการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในอนาคต โดยเฉพาะในมิติด้านสุขภาพ และความมั่นคงทางรายได้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561) จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และมีโอกาสที่จะเจ็บป่วยจนไม่สามารถดูแลตัวเองได้ หรือต้องมีคนดูแล จนกลายเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงได้ ซึ่งในปัจจุบันพบว่า จำนวนและอัตราผู้ป่วยใน ด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกโรคอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์อัมพาต และโรคเบาหวาน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) จากผลการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2556 พบว่า ผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และเป็นโรคร่วมทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.4 ร้อยละ 18.2 และร้อยละ 13.0 ตามลำดับ (ประชากรสูงอายุไทย, 2556) โดยผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงและเสียชีวิตได้ เช่น โรคไตวาย โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต/อัมพฤกษ์) โดยจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพได้ง่าย และทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงได้

ในปีพ.ศ. 2561 อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราชพบ มีประชากรทั้งหมด 78,702 คน เป็นประชากรสูงอายุ 17,133 คน (ร้อยละ 21.8) ของประชากร พบผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 51.0 โดยพบป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.4 รองลงมาคือโรค เบาหวาน ร้อยละ 18.2 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1.6 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 1.1 ตามลำดับ (รายงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอปากพนัง, 2561) และในเขตพื้นที่ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีประชากรทั้งหมด 1,602 คน เป็นประชากรสูงอายุ ร้อยละ 28.7 มีอัตราส่วนพึ่งพิงวัยชรา ร้อยละ 54.1 มีดัชนีสูงอายุ 146.4 ซึ่งถือว่าเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยพบผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 52.0 โดยพบป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 63.0 โรคเบาหวาน ร้อยละ 5.0 โรคร่วมทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 28.0 และอื่น ๆ ร้อยละ 4.0 จากข้อมูลข้างต้นพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในพื้นที่ตำบลบางศาลา มีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็น

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

2.1 เพื่อศึกษาคุณลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

2.2 เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

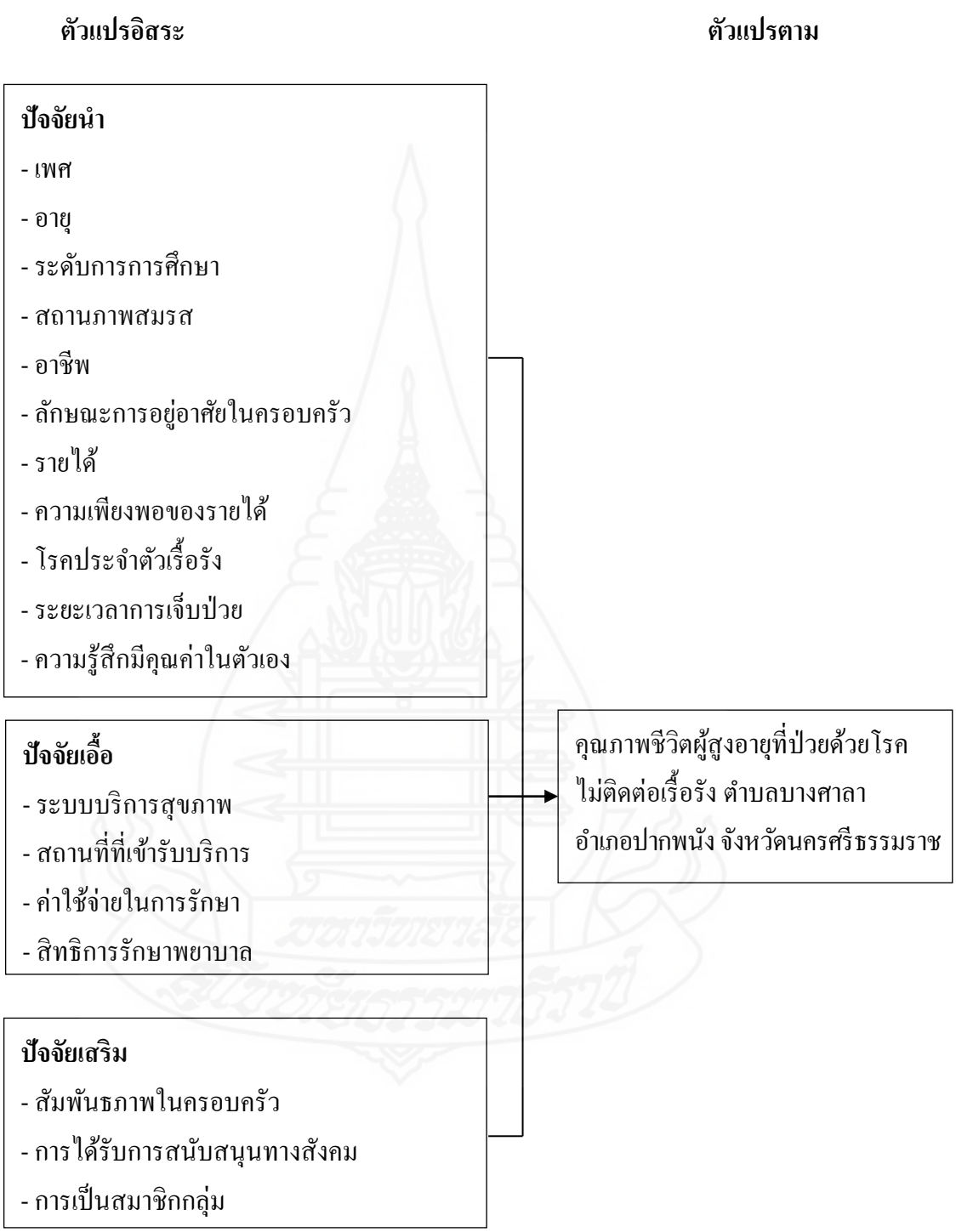
3. สมมุติฐานของการศึกษา

3.1 คุณลักษณะทางประชากร โรคประจำตัวเรื้อรัง ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

3.2 ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ สถานที่ที่เข้ารับบริการ ค่าใช้จ่ายในการรักษา สิทธิการรักษาพยาบาล มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

3.3 สัมพันธภาพในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

4. กรอบแนวคิดในการศึกษา



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

5. ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาถึงระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงเดือน ธันวาคม 2562

6. นิยามศัพท์

6.1 ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (นับครบรอบปีบริบูรณ์ตามวันเดือนปีเกิดที่ระบุไว้ในทะเบียนราษฎร์ กรณีที่ทราบเฉพาะปีเกิดนับครบ 60 ปีบริบูรณ์ในวันที่ 1 มกราคม 2562) และสามารถสื่อสารด้วยวาจาได้

6.2 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง กลุ่มโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค หากแต่เกิดจาก ปัจจัยต่าง ๆ ภายในร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลจากรูปแบบวิธีการใช้ชีวิต ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเช่น การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารหวานมันเค็มจัด และมีความเครียด ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคร่วมทั้งเบาหวานความดันโลหิตสูง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562)

6.3 คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้และความพึงพอใจ ในการดำรงชีวิตในสิ่งที่ตนเป็นอยู่อย่างมีความสุขตามสภาพความเป็นอยู่และสภาวะรอบ ๆ ตัวเองทั้งด้านปัญญา ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

6.4 โรคประจำตัวเรื้อรัง หมายถึง โรคที่ติดตัวอยู่เป็นประจำ รักษาไม่หายขาด เป็นโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค หากแต่เกิดจาก ปัจจัยต่าง ๆ ภายในร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลจากรูปแบบวิธีการใช้ชีวิต ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเช่น การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารหวานมันเค็มจัด และมีความเครียด ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคร่วมทั้งเบาหวานความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคซึมเศร้า โรคเบาหวาน และ โรคมะเร็ง

6.5 ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเอง หรือมีความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งพิจารณาจากการประเมินคุณค่าตนเองในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีคุณค่าของตนเอง รวมทั้งการสามารถยอมรับการเห็นคุณค่าที่ผู้อื่นมีต่อตน มีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความนับถือตนเอง

6.6 สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความสัมพันธ์อันดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว อันจะทำให้เกิดความรัก ความนับถือ และความร่วมมือ หรืออีกความหมายหนึ่งคือการอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวได้อย่างมีความสุข

6.7 การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน

6.8 ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ระบบหรือการบริการด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุคลากร องค์กร หรือหน่วยงานของรัฐ มีรายละเอียดดังนี้

6.8.1 การดูแลผู้สูงอายุโดย อสม. หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับการปฏิบัติจากอาสาสมัครสาธารณสุขในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความรู้และข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำด้านสุขภาพ การติดตามเยี่ยมบ้าน การดูแลสุขภาพที่บ้าน

6.8.2 การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเข้ารับบริการด้านสุขภาพจากสถานบริการด้านสุขภาพ

6.8.3 การบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับการปฏิบัติจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความรู้และข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำด้านสุขภาพ การติดตามเยี่ยมบ้าน การดูแลสุขภาพที่บ้าน

6.8.4 การบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาล หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับการปฏิบัติหรือการเข้าร่วมกิจกรรม จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ ความรู้และข้อมูลข่าวสารคำแนะนำด้านสุขภาพ การติดตามเยี่ยมบ้าน การดูแลสุขภาพที่บ้าน

6.8.5 ระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ หมายถึง สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุได้รับ

6.8.6 การสนับสนุนด้านสุขภาพที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจาก องค์กรปกครองส่วนท่องถิ่น ในด้านการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ความรู้และข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำด้านสุขภาพ การติดตามเยี่ยมบ้าน การดูแลสุขภาพที่บ้าน

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 สามารถนำความรู้ที่ได้ไปวางแผนในการพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

7.2 เพื่อเป็นแนวทาง ในการนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์มาจัดทำแผนในการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน

บทที่ 2
แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้ศึกษาจึงได้ทำการรวบรวมทฤษฎีตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นพื้นฐานและแนวคิดในการศึกษา ดังนี้คือ

1. ผู้สูงอายุ
   1.1 สถานการณ์และสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ
   1.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
   2.1 สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
   2.2 โรคเบาหวาน
   2.3 โรคความดันโลหิตสูง
3. แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ครอบคลุมถึงประเด็นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต การประเมินคุณภาพชีวิต
4. แนวคิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง
5. แนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัว
6. แนวคิดด้านการสนับสนุนทางสังคม (Social support)
7. แนวคิดแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE – PROCEED Model)
8. แนวคิดปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

1. ผู้สูงอายุ

1.1 สถานการณ์และสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ

จากรายงานการสำรวจประชากรไทยปีพ.ศ. 2561 ประเทศไทย มีจำนวนประชากรรวมทั้งหมดประมาณ 66 ล้านคน ในจำนวนนี้ประกอบด้วยประชากร 60 ปีขึ้นไป 11.7 ล้านคน หรือร้อยละ17.6 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุของประชากรไทย ในรอบ 50 ปี ที่ผ่านมา โครงสร้างอายุของประชากรไทยได้เปลี่ยนไป จากในอดีตมีประชากรวัยเด็กมากกว่าวัยสูงอายุ

ในปี 2513 ประเทศไทยมีประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีมากถึงเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมด แต่ในปีพ.ศ. 2561 สัดส่วนประชากรวัยเด็กลดลง เหลือเพียงร้อยละ 17.0 แต่สัดส่วนผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2513 มีเพียงร้อยละ 5.0 ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.6 ในปีพ.ศ. 2561 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 คาดประมาณว่าจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มด้วยอัตราเฉลี่ยร้อยละ 4.0 ต่อปี ปัจจุบันประชากรไทยโดยรวมเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่ต่ำมากจนใกล้เคียงกับศูนย์ และประเทศไทยจะมีอัตราเพิ่มขึ้นของประชากรติดลบโดยเริ่มติดลบในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2568–พ.ศ. 2573 เป็นต้นไป ในขณะที่ประชากรสูงอายุกลับเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูงมาก (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) ในปี พ.ศ. 2513 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุวัยปลาย หรืออายุ 80 ปีขึ้นไป เพียง 1 แสน 4 หมื่นคน ในปี พ.ศ. 2561 ผู้สูงอายุวัยปลาย ได้เพิ่มขึ้นเป็น 1.3 ล้านคน และคาดประมาณว่า จะมีผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปมากถึง 3.1 ล้านคนในอีก 20 ปีข้างหน้า (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 เป็นต้นไป คาดประมาณว่าจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มด้วยอัตราเฉลี่ยร้อยละ 4.0 ต่อปี และประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มด้วยอัตราเฉลี่ยร้อยละ 6 ต่อปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) สาเหตุของการกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ เกิดจากการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการเกิดและอัตราการเจริญพันธุ์ ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนเหตุผลดังกล่าวคือ จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยที่สตรี 1 คนมีตลอดวัยเจริญพันธุ์ เมื่อปีพ.ศ. 2507 เท่ากับ 6 คน ลดเหลือ 5 คนในปี พ.ศ. 2537 และเหลือเพียง 2 คนในปี พ.ศ. 2539 ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนบุตรที่ทดแทนคู่สมรส หรือเรียกว่าอัตราเจริญพันธุ์ในระดับทดแทนเท่านั้น และต่อมาในปี พ.ศ. 2549-2550 อัตราการเจริญพันธุ์รวมลดลงมาอีก คงเหลือเพียง 1.6 คน ซึ่งเป็นอัตราการเจริญพันธุ์ที่ต่ำกว่าระดับทดแทน ในขณะที่อีกสาเหตุหนึ่งคือความยืนยาวของชีวิตประชากรของประเทศไทยเพิ่มขึ้น โดยมีข้อมูลสนับสนุนคืออายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่ใช้วัดอายุยืนของประชากรสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2508 อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 40 ปี เพิ่มเป็น 60 ปี ในปี พ.ศ. 2510 และเพิ่มขึ้นอีกเป็น 80.1 ปี ในปี พ.ศ. 2562 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) และเหตุผลอีกประการหนึ่งมาจากการลดลงของอัตราการตายของประชากรวัยต่าง ๆ เนื่องจากประเทศไทยได้มีการพัฒนาทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การแพทย์ การสาธารณสุข และการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม (สมศักดิ์ ชุณหรัศมี, 2551) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวกำลังนำประเทศไทย เข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” ตามนิยามขององค์การอนามัยโลกที่กล่าวไว้ว่า สังคมผู้สูงอายุ หมายถึงสังคม ที่มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10.0 ของประชากรทั้งหมดในสังคม (นภาพร ชโยวรรณ, 2542)

จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี 2560 ประชากรสูงอายุไทยยังมีปัญหาเรื่องสุขภาพ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะช่วยตัวเองไม่ได้ (ไม่สามารถประกอบกิจวัตรพื้นฐาน

คือ รับประทานอาหาร เข้าห้องน้ำ แต่งตัว ด้วยตนเอง) มากถึงร้อยละ 5.0 โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลายที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ มีมากถึงร้อยละ 19.0 ของผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน ความสามารถในการมองเห็น ได้ยิน และเคี้ยวอาหาร นับเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ความสามารถเหล่านี้ ก็มักถดถอยลงไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น และเมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุของผู้สูงอายุ ในช่วงปี 2545-2560 พบแนวโน้มที่ลดต่ำลงในเรื่องของการมองเห็นโดยเริ่มตั้งแต่ปี 2550 แต่สำหรับการได้ยินมีแนวโน้มที่ดีขึ้น สังเกตได้ว่า ความเสื่อมถอยทางด้านสายตาเกิดขึ้นก่อนการได้ยินอย่างมาก สำหรับเรื่องของความสามารถในการเคี้ยวอาหารนั้น จากการสำรวจพบว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอมนั้นเพิ่มขึ้น ตามอายุ และโดยรวมในปี 2560 ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ใส่ฟันปลอม นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีปัญหาเรื่องการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จาการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยในปี 2545-2560 พบผู้สูงอายุไทยมีปัญหาด้านสุขภาพจากโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเบาหวานจากร้อยละ 8.3 ในปี 2545 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.5 ในปี 2560 และผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 20.0 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 33.0 ในปี 2560 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560)

ดังนั้นผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่นำเสนอไว้ข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าสังคมไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสภาพของสังคมที่มีปัญหาซับซ้อน เชื่อมโยงกันหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุรวมไปถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วย จึงย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตประชากรโดยตรงทั้งในส่วนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและประชากรวัยแรงงานที่ต้องแบกรับภาระการเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

1.2 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.2.1 ความหมาย

วัยสูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

องค์การสหประชาชาติ ปัจจุบัน สหประชาชาติ (United Nations) ยังไม่มีนิยามที่แน่นอน ว่าอายุเท่าไรจึงจะเรียกว่าเป็น “ผู้สูงอายุ” (Older/Elderly person) แต่สหประชาชาติใช้อายุ 60 ปีขึ้นไปในการนำเสนอสถิติ ข้อมูล และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560)

ประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้อายุ 65 ปีขึ้นไป เป็นเกณฑ์ในการเรียก “ผู้สูงอายุ” สำหรับประเทศไทย กำหนดนิยาม “ผู้สูงอายุ” ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546

มาตรา 3 “ผู้สูงอายุ” หมายถึง “บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปี บริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย” (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560)

กรมประชาสงเคราะห์ (2530) ได้ให้ความหมายผู้สูงอายุ หมายถึง การพัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุของมนุษย์ ความสูงอายุนี้ เริ่มตั้งแต่เกิดมาและดำเนินต่อเนื่องไปจนสิ้นสุดอายุขัยของสิ่งมีชีวิตนั้น

วรรณา รุ่งวณิชชา (2539) ได้ให้ความหมายผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุตามปฏิทิน ซึ่งเป็นวัยที่สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไปสู่วัยเสื่อมวัยสูงอายุจึงเป็นวัยที่ควรพักผ่อน และเปลี่ยนแปลงการทำงานเป็นงานที่ไม่ต้องรับผิดชอบหรือไม่เครียดมาก และในข้าราชการไทยกำหนดให้เกษียณอายุราชการเมื่ออายุ 60 ปี

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2539) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า หมายถึงบุคคลที่สังคมได้กำหนดเกณฑ์อายุ เมื่อมีอายุอยู่ในช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2530) ได้ให้ความหมายผู้สูงอายุไว้ว่า หมายถึง เป็นวัยของชีวิตที่มีลักษณะเปลี่ยนแปลงเฉพาะ มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม

Goldstein (1971 อ้างถึงใน ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538) ได้ให้คำจำกัดความว่าการมีอายุเพิ่มขึ้น (Aging) นั้น เป็นการสูญเสียของการปรับตัวที่ค่อยเป็นค่อยไป และทำให้การคาดการณ์ของอายุขัยลดลงเมื่อเวลาผ่านไป ซึ่งสามารถตรวจวัดได้ว่าความมีชีวิตเริ่มลดน้อยลงและเพิ่มการล่อแหลมหรือการเป็นอันตรายซึ่งจะนำไปสู่ความตาย

ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ (2543) ได้อธิบายว่า เกณฑ์การพิจารณาว่าใครเป็นผู้สูงอายุนั้น มีการใช้เกณฑ์ต่าง ๆ เข้ามาพิจารณาหลายเกณฑ์ เช่น เกณฑ์ระดับอายุ(Chronological Age) เกณฑ์ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional Age)เกณฑ์จากเหตุการณ์ในประวัติศาสตร์ (Historical Age) และเกณฑ์จากภาวะสังคม (Social Age) แต่พบว่าสังคมสมัยใหม่ (Modern Society) ส่วนใหญ่ของโลกได้ใช้เกณฑ์อายุมากที่สุด

จากการศึกษาความหมายของผู้สูงอายุ อาจสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

1.2.2 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ อันเนื่องมาจากกระบวนการของความชรา (Aging Process) หรือความชรา (Aging) ของผู้สูงอายุก่อให้เกิดปัญหามากมายตามมา ได้มีผู้ศึกษา

แล้วกล่าวถึงสภาพปัญหาของผู้สูงอายุนั้นสืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงใน 3 ประการใหญ่ ๆ คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ รวมทั้งทางสังคม ซึ่งจะแยกกล่าวโดยละเอียดดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุความเสื่อมโทรมของร่างกายจะทำให้อวัยวะและระบบต่าง ๆ ของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปบางอวัยวะเปลี่ยนแปลงเร็ว บางอวัยวะเปลี่ยนแปลงช้า ซึ่งสามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงได้เร็วหรือช้าแตกต่างกันไปดังนี้

(1) ระบบห่อหุ้มร่างกาย ผิวหนัง เล็บ และขน ผิวหนังที่แก่จะแห้ง ย่น ตกกระ (Actinic Keratosis) บางแห่งมีจุดเหมือนขี้แมลงวัน (Senile Lantigo) ผิวหนังบาง มองเห็นหลอดเลือดใต้ผิวหนังได้ชัดเจน บางแห่งอาจมีพรายน้ำ (Senile Purpura) เพราะหลอดเลือดฝอยเปราะแตกง่าย ต่อมไขมันทำงานน้อยลง แต่ขนาดของต่อมไขมันจะใหญ่ขึ้นโดยเฉพาะบริเวณจมูก แก้ม หน้าผาก และขมับ (Cellular Immune Function) จะลดลงทำให้เป็นโรคเชื้อราบ่อยขึ้น และไวต่อการเป็นเนื้องอกมากขึ้น ผมจะเปลี่ยนเป็นสีเทาและหงอกในที่สุด ผมร่วงและไม่งอกขึ้นมาใหม่ จนมีผมบางหรือศีรษะล้านโดยเฉพาะบริเวณหน้าผากพร้อมกับมีขนหยาบ ๆ ในรูจมูกและที่หู เล็บจะงอกช้าลงหนาขึ้นและผิดรูป (Onychogryposis) ต่อมเหงื่อขับเหงื่อได้น้อยลง ขนาดต่อมเหงื่อมีขนาดเล็กและเหลือจำนวนน้อยลง จึงระบายความร้อนได้ไม่ดี ทำให้ผู้สูงอายุร้อนมากเมื่อมีอากาศร้อน จึงเป็นลมได้ง่าย (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538)

(2) ระบบหัวใจและหลอดเลือด พบว่าหลอดเลือดโดยเฉพาะหลอดเลือดเอออร์ตา (aorta) มีความยืดหยุ่นลดลง และมีขนาดกว้างขึ้น ทำให้ความดันเลือดซิสโตลิกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อยในผู้สูงอายุ ลิ้นหัวใจโดยเฉพาะ ลิ้นหัวใจเออร์ติกเคลื่อนไหวได้ลดลง กระบวนการชราของกล้ามเนื้อหัวใจแสดงให้เห็นจากการมี lipofuscin สะสม เรียกว่า “brown atrophy” baroreceptor มีความไวลดลงทำให้การตอบสนองโดยการหดตัวของเส้นเลือดส่วนปลายและการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจลดลง เป็นผลให้พบภาวะความดันเลือดตกเมื่อเปลี่ยนท่า (postural hypotension) ได้บ่อยในผู้สูงอายุ (ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, 2546) ขนาดหัวใจเล็กลง ขนาดของช่อง Left Ventricle จะลดขนาดลง ส่วนช่องของ Left Atrium จะเพิ่มขนาดใหญ่ขึ้น ลิ้นหัวใจแข็ง และหนาขึ้นหลอดเลือดจะแข็ง สูญเสียความยืดหยุ่นเนื่องจากมีแคลเซียมมาเกาะที่ผนังหลอด เลือด ทำให้ปริมาณเลือดที่บีบส่งออกไปลดลง ความสามารถของหัวใจในการใช้ออกซิเจนลดลงด้วย หัวใจจะทนต่อความเครียดต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ไข้ และการออกกำลังกายอย่างรุนแรงไม่ได้เท่ากับหัวใจคนวัยผู้ใหญ่ และเป็นสาเหตุของโรคหัวใจวาย ความดันเลือด Systolic จะเพิ่มขึ้นตามอายุ ส่วนความดันเลือด Diastolic เพิ่มเพียงเล็กน้อย (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538)

(3) ระบบหายใจ เมื่ออายุมากขึ้นมวลกล้ามเนื้อทรวงอกลดลง มีการโค้งงอของหลัง ทำให้เกิดหลังโกง เส้นผ่านศูนย์กลางแนวหน้าหลังของทรวงอกเพิ่มขึ้น การใช้กะบังลมในการหายใจเพิ่มขึ้นและมีการลดลงของ tidal volume และ maximum voluntary ventilation ในระหว่างการออกกำลังกาย alveolar ducts มีขนาด เพิ่มขึ้น ผนังถุงลมบางลงและถุงลมมีขนาดใหญ่ขึ้น เป็นผลให้พื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง จำนวนต่อมเมือก (mucous gland) จำนวนใยอีลาสติกและความยืดหยุ่นของเยื่อถุงลมลดลง เป็นผลให้ความยืดหยุ่นของปอดโดยรวมลดลง มีการลดลงของความไวต่อการตอบสนองต่อการเพิ่มขึ้นของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงและการลดลงของก๊าซออกซิเจนในเลือดเมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยหนุ่มสาว ในระหว่างการออกกำลังกายอัตราการหายใจและปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าออกเพิ่มขึ้นได้น้อยลงเมื่ออายุมากขึ้น เป็นผลให้ผู้สูงอายุเหนื่อยเร็วขึ้นและมีความทนต่ำลง นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนจาก aerobic metabolism ไปเป็น anaerobic metabolism เร็วขึ้น เมื่ออายุมากขึ้น ระบบป้องกันของปอด เช่น การสร้างเมือก การสร้างแอนติบอดีและระบบภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์ด้อยลง (ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, 2546) เนื้อปอดจะมีความยืดหยุ่นลดน้อยลง การหดและขยายตัวไม่ดี เยื่อหุ้มปอดแห้ง ทรวงอกแข็ง เวลาหายใจทรวงอกขยายไม่ดี กล้ามเนื้อทรวงอกก็เสื่อม จึงมีการหายใจลำบาก ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ผู้สูงอายุจะมีโอกาสเกิดโรคปอดได้ง่าย และมักมีอาการหลอดลมอักเสบเรื้อรังและถุงลมโป่งพองเยื่อจมูกบวม เวลาหายใจ ต้องหายใจทางปาก นอนกรน ผู้สูงอายุ จึงมีปากแห้งอยู่เสมอ รวมทั้งกล่องเสียงจะหย่อน เสียงแหบและเปลี่ยนไปอีกด้วย (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538)

(4) ระบบกล้ามเนื้อ จะมีเซลล์กล้ามเนื้อในแต่ละมัดลดน้อยลงไปจากความเสื่อมและมีเยื่อพังผืดเกิดขึ้นแทน ส่งผลให้กล้ามเนื้อหดเหี่ยวลง ออกแรงทำงานหนักไม่ได้ ความคล่องแคล่วลดน้อยลง การเดินการเปลี่ยนอิริยาบถเชื่องช้าและเคลื่อนไหวได้ลำบาก ผู้สูงอายุมักเดินก้าวสั้น ๆ ท่าทางเดินไม่ค่อยมั่นคง การทรงตัวไม่ดี มีไหล่ห่อเนื่องจากกล้ามเนื้อต้นแขน Deltoid เล็กลงและปุ่มกระดูกอะโครเมียน (Acromion Process) เสื่อมลง (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538)

(5) ระบบกระดูก หลังจากอายุ 30 ปี การสลายของกระดูก (bone resumption) จะมีมากกว่าการสร้าง (bone formation) ทำให้มวลกระดูกลดลงเป็นลำดับ กระดูกมีลักษณะบางลงเมื่ออายุมากขึ้น บริเวณข้อต่อจะมีการงอกของกระดูกบริเวณหัวกระดูกที่เรียกว่า (Osteophytes bone spurs) กระดูกอ่อนภายในข้อหนาตัวมากขึ้นยกเว้นที่บริเวณสะบ้า (patola) บริเวณผิวของกระดูกอ่อนจะขรุขระมากขึ้น ความยืดหยุ่นลดลงทำให้เกิดการฉีกขาดได้ง่ายขึ้น มีการเพิ่มขึ้นของ lipofuscin ในเซลล์กล้ามเนื้อและมีจำนวนเซลล์ไขมันและเกี่ยวพันมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้กล้ามเนื้อลายทั่วไป ยกเว้นกล้ามเนื้อกะบังลม (diaphragm) มีกำลังและความแข็งแกร่งลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, 2546) กระดูกเริ่มเสื่อมไปเนื่องจากธาตุหินปูนหรือแคลเซียม ซึ่งเป็นส่วนประกอบ

ของกระดูกจะสลายตัวออกมา ทำให้กระดูกบางและเปราะ ผู้สูงอายุจึงมีกระดูกหักได้ง่าย นอกจากนี้ยังทำให้กระดูกเล็กลงผิดรูปไป ผู้สูงอายุจึงมีโครงสร้างเล็กและเตี้ยลง หลังโก่ง ขาโก่ง ตัวเอียงได้ รวมทั้งข้อต่าง ๆ จะมีการอักเสบ เนื่องจากความเสื่อมของข้อ น้ำในไขข้อจะแห้งทำให้ผู้สูงอายุมีการปวดข้อต่าง ๆ ได้ง่าย ถ้าไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย หรือไม่ได้ใช้ข้อให้เคลื่อนไหวก็ยิ่งทำให้เกิดการเสื่อมของกระดูกและข้อมากขึ้น (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538)

(6) ระบบประสาท พบว่าสมองมีน้ำหนักลดลงประมาณร้อยละ 6-11 และมีสัดส่วนของน้ำลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา การลดลงของจำนวน dendrites และ dendritic spines มีการสะสมของสารบางชนิดในเซลล์ประสาท ได้แก่ lipofuscin, melanin, neurofibrillary tangles และ amyloid protein จำนวนของ synapses ลดลง มีความผิดปกติของ Synaptic function และมีความผิดปกติของการสร้างการหลั่งตลอดจนการจับยึดของสาร neurotransmitter พบ neuritic plaques ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญในสมองของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ การลดลง ของ dopamine ในกระบวนการชราเกิดขึ้นมากที่บริเวณ Corpus striatum อาจมีผลต่อการเคลื่อนไหวและการทรงตัวได้ การเคลื่อนไหวอย่างละเอียด (skilled motor movements) จะช้าลง การเคลื่อนไหวอย่างหยาบ (gross movements) ซึ่งสัมพันธ์กับการทรงตัวและท่าทางการเดินมีการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดมีลักษณะพิเศษในผู้สูงอายุ ที่มีอายุมาก ๆ เรียกว่า "ท่าเดินผู้สูงอายุ" (senile gait) จะเดินก้าวสั้น ๆ และช้าลง เท้าทั้งสองข้างแตะพื้นพร้อมกัน ในขณะเดินนานขึ้น เท้ากางออกจากกันมากกว่าปกติ หลังงอและตัวเอนไปข้างหน้าเล็กน้อย แขนกางออกและ แกว่งน้อย เวลาหมุนตัวเลี้ยวลำตัวจะแข็ง ระยะเวลาการนอนหลับลดลงเป็นลำดับเมื่ออายุมาก ช่วงการนอนที่หลับลึกสั้นลงและตื่นได้ง่าย ระหว่างการนอนพบว่าระยะหยุดหายใจ (apnea) หรือระยะหายใจช้า (hypopnea) มีความถี่เพิ่มขึ้นมากกว่า 8 ครั้งต่อคืน (ในคนหนุ่มสาวจะเกิดขึ้นไม่เกิน 8 ครั้งต่อคืน) ผู้สูงอายุกรนมากขึ้น มีการกระตุกของขา ความจำระยะสั้น (recent memory) ของผู้สูงอายุจะด้อยลงบ้างแต่ความจำทันที (immediate memory) และความจำระยะยาว (remote memory) ยังคงปกติ (ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, 2546) และจากการที่ผู้สูงอายุมีสมองเล็กลง ทำให้เซลล์ประสาทในสมองจะมีจำนวนน้อยลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของ Cortex หลอดเลือดในสมองเริ่มแข็ง ซึ่งเป็นสาเหตุของหลอดเลือดในสมองแตกและเป็นอัมพาตครึ่งซีกในที่สุด นอกจากนี้ยังส่งผลให้การทำงานของโครงร่าง กล้ามเนื้อกับสมองไม่สัมพันธ์กัน จะทำให้มือเท้าสั่น และบางคนอาจสั่นไปทั้งตัว (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538)

(7) ระบบประสาทสัมผัสพิเศษ อันประกอบด้วยตา หู จมูก และลิ้นโดยผู้สูงอายุจะมีสายตาที่ยาวขึ้น การปรับตาต่อความมืดและสว่างน้อยลง และจะเปลี่ยนแปลงเป็นต้อกระจกได้ หูได้ยินเสียงลดลง ส่วนจมูก เยื่อจมูกและปลายประสาทรับกลิ่นเสื่อมลงทำให้การรับรู้กลิ่นน้อยลง รวมทั้งลิ้นจะมีประสาทรับรสที่เสื่อมไป การรับรู้รสเลวลง ทำให้เวลารับประทาน

อาหารไม่รู้รส อาหารไม่อร่อย ความอยากอาหารมีน้อยลง จนกลายเป็นอาการเบื่ออาหารไปได้ (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538)

(8) ระบบทางเดินอาหาร พบว่าฟันเกิดการกร่อนและรากฟันเปราะแตกง่ายขึ้น เป็นเหตุให้การยึดเกาะของฟันด้อยลงเกิดการหลุดร่วงได้ง่าย เหงือกจะร่น (recession of gum) เยื่อบุผิวในช่องปากจะบางและฝ่อ เช่นเดียวกับตุ่มรับรสของลิ้นที่ฝ่อและรับรสได้เลวลง การหลั่งน้ำลายลดลง ความสามารถในการกลืนตั้งแต่ระดับกล้ามเนื้อลายของหลอดคอ (pharynx) รอยต่อระหว่างกล้ามเนื้อลายกับกล้ามเนื้อเรียบของหลอดอาหาร (esophagus) และหลอดอาหารมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อวัยมากขึ้น เกิดการทำงานที่ไม่ประสานงานกันมากขึ้น ทำให้เกิดอาการกลืนลำบากหรือสำลักได้ง่าย กระเพาะอาหารจะหลั่งกรดไฮโดรครอลิก (hydrochloric acid) และเอนไซม์เปปซิน (pepsin) น้อยลง การบีบตัวให้อาหารผ่านไป (gastric emptying) ยังปกติยกเว้นกับอาหารไขมันที่จะใช้เวลาผ่านกระเพาะนานขึ้น ลำไส้เล็ก มีการดูดซึมแคลเซียมลดลงบ้าง ลำไส้ใหญ่ และกล้ามเนื้อในผนังลำไส้จะบางลง และฝ่อ มีการแทรกตัวของเนื้อเยื่อเกี่ยวกัน (connective tissue) มากขึ้น การบีบตัวของลำไส้ใหญ่ลดลง การหดรัดตัวของกล้ามเนื้อหูรูดตรงปากทวารหนักอ่อนลงเมื่ออายุมากขึ้น ตับมีขนาดและน้ำหนักลดลง จำนวนเซลล์ตับ (hepatocyte) ลดลงและความสามารถในการสร้างเซลล์ตับทดแทน (regeneration) ลดลง (ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, 2546) การย่อยและการดูดซึมอาหาร รวมทั้งการหลั่งน้ำย่อยต่าง ๆ ลดลงและลดลงมากที่สุดในกระเพาะอาหาร ตับจะมีขนาดและน้ำหนักลดลง เพราะมีการเก็บคอลลาเจนและวิตามินลดลง ระบบการทำงานของเอนไซม์ลดลงมีผลทำให้ตับมีสมรรถภาพในการทำลายพิษต่าง ๆ ที่เข้าสู่ร่างกายลดน้อยลงด้วย (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538)

(9) ระบบทางเดินปัสสาวะ เมื่อถึงวัยราว 60 ปีการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของไตจะลดไปราวร้อยละ 50 และจำนวนเนฟรอน (nephron) ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น โกลเมอรูลัส (glomerulus)หนาตัวบริเวณเยื่อบุผนัง basement membrane และมีใยคอลลาเจนเพิ่มขึ้น เลือดที่ผ่านไตมีปริมาณลดลงโดยเฉพาะบริเวณคอเท็กซ์ (cortex) glomerular filtration rate และ Creatinine clearance ลดลง เมื่ออายุมากขึ้น renal tubule ของคนสูงอายุ มีความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้นด้อยลง เมื่อเทียบกับคนอายุน้อย การหลั่ง antidiuretic hormone (ADH) เพื่อตอบสนองต่อการกระตุ้นลดลง ในเพศหญิงมีการหย่อนตัวของ pelvic floor และผนังกระเพาะปัสสาวะส่วนล่าง (bladder outlet) กล้ามเนื้อท่อปัสสาวะอ่อนตัวและเยื่อบุด้านในของท่อปัสสาวะฝ่อลง นอกจากนี้กล้ามเนื้อดีทรูเซอร์ (detrusor) ของกระเพาะปัสสาวะจะไว และหดรัดตัวเร็ว (detrusor in-stability) ในเพศชายมีการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อดีทรูเซอร์ของกระเพาะปัสสาวะ เช่นเดียวกับในเพศหญิง ต่อมลูกหมากจะมีการฝ่อหลังจากอายุ 40 ปีโดยมีจำนวนต่อมและเซลล์ลดลง และมีลักษณะไฟโบรซิส (ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, 2546) และจากการที่ไตสูญเสีย nephron ทำให้

ประสิทธิภาพการกรองลดลง เกิดนิ่วในไต ส่งผลให้ไตและกระเพาะปัสสาวะอักเสบ ผู้สูงอายุชายบางรายต่อมลูกหมากมีขนาดโตขึ้น ทำให้มีการขัดขวางทางเดินปัสสาวะ ปัสสาวะลำบาก สำหรับผู้หญิงมีอาการคันอวัยวะเพศ ทำให้ผิวหนังแห้งเพราะฮอร์โมนลดลง (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538)

(10) ระบบต่อมไร้ท่อ พบว่าต่อมไร้ท่อต่าง ๆ มีน้ำหนักลดลงและมีลักษณะฝ่อปรากฏเมื่ออายุมากขึ้น พบ การสะสมของ lipofuscin หรือสาร amyloid ในเซลล์ และมีลักษณะไฟโบรซิส (fibrosis) เพิ่มขึ้น ฮอร์โมนที่พบว่ามีระดับลดลง ได้แก่ aldosterone, growth hormone, hypothalamic somatostatin และ triiodothyronine (T3) ฮอร์โมนที่พบว่ามีระดับเพิ่มขึ้น ได้แก่ pancreatic Somatostatin และ thyroid-stimulating hormone ต่อมไร้ท่อบางส่วนมีการตอบสนองต่อการกระตุ้นลดลง ทำให้อัตราเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนช้าลง ได้แก่ epinephrine, growth hormone และการหลั่งอินซูลิน (ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, 2546) การลดลงของฮอร์โมนต่าง ๆ ทำให้กล้ามเนื้อลีบ กระดูกผุเปราะ อ่อนเพลีย ซึมเศร้าและชีพจรช้า และจะพบอาการของเบาหวานมากขึ้นในผู้สูงอายุ (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538)

(11) ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงในเพศหญิงปรากฏชัดเจนในระยะกำลังหมดประจำเดือน (perimenopause of climacteric) และในระยะหมดประจำเดือน (menopause) พบว่าอวัยวะภายนอก (vulva) มีลักษณะฝ่อ แคมเล็กลงและขนบางลง ช่องคลอด (vagina) ตื้นขึ้น มีการฝ่อของเซลล์บุผิวและความยืดหยุ่นลดลง ต่อมเมือกมีจำนวนและเมือกลดลง มดลูกมีขนาดและน้ำหนักลดลง ปีกมดลูกสั้นเข้าและเล็กลง รังไข่มีขนาดเล็กลง การตกไข่ลดลงและหยุดไปในที่สุด (ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, 2546) เยื่อบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกจะฝ่อเหี่ยวลง นอกจากนี้ มดลูก ปีกมดลูก และรังไข่ฝ่อเหี่ยวลงด้วย ช่องทางของอวัยวะเพศจะหนาขึ้น แห้ง ยืดหยุ่นน้อย เลือดมาเลี้ยงน้อยลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อาจทำให้เกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปวดถ่ายปัสสาวะทันทีและบ่อยครั้งขึ้น (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538) ในเพศชายเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ การเปลี่ยนแปลงจะปรากฏชัดเจนเมื่อมีอายุสูงมากกว่า 70-80 ปี ได้แก่ น้ำหนักลูกอัณฑะลดลงเล็กน้อย การสร้างสเปิร์ม (spermatogenesis) ยังมีอยู่ตลอดแต่จำนวนสเปิร์มที่สร้างและคุณสมบัติของสเปิร์มลดลง (ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, 2546) อีกทั้งผู้สูงอายุชายจะมีต่อมลูกหมากโตขึ้น อาจจะขัดขวางทางเดินปัสสาวะได้ (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538) ในส่วนของการมีเพศสัมพันธ์ โดยทั่วไปเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุไม่ต่างจากในวัยหนุ่มสาวแต่ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของขนบธรรมเนียมประเพณี ความถี่ของเพศสัมพันธ์ลดลงเมื่ออายุมากขึ้นในทั้งสองเพศโดยมีปัจจัยสำคัญจากสุขภาพกายต่าง ๆ ยาที่ใช้อยู่ ภาวะจิตใจและระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, 2546)

2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ มีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ และจะเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคล รวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ เป็นผลมาจากการสูญเสียในด้านต่าง ๆ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ไร้ประโยชน์ เสียความภูมิใจในตนเอง สูญเสียความนับถือที่ตนเคยได้รับ (แสงจันทร์ ทองมาก, 2538) โดยจะนำไปสู่การพึ่งพาบุคคลอื่นอย่างช้า ๆ และเกิดการถดถอยของความมั่นใจในตนเอง (ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, 2546) ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความโดดเดี่ยว รู้สึกเงียบเหงา เบื่อหน่าย และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ในที่สุด (แสงจันทร์ ทองมาก, 2538) การพยายามมีส่วนร่วมในสังคม การเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ การเลือกสรรสิ่งหรือกิจกรรมที่เหมาะสมและการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุ (successful ageing) ผู้ที่ประสบความสำเร็จจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีและมีอารมณ์และการรับรู้ที่เหมาะสมกับวัยและสถานะของตน (ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, 2546)

3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม มีส่วนเกี่ยวข้องกับสาเหตุของปัญหาทางกาย และจิตใจของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมของไทยที่มีแนวโน้มไปทางตะวันตกมากขึ้น ย่อมเกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมการเปลี่ยนแปลงบทบาทมาเป็นผู้อาศัยในครอบครัว การถูกทอดทิ้ง ตลอดจนการเสื่อมความเคารพ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2554) นอกจากนี้ ยังพบว่า เมื่อผู้สูงอายุต้องเผชิญการสูญเสีย ถ้าไม่มีบทบาท หรือกิจกรรมอื่นทดแทน อาจเกิดปัญหาทางด้านจิตใจ หรืออารมณ์มากขึ้น มองโลกในแง่ร้ายสิ้นหวังและซึมเศร้า อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพจิต ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคจิตในผู้สูงอายุได้จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าสภาพร่างกาย จิตใจ ตลอดจนการดำรงอยู่ในสังคมของผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงไปจากวัยอื่น เนื่องจากมีความเสื่อมในการทำงานของระบบต่าง ๆ ทั่วร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ฯลฯ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งล้วนมีผลทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถรักษาสภาวะสมดุลของร่างกายไว้ได้ ทำให้เกิดอาการผิดปกติ และอาจกลายเป็นโรคเรื้อรังที่ติดตัวผู้สูงอายุตลอดไป (แสงจันทร์ ทองมาก, 2538)

1.2.3 ทฤษฎีการสูงอายุ

จากที่กล่าวมาแล้วว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงและเสื่อมถอยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตลอดจนหน้าที่การงานทางสังคมเป็นสาเหตุแห่งการสูงอายุ ซึ่งมีทฤษฎีที่อธิบายสาเหตุแห่งการสูงอายุเอาไว้ 3 กลุ่ม (ฤดีวรรณ รุ่งเมฆารัตน์, 2542; สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539) ดังนี้

1) ทฤษฎีทางด้านชีววิทยา (Biological Theory) เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายถึงสาเหตุแห่งการสูงอายุมีอยู่ 4 แนวคิด ได้แก่

(1) ทฤษฎีพันธุศาสตร์ (Genetic Theory) ทฤษฎีนี้ เชื่อว่า คนสูงอายุเกิดขึ้นตามพันธุกรรมมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอวัยวะบางส่วนของร่างกายคล้ายคลึงกันหลายชั่วอายุ และลักษณะนั้นแสดงออกมาเมื่ออายุมากขึ้น เช่น ผมหงอก ศีรษะล้านและเดินหลังค่อม

(2) ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory) ทฤษฎีนี้ เชื่อว่า เมื่ออายุมากขึ้น ยีนส์จะค่อย ๆ เกิดความผิดปกติ และเริ่มมากขึ้นจนถึงจุดหนึ่งทำให้เซลล์ของร่ายกายเสื่อม หมดอายุลง

(3) ทฤษฎีทำลายตนเอง (Autoimmune Theory) ทฤษฎีนี้ เชื่อว่า เมื่ออายุมากขึ้น ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลงพร้อม ๆ กับมีการสร้างภูมิคุ้มกันทำลายตนเองมากขึ้น ทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมได้ไม่ดีเกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย

(4) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าภายในร่างกายของคนเรามีอนุมูลอิสระเกิดขึ้นอยู่มากมาย ตลอดจนอนุมูลอิสระเหล่านี้จะไปทำให้ยีนส์เกิดความผิดปกติ ทำให้ส่วนประกอบที่สำคัญของเนื้อเยื่อยืดเหนี่ยวเสียความยืดหยุ่นไป (ฤดีวรรณ รุ่งเมฆารัตน์, 2542) นอกจากนี้ตามทฤษฎียังเชื่อว่าสารอนุมูลอิสระเหล่านี้ทำให้เกิดการกลายพันธุ์ (mutation) ของ DNA-RNA transcription โดยเฉพาะในเนื้อเยื่อเซลล์ของกล้ามเนื้อและระบบประสาท ซึ่งมีการเกิดอนุมูลอิสระ ได้มาก จะเกิดสารที่เรียกว่า ไลโปฟัสซิน (lipofascin) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการชราภาพ สารไลโปฟัสซินจะเป็นสารเม็ดสี (pigment) ที่ประกอบด้วยไขมัน โปรตีน ซึ่งพบว่ามีการสะสมมาก ในเนื้อเยื่อของผู้สูงอายุ หรือเรียกโดยทั่วไปว่าการตกกระ (ages spots) ยิ่งสารไลโปฟัสซินเพิ่มมากขึ้น เท่าใด เนื้อเยื่อที่ปกติของร่างกายก็จะถูกขัดขวาง ในการรับออกซิเจน และสารอาหารต่าง ๆ เซลล์จะมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จนในที่สุดก็นำไปสู่การตายของเนื้อเยื่อ โดยปกติแล้วร่างกายของมนุษย์จะมีกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเพื่อป้องกันการเกิดออกซิเดชัน (oxidation) โดยวิตามินซีและวิตามินอี เป็นสารสำคัญที่ พบว่าช่วยยับยั้งการเกิดสารอนุมูลอิสระ (ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, 2546)

2) ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา (Psychological Theory) เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีบุคลิกเปลี่ยนแปลงไป มีอยู่ 2 แนวคิดได้แก่

(1) ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือความทุกข์นั้นขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตมาด้วยความมั่นคงมีความรักถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นความสำคัญของคนอื่น รักคนอื่น และทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่มักจะมีความสุข สามารถอยู่กับลูกหลาน หรือผู้อื่นได้โดยไม่มีความเดือดร้อน แต่

ในทางกลับกัน ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่เติบโตมาในลักษณะที่ร่วมมือกับใครไม่เป็น ไม่อยากช่วยเหลือผู้ใด จิตใจคับแคบ ผู้สูงอายุผู้นั้นก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยมีความสุข (ฤดีวรรณ รุ่งเมฆารัตน์, 2542)

(2) ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theory) ทฤษฎีนี้ เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ยังความปราดเปรื่องและยังคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ ก็ต้องเป็นผู้ที่มีความสนใจเรื่องต่าง ๆ อยู่เสมอ มีการค้นคว้าและพยายามที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ซึ่งผู้ที่จะมีลักษณะเช่นนี้ได้ จะต้องเป็นผู้มีสุขภาพดีและฐานะทางเศรษฐกิจดีพอ เป็นเครื่องเกื้อหนุนด้วย (ฤดีวรรณ รุ่งเมฆารัตน์, 2542)

3) ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theory) เป็นทฤษฎีที่พยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งเป็นทฤษฎีที่ช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข มีอยู่ 5 แนวคิดได้แก่ (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539)

(1) ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การปรับตัวต่อการเป็นผู้สูงอายุน่าจะเกี่ยวข้องกับทฤษฎีบทบาท เนื่องจากบุคคลจะมีบทบาททางสังคมแตกต่างกันไป ดังนั้น ผู้สูงอายุจะต้องยอมรับบทบาทของตัวเองที่เปลี่ยนแปลงไปจากอดีตด้วย

(2) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมอยู่เสมอ ๆ จะมีบุคลิกที่กระฉับกระเฉง มีความพึงพอใจในชีวิต และปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากกิจกรรมหรือบทบาทหน้าที่ใด ๆ

(3) ทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุหนีจากความกดดันและการตึงเครียดโดยการถอนตัว (Withdrawal) ออกจากสังคมซึ่งเป็นผลจากการที่รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถลดลง (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539)

(4) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะแสวงหาบทบาททางสังคมเพื่อทดแทนบทบาทเก่าที่สูญเสียไป และพยายามปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่อย่างต่อเนื่อง (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539)

(5) ทฤษฎีลำดับชั้นอายุ (Age Stratification Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าอายุเป็นหลักเกณฑ์สากลที่กำหนดบทบาท สิทธิ หน้าที่ ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามขั้นของอายุหนึ่งไปสู่อีกอายุหนึ่ง (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539)

จากทฤษฎีการสูงอายุทั้ง 3 ทฤษฎีพบว่า แต่ละทฤษฎีมีการมองการสูงอายุที่แตกต่างกันโดยทฤษฎีทางชีววิทยามองการสูงอายุ จากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย ส่วนทฤษฎีทางจิตวิทยามองการสูงอายุจากความจำ การเรียนรู้ สติปัญญา อารมณ์ ความรู้สึก เป็นต้น และทฤษฎีทางสังคมวิทยามองการสูงอายุจากการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลง จากบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป โดยผู้สูงอายุที่มีสภาพชีวิตที่เป็นสุขได้นั้น ต้องเป็นผู้ที่สามารถยอมรับกับบทบาทใหม่และสภาพทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป พยายามปรับตัวสู่สิ่งแวดล้อมใหม่ได้อย่างต่อเนื่อง

2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.1 สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือโรค NCDs (Non-Communicable diseases) หมายถึงโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค ไม่สามารถติดต่อได้ผ่านการสัมผัส คลุกคลี หรือ ติดต่อ ผ่านตัวนำโรค (พาหะ) หรือสารคัดหลั่งต่าง ๆ แต่เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ภายในร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลจากการใช้ชีวิตประจำวัน ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเช่น การดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารหวานมันเค็มจัด และมีความเครียด โรคไม่ติดต่อเรื้อรังมักจะค่อยๆ มีอาการและรุนแรงขึ้นทีละน้อยหากไม่ได้มีการรักษาควบคุม องค์การอนามัยโลก (WHO) เล็งเห็นว่ากลุ่มโรค NCDs นั้น ถือเป็นปัญหาใหญ่ที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ (สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ, 2562) สังเกตจาก สถิติเสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs ในปี พ.ศ. 2561 พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด ไม่น้อยกว่า 36 ล้านคนหรือร้อยละ 62.0 (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2561) ที่เกิดจากกลุ่มโรค NCDs และที่สำคัญกว่านั้นคือมากกว่าร้อยละ 80.0 เป็นประชากรของประเทศที่กำลังพัฒนา (สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ, 2562)

สำหรับประเทศไทย สถิติล่าสุดพบว่ามีถึง 14 ล้านคนที่เป็นโรคในกลุ่มโรค NCDs และที่สำคัญยังเป็นสาเหตุหลักในการเสียชีวิตของประชากรทั้งประเทศ โดยจากสถิติปี พ.ศ. 2552 พบว่า มีประชากรเสียชีวิต จากกลุ่มโรค NCDs มากกว่า 300,000 คน หรือร้อยละ 73.0 ของการเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมดในปี 2552 คิดเป็นมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจถึง 200,000 ล้านบาทต่อปี ทั้งสถิติการเสียชีวิตดังกล่าวยังแสดงว่าประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตมากกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งโลกและมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในอนาคต ซึ่งโรคในกลุ่มโรค NCDs ที่มีอัตราผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตสูงสุด 6 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ Cardiovascular & Cerebrovascular Diseases) โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) โรคมะเร็ง (Cancer) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) โรคอ้วนลงพุง (Obesity) (สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ, 2562)

ผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2552 กับกลุ่มเป้าหมายประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ พบว่า ร้อยละ 21.4 เป็นโรคความดันโลหิตสูง และอัตราการรับรู้ว่า ตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง อัตราการเข้าถึงบริการ และอัตราการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้นั้นค่อนข้างต่ำ คือร้อยละ 6.9 (3.2 ล้านคน) มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง อัตราการควบคุมได้ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงยังค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะประชากรชายที่มีน้ำตาลในเลือดสูง พบว่าร้อยละ 56.7 รู้ว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูง และมีเพียงร้อยละ 27.1 ที่สามารถควบคุมภาวะน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 19.4 หรือเกือบ 9 ล้านคน

มีภาวะไขมันคลอเรสเตอรอลสูง โดยผู้หญิงมีความชุกมากกว่าผู้ชาย (สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ, 2562) ข้อมูลการสำรวจสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของคนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าประมาณ 1 ใน 3 มีภาวะน้ำหนักเกิน และร้อยละ 8.5 มีภาวะอ้วนลงพุง มีสัดส่วน ผู้ที่เป็นโรคอ้วนในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา ในเพศชาย เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ปี 2535-2552) ถึง 4 เท่า (สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ, 2562)

2.2 โรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเกี่ยวกับระบบต่อมไร้ท่อ พบได้ประมาณร้อยละ 1.5 ของประชากรทั่วไป พบได้ในคนทุกวัย แต่จะพบมากในคนอายุมากกว่า 40 ขึ้นไป และคนที่อยู่ในเมืองมีโอกาสเป็นโรคนี้มากกว่าชาวชนบท (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2544)

2.2.1 ประเภทของโรคเบาหวาน ในการจำแนกประเภทและชนิดของเบาหวานนั้นสามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิดใหญ่ ๆ ที่มีอาการ สาเหตุ ความรุนแรง และการรักษาต่างกันได้แก่ (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2544)

1) เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin-Dependent Diabetes Mellitus/ IDDM) เป็นชนิดที่พบได้น้อยแต่มีความรุนแรงและอันตรายสูง มักพบในเด็กและคนอายุต่ำกว่า 25 ปี แต่ก็อาจพบในคนสูงอายุได้บ้าง ตับอ่อนของผู้ป่วยชนิดนี้จะสร้างอินซูลินไม่ได้เลยหรือได้ น้อยมาก เชื่อว่าร่างกายมีการสร้างแอนติบอดีขึ้นต่อต้านทำลายตับอ่อนของตัวเองจนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้ ดังที่เรียกว่า โรคภูมิต้านตัวเองหรือออโตอิมมูน (Autoimmune) ทั้งนี้ เป็นผลมาจากความผิดปกติทางกรรมพันธุ์ร่วมกับการติดเชื้อหรือการได้รับสารพิษจากภายนอกผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาการฉีดอินซูลินเข้าทดแทนในร่างกายทุกวัน จึงจะสามารถเผาผลาญน้ำตาลได้เป็นปกติ มิเช่นนั้น ร่างกายจะหันไปเผาผลาญไขมันแทนจนทำให้ผ่ายผอมอย่างรวดเร็ว และถ้าเป็นรุนแรง จะมีการคั่งของสารคีโตน (Ketones) ซึ่งเป็นสารที่เกิดจากการเผาผลาญไขมัน สารนี้จะเป็นพิษต่อระบบประสาททำให้ผู้ป่วยหมดสติถึงตายได้รวดเร็ว เรียกว่า ภาวะคั่งสารคีโตน (Ketones) หรือคีโตซีส (Ketosis) (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2544)

2) เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน(Non-insulin Dependent Diabetes Mellitus/NIDDM) เป็นเบาหวานชนิดที่พบเห็นกันเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมักจะมีความรุนแรงน้อย มักพบในคนอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป แต่ก็อาจพบในเด็กหรือวัยหนุ่มสาวได้บ้าง ตับอ่อนของผู้ป่วยชนิดนี้ยังสามารถสร้างอินซูลินแต่ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จึงทำให้มีน้ำตาลที่เหลือใช้กลายเป็นเบาหวานได้ ผู้ป่วยชนิดนี้ยังอาจแบ่งเป็นกลุ่มที่อ้วนมาก ๆ กับกลุ่มที่ไม่อ้วน รูปร่างปกติหรือผอม สาเหตุอาจเกิดจากกรรมพันธุ์ อ้วนเกินไป มีลูกดก จากการใช้ยา หรือพบร่วมกับโรคอื่น ๆ ผู้ป่วยมักไม่เกิดภาวะคีโตซิส (Ketosis) เช่นที่เกิดกับชนิดพึ่งอินซูลิน การควบคุมอาหารหรือการใช้ยาเบาหวานชนิดกิน

ก็มักจะได้ผลในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติได้ หรือบางครั้งถ้าระดับน้ำตาลสูงมาก ๆ ก็อาจต้องใช้อินซูลินฉีดเป็นครั้งคราว แต่ไม่ต้องใช้อินซูลินตลอดไป จึงถือว่าไม่ต้องพึ่งอินซูลิน (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2544)

นอกจากนี้ยังมีประเภทของเบาหวานอีกประเภทคือเบาหวานที่สัมพันธ์กับทางโภชนาการ เป็นโรคเบาหวานที่พบเฉพาะในเขตร้อนของโลกมักพบในประเทศกำลังพัฒนาหรือด้อยพัฒนาพบในอายุน้อย การควบคุมเบาหวานต้องใช้อินซูลิน แต่มักไม่เกิดภาวะคีโตอะซิโดซิส (Ketoacidosis) ระดับอินซูลินในเลือดมักต่ำจำแนกได้เป็นสองชนิด คือมีหินปูนจับที่ตับอ่อน (Fibrocalculus Pancreatic Diabetes) และชนิดที่ขาดอาหารจำพวกโปรตีน (Protein Deficiency Pancreatic Diabetes) ชนิดนี้ไม่มีหินปูนจับที่ตับอ่อน (สาธิต วรรณแสง, 2536: 17; วลัย อินทรัมพรรย์,2530)

2.2.2 สาเหตุของโรคเบาหวาน เกิดจากตับอ่อนสร้างฮอร์โมนอินซูลิน (insulin)ได้น้อยหรือไม่ได้เลย ฮอร์โมนชนิดนี้มีหน้าที่ คอยช่วยให้ร่างกายเผาผลาญน้ำตาลให้เป็นพลังงาน เมื่ออินซูลินในร่างกายไม่พอ หรือมีพอแต่ใช้ไม่ได้ น้ำตาลก็ไม่ถูกนำไปใช้ จึงเกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือดและ อวัยวะต่าง ๆ เมื่อน้ำตาลคั่งในเลือดมาก ๆ ก็จะถูกไตกรองออกมาในปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะหวาน หรือมีมดขึ้นได้ จึงเรียกว่า เบาหวาน ผู้ป่วยมักจะมีอาการปัสสาวะบ่อยและมาก เนื่องจากน้ำตาลที่ออกมาทางไตจะดึงเอาน้ำออกมาด้วย จึงทำให้มีปัสสาวะมากกว่าปกติ เมื่อถ่ายปัสสาวะมาก ก็ทำให้รู้สึกกระหายน้ำต้องคอยดื่มน้ำบ่อย ๆ และเนื่องจาก ผู้ป่วยไม่สามารถนำน้ำตาลมาเผาผลาญเป็นพลังงาน จึงหันมาเผาผลาญกล้ามเนื้อและไขมันแทน ทำให้ร่างกายผ่ายผอม ไม่มีไขมัน กล้ามเนื้อฝ่อลีบ อ่อนเปลี้ย เพลียแรง นอกจากนี้ การมีน้ำตาลคั่งอยู่ในอวัยวะต่าง ๆ ทำให้อวัยวะต่าง ๆ เกิดความผิดปกติ และนำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนมากมาย

โรคเบาหวานมักมีส่วนเกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ กล่าวคือ มักมีพ่อแม่หรือญาติพี่น้องเป็นโรคนี้ด้วย นอกจากนี้ยังอาจมีสาเหตุอย่างอื่น เช่น อ้วนเกินไป (หรือกินหวานมาก ๆ จนอ้วน ก็อาจเป็นเบาหวานได้), มีลูกดก, หรือเกิดจากการใช้ยา เช่น สเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ ยาเม็ดคุมกำเนิด หรือ อาจพบร่วมกับโรคอื่น ๆ เช่น ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง มะเร็งของตับอ่อน ตับแข็งระยะสุดท้าย โรคคุชชิง โรคฟีโอโครโมไซโตมา หรือ pheochromocytoma ซึ่งเป็นเนื้องอกของต่อมหมวกไตชนิดหนึ่ง (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2544)

2.2.3 อาการของโรคเบาหวาน คนที่เป็นโรคเบาหวานเนื่องจากมีฮอร์โมนอินซูลินหลั่งออกมาไม่เพียงพอ น้ำตาลกลูโคสจึงไม่ถูกเผาผลาญให้เป็นพลังงาน และความร้อนเช่นคนปกติ เป็นเหตุให้น้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ และเมื่อสูงเกินขีดกักกั้นของไตจะล้นออกมา ปัสสาวะ และน้ำตาล มีฤทธิ์ในการดูดน้ำได้ดีจึงพาเอาน้ำออกมาในปัสสาวะมากผิดปกติ คนปกติจะถ่ายปัสสาวะประมาณ 1-1.5 ลิตร แต่คนที่เป็นโรคเบาหวานอาจถ่ายปัสสาวะถึง 3 ลิตร หรือมากกว่า จึงเป็นเหตุ

ให้ปัสสาวะบ่อยและมาก รวมทั้งต้องถ่ายปัสสาวะในตอนกลางคืนด้วย มีผลให้ร่างกายขาดน้ำและเสียน้ำตาลออกมามากในปัสสาวะ หิวบ่อย กินจุแต่ผอมลง น้ำหนักลด อ่อนเพลียมาก ทำให้เชื้อโรคและเชื้อราเจริญได้ดี ทำให้คันตามผิวหนัง เป็นแผลได้ง่ายแต่หายยาก ระบบประสาทเมื่อขาดพลังงานจากน้ำตาลไปเลี้ยงจึงอักเสบได้ง่าย ทำให้ปวดเจ็บตามกล้ามเนื้อ ชาตามปลายมือปลายเท้า รวมทั้งหมดความรู้สึกทางเพศ และเลนส์ตามีการเปลี่ยนแปลงของน้ำมากน้อยอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากปริมาณน้ำตาลที่เปลี่ยนแปลง จึงเป็นเหตุให้ ตาพร่า ต้องเปลี่ยนแว่นตาบ่อย ๆ ถ้าเป็นในสตรีมีครรภ์ บุตรในครรภ์มักจะตัวโตและหนักกว่าปกติ เนื่องจากสามารถใช้น้ำตาลได้ เพราะมีอินซูลินที่ผลิตขึ้นในตับอ่อนทารก ซึ่งสามารถสรุปอาการโรคเบาหวานที่สำคัญ คือ ปัสสาวะบ่อย และมาก กระหายน้ำมาก หิวบ่อย กินจุ แต่ผอมลง อ่อนเพลีย น้ำหนักลด เป็นแผล ฝี ได้ง่าย แต่รักษาให้หายยาก คันตามผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ และช่องคลอด เจ็บปวดตามกล้ามเนื้อ ชาตามมือ และเท้า หมดความรู้สึกทางเพศ ตาพร่ามัว ต้องเปลี่ยนแว่นตาบ่อย คลอดบุตรมีน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม (สนอง อูนากูล, 2528)

2.2.4 ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน จัดเป็นเรื่องสำคัญที่สุด เพราะเป็นเหตุที่ทำอันตรายแก่ผู้ป่วยทำให้ทุพพลภาพ และเสียชีวิตได้ง่าย ฉะนั้นถ้าเราได้ทราบถึงการเกิด และอันตรายอันเนื่องมาจากโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน จะทำให้การเอาใจใส่ผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งในบางกรณีจะช่วยให้อันตรายรุนแรงน้อยลงไปได้ (บัญจางค์ สุขเจริญ, 2538) อาการแทรกซ้อนมักจะเกิดเมื่อเป็นเบาหวานมานาน อย่างน้อย 5 ปี โดยไม่ได้รับการรักษาอย่างจริงจัง หรือปล่อยปละละเลย โรคแทรกซ้อนที่อาจจะพบได้ มีดังนี้ (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2544)

1) ตา ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานประมาณร้อยละ 60 จะเกิดอาการตามัว เป็นต้อกระจก เมื่อเป็นโรคเบาหวานมานานกว่า 15 ปี นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ยังมีโอกาสเสี่ยงที่จะตาบอดมากกว่าคนปกติทั่วไปถึง 25 เท่า (เกียรติคุณและพวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554) ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาจเป็นต้อกระจกก่อนวัย ประสาทตาหรือจอตา (Retina) เสื่อม หรือเลือดออกในน้ำวุ้นลูกตา (Vitreous Hemorrhage) ทำให้มีอาการตามัวลงเรื่อย ๆ หรือ มองเห็นจุดดำลอยไปลอยมา และอาจทำให้ตาบอดในที่สุด (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2544)

2) ระบบประสาท ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสที่จะเกิดความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลายได้ เช่น มีอาการชาหรือ ปวดร้อนตามปลายมือปลายเท้า (เกียรติคุณและพวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554) ซึ่งอาจทำให้มีแผลเกิดขึ้นที่เท้าได้ง่าย (อาจลุกลามจนเท้าเน่า) บางรายอาจมีอาการอักเสบของประสาทควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อตา ทำให้กล้ามเนื้อตา เป็นอัมพาต มีอาการตาเหล่ หนังตาตก รูม่านตาขยาย มองเห็นภาพซ้อน บางรายอาจมีอาการ วิงเวียน เนื่องจากมีภาวะความดันตกในท่ายืน กระเพาะปัสสาวะไม่ทำงาน (กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หรือไม่มีแรงเบ่งปัสสาวะ)

กระเพาะอาหารไม่ทำงาน (มีอาการจุกเสียด อาหารไม่ย่อย) ท้องผูก หรือท้องเดิน หรือมีอาการท้องเดินตอนกลางคืน ผู้ชายอาจมีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2544; วิชัย เทียนถาวร, 2562)

3) ไต ภาวะแทรกซ้อนของไตเกิดจาก ระดับน้ำตาลในเลือดมีปริมาณสูงผิดปกติ ซึ่งสงผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบการไหลเวียนของเลือดที่ไต และเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยตรงที่ไตด้วย นำไปสู่การมีโปรตีนในปัสสาวะและการเกิดภาวะไตวายในที่สุด สาเหตุจากกรรมพันธุ์ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนของไตได้ โดยผู้ที่อาจเกิดความผิดปกติของไต คือ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมานาน เกิน 5 ปี และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีคนในครอบครัวเป็นโรคไตจากเบาหวาน มีคนในครอบครัวเคยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย (เกียรติคุณและพวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554) ซึ่งผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตจะมีอาการบวม ซีด ความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยเบาหวานที่พบได้ค่อนข้างบ่อย (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2544)

4) ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาจเกิดภาวะผนังหลอดเลือดแดงแข็งซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดทำให้เป็นอัมพาตได้ (เกียรติคุณ และพวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554) ถ้าหลอดเลือดแดงที่เท้าแข็งและตีบ เลือดไปเลี้ยงเท้าไม่พออาจทำให้เท้าเย็น เป็นตะคริวหรือปวดขณะเดินมาก ๆ หรืออาจทำให้เป็นแผลหายยาก หรือนิ้วเท้าเป็นเนื้อตายเน่า (Gangrene) (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2544)

5) เป็นโรคติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น วัณโรคปอด กระเพาะปัสสาวะอักเสบ กรวยไตอักเสบ กลาก โรคเชื้อราแคนดิดา ช่องคลอดอักเสบ เป็นฝี หรือพุพองบ่อย หูชั้นนอกอักเสบรุนแรง เท้าเป็นแผลซึ่งอาจลุกลามจนเท้าเน่า เป็นต้น (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2544)

6) แผลที่เท้า เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวาน มักมีภาวะปลายประสาทอักเสบ (เท้าชา เกิดแผลง่าย) ภาวะขาดเลือดเนื่องจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีบ (เท้าเป็นแผลหายยาก หรือเป็นเนื้อตายเน่า) ร่วมกับภาวะติดเชื้อง่ายเนื่องจาก ภูมิคุ้มกันโรคต่ำดังกล่าวข้างต้น บางครั้งแผลอาจลุกลามรุนแรง หรือเป็นเนื้อตายเน่า (Gangrene) จำเป็นต้องตัดนิ้วตายหรือตัดเท้า เกิดภาวะพิการได้ ผู้ป่วยเบาหวานควรหลีกเลี่ยง การสูบบุหรี่ เพราะจะเสริมให้เกิดภาวะขาดเลือดเลี้ยงเท้าได้มากขึ้น และควรดูแลเท้าอย่าให้เกิดบาดแผล (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2544)

7) ภาวะหมดสติจากเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดอาการหมดสติ อาจมีสาเหตุจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจมีสาเหตุจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มักจะพบผู้ป่วยที่กินยาหรือฉีดยาสม่ำเสมอ แต่อาจมีการใช้ยาเกินขนาดหรืออดอาหาร หรือกินข้าวผิดเวลา หรือ มีอาการออกแรงกายมากกว่าปกติ นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากสาเหตุร้ายแรง ได้แก่

(1) ภาวะคีโตแอซิโดซิส (Ketoacidosis) เป็นภาวะฉุกเฉินของโรคเบาหวาน ซึ่งทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกิดภาวะกรดเมตะบอลิคจากการที่มีกรดคีโตนคั่งในร่างกาย พบได้ทั้งในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่1และชนิดที่2 แต่มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ได้ง่ายและบ่อยกว่า เนื่องจากมีภาวะขาดอินซูลินที่รุนแรงกว่า ปัจจัยชักนำได้แก่ การขาดยาลดระดับน้ำตาล มีโรคที่ก่อภาวะเครียดต่อร่างกาย เช่น ภาวะติดเชื้อ การได้รับอุบัติเหตุ หัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้รับยาบางชนิดเช่น thiazide, steroid (ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล, 2548) ซึ่งทำให้ร่างกายต้องการอินซูลินมากขึ้น ร่างกายจะมีการเผาผลาญไขมันแทนน้ำตาลทำให้เกิดการคั่งของสารคีโตนในเลือด จนเกิดภาวะเลือดเป็นกรด (เรียกว่า Diabetic Ketoacidosis หรือ DKA) ผู้ป่วยจะมีอาการคลื่นไส้อาเจียน กระหายน้ำมาก หายใจหอบลึก และลมหายใจมีกลิ่นหอม (กลิ่นของสารคีโตน) มีไข้ กระวนกระวาย มีภาวะขาดน้ำรุนแรง (ตาโบ๋ หนังเหี่ยว ความดันต่ำ ชีพจรเบาเร็ว) อาจมีอาการปวดท้อง ท้องเดิน ผู้ป่วยจะซึมลงเรื่อย ๆ จนกระทั่ง หมดสติ หากรักษาไม่ทันอาจตายได้ (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2544)

(2) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง (Non–Ketotic Hyperglycemic Hyperosmolar Coma หรือ NKHHC) มักพบในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่เป็นโรคโดยไม่รู้ตัวหรือขาดการรักษามานาน (วิชัย เทียนถาวร, 2562) หรือมีภาวะติดเชื้อรุนแรง เช่น ปอดอักเสบ กรวยไตอักเสบ โลหิตเป็นพิษ หรือมีการใช้ยาบางชนิด เช่น สเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะร่วมด้วย ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก ๆ (สูงเกิน 600 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร ขึ้นไป) ผู้ป่วยจะเกิดภาวะขาดน้ำรุนแรง ซึม เพ้อ ชัก หมดสติ โดยก่อนหน้าจะหมดสติเป็นวันหรือสัปดาห์ ผู้ป่วย จะมีอาการอ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำบ่อย (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2544)

8) อื่น ๆ ผู้ป่วยเบาหวานยังอาจเป็นปัจจัยของการเกิดโรคอื่น ๆ อีก เช่น ภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง นิ่วน้ำดี เส้นประสาทมือถูกพังผืดรัดแน่น ภาวะกล้ามเนื้อ หัวใจพิการ (Cardiomyopathy) ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ เป็นต้น (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2544)

2.2.5 การวินิจฉัยโรคเบาหวาน การจะวินิจฉัยว่าบุคคลหนึ่งเป็นเบาหวานหรือไม่นั้น ทำได้โดยวิธีใดวิธีหนึ่งใน 4 วิธี ดังต่อไปนี้ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560)

1) ผู้ที่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจนคือ หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อยและมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยที่ไม่มีสาเหตุ สามารถตรวจระดับพลาสมากลูโคสเวลาใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องอดอาหาร ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

2) การตรวจระดับพลาสมากลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า 8 ชั่วโมง (Fasting plasma glucose, FPG) มีค่า 126 มก./ดล.เหมาะสำหรับคนทั่วไปที่มาตรวจสุขภาพและผู้ที่ไม่มีอาการ

3) การตรวจความทนต่อกลูโคส (75 กรัม Oral Glucose Tolerance Test, OGTT) ถ้าระดับพลาสมากลูโคส 2 ชั่วโมง หลังดื่มน้ำตาล 200 มก./ดล. ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน วิธีนี้มักใช้ในงานวิจัย เนื่องจากผลการตรวจมีความไว (sensitivity) แต่ความจำเพาะ (specificity) ไม่ดีนัก อาจคลาดเคลื่อนได้

4) การตรวจวัดระดับ A1C ถ้าค่าเท่ากับหรือมากกว่า 6.5% ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน วิธีนี้นิยมใช้กันมากขึ้นในปัจจุบัน เพราะไม่จำเป็นต้องอดอาหาร แต่จะต้องตรวจวัดในห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐานดังกล่าวข้างต้นเท่านั้น สำหรับผู้ที่ไม่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน ควรตรวจเลือดซ้ำโดยวิธีเดิมอีกครั้งหนึ่ง ต่างวันกันเพื่อยืนยันและป้องกันความผิดพลาดจากการตรวจห้องปฏิบัติการ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560)

2.2.6 การรักษาโรคเบาหวาน การรักษาโรคเบาหวานมี 3 วิธี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความผิดปกติของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ และป้องกันโรคแทรกซ้อนที่เกิดตามมา โดยการควบคุมอาหาร การรักษาด้วยยาฉีดอินซูลินหรือยาเม็ดรับประทาน และการดูแลตนเอง (ศรีจิตรา บุนนาค พันธ์วโรภาส ศวตรุณ และสุนิตย์ จันทรประเสริฐ, 2536)

2.2.7 การป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน แนวทางในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ควรพิจารณาถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานสูง ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ผลคุ้มค่าที่สุดและควรเลือกวิธีการที่มีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอว่าได้ผลในการป้องกันการเกิดโรค ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติครอบครัวของโรคเบาหวานที่ชัดเจนรวมทั้งพวกที่มีประวัติครอบครัวที่เป็นโรคตั้งแต่อายุน้อยผู้ที่อยู่ในสังคมที่มีการเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตแบบดั้งเดิมเป็นแบบตะวันตก จากสังคมชนบทเป็นสังคมเมืองผู้ที่มีประวัติเบาหวานหรือความทนกลูโคสผิดปกติขณะตั้งครรภ์ผู้ที่ตรวจพบว่ามีความผิดปกติทางเมตะบอลิคที่พบร่วมกับโรคเบาหวานได้บ่อย เช่น ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูง หรืออ้วน ข้อแนะนำในบุคคลเหล่านี้คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค สิ่งเหล่านี้ ได้แก่การพยายามควบคุมน้ำหนักตัว การลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง การรับประทานใยอาหารให้มากขึ้น การหลีกเลี่ยงยาบางอย่างที่อาจเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดและการออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ (พงศ์อมร บุนนาค, 2542) นอกจากนี้แล้วควรหลีกเลี่ยงความเครียดและหมั่นตรวจสุขภาพเป็นระยะ ๆ โดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติในครอบครัว (มัทนา ประทีปะเสน และวงเดือน ปั้นดี, 2542)

2.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

2.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญปัญหาหนึ่ง เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด และมักจะไม่แสดงอาการในระยะเริ่มต้น จนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อน มีการทำลายอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายแล้วจึงจะปรากฏสัญญาณที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต เช่น ภาวะหัวใจวาย อัมพาตและไตวาย เป็นต้น จึงมักถูกเรียกว่า “Silent Killer” คณะกรรมการองค์การอนามัยโลก และประชาคมโรคความดันโลหิตสูงระหว่างชาติ (World Health Organization [WHO] & International Society of Hypertension [ISH], 1999) ได้ให้คำจำกัดความของโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ไว้ว่าเป็นภาวะที่มีความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิต ตัวล่าง (Diastolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอทโดยมีเกณฑ์ในการ แยกความดันโลหิตสูงจากความดันปกติดังนี้ ความดันโลหิต optimal น้อยกว่า 120/80 mmHg ความดันโลหิตปกติน้อยกว่า 130/85 mmHg ความดันโลหิต high–normal 130-139/85 -89 mmHg ความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 mmHg เกณฑ์แบ่งระดับ (Classification) ของความดันโลหิตสูงออกเป็น 3 ระดับดังนี้ ระดับที่ 1 (Grade 1) 140-159/90-99 mmHg ระดับที่ 2 (Grade 2) 160-179/100-109 mmHg ระดับที่ 3 (Grade 3) มากกว่า 180/ มากกว่า 110 mmHg

2.3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมี 2 ประการคือ ปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2541) ซึ่งมีการศึกษาและวรรณกรรมที่สนับสนุนข้อสมมติฐาน ข้างต้นดังนี้

1) ปัจจัยทางพันธุกรรม ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางพันธุกรรมกับความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีสุขภาพปกติ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยทางพันธุกรรมมีส่วนชักนำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วงเดือน ปั้นดี (2539) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยศึกษาในพนักงานธนาคารออมสินสำนักงานใหญ่ จำนวน 1,860 คน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยทางด้านพันธุกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความดันไดแอสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยทางด้านพันธุกรรม อายุ ดัชนีมวลกาย และเพศสามารถร่วมอธิบายความผันแปรของการเปลี่ยนแปลงค่าความดันไดแอสโตลิกได้ร้อยละ 24.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) และการศึกษาของรังสรรค์ วรวงศ์ และคณะ (2542) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชนบท โดยศึกษาในผู้สูงอายุ 3 หมู่บ้านของตำบลป่าตาล อำเภอสันกำแพง

จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 199 คน ผลการศึกษาประวัติการมีภาวะความดันโลหิตสูงในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับ ภาวะความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

(1)น้ำหนักตัว ความดันโลหิตในคนปกติจะขึ้นอยู่กับอายุและ สัดส่วนของร่างกาย โดยเฉพาะน้ำหนัก ดังนั้นคนที่มีรูปร่างใหญ่โตหรืออ้วน จะมีความดันโลหิตสูงกว่าคนที่มีรูปร่างเล็กผอม ซึ่งโดยทั่วไปถ้าน้ำหนักเพิ่มขึ้น 10 กิโลกรัม มักจะทำให้ ความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างสูงขึ้นประมาณ 3 เท่า หรือ 3 มิลลิเมตรปรอท (สันต์ หัตถีรัตน์, 2552) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิไล พัววิไล และดอนพิชิต เหล่ารักพงษ์ (2543) ที่ศึกษาความดันโลหิตสูงที่ อำเภอบ้านแพ้วและปัจจัยเสี่ยงบางชนิดของความดันโลหิตสูง โดยศึกษาในประชากรที่อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 407 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีน้ำหนักตัวมากเกินพิกัด และพวกอ้วน ซึ่งมี BMI เท่ากับ 25.1 หรือมากกว่านั้น เป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่มีน้ำหนักตัวปกติหรือน้อยกว่าปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* =0.0003) และสอดคล้องกับการศึกษาของวงเดือน ปั้นดี (2539) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผลการศึกษา พบว่าดัชนีมวลกาย อายุ เพศ และกรรมพันธุ์ สามารถร่วมอธิบายความผันแปรของการเปลี่ยนแปลงค่าความดันซีสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกได้ร้อยละ 31.1 และ 24.6 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนัดดา แนบเกษร และคณะ (2541) ที่ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตและดัชนีความหนาของร่างกายที่มีความสัมพันธ์กับอายุ โดย ศึกษาในประชากรที่มีสุขภาพปกติหลายกลุ่มอาชีพในจังหวัดชลบุรี ได้แก่ นักเรียนระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย ข้าราชการครู ทหาร เกษตรกร รวมทั้งสิ้น 769 คน ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้งซีสโตลิกและไดแอสโตลิกในคนอ้วนสูงกว่าคนที่มีค่าดัชนีความหนาของร่างกายปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* < 0.01) จากผลการศึกษาเบื้องต้นจึงกล่าวได้ว่า ความอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง แต่สาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูงจากความอ้วน กลไกที่แน่นอนยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัด แต่มีผู้เสนอคำอธิบายว่าอาจเกิดจากการรับประทานอาหารรสเค็มที่พบร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด หรือการเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อ ความอ้วนมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยทำให้มีการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น Cardiac output เพิ่มขึ้น และมีปริมาณโลหิตในร่างกายมากขึ้น เนื่องจากมีเนื้อเยื่อของร่างกายที่ต้องมีการเมตาบอลิซึมมากขึ้น และยังทำให้แรงต้านทานของหลอดเลือดสูงขึ้นด้วย (สุพรชัย กองพัฒนากูล, 2542)

(2)จำนวนเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับ การบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมมากเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รังสรรค์ วรวงศ์ และคณะ (2542) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูง

ของ ผู้สูงอายุในชนบท ผลการศึกษาพบว่าการบริโภคอาหารรสเค็มมีแนวโน้มของการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง การที่โซเดียมมีส่วนทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นยังไม่ชัดเจน การที่ไตบกพร่องในการขจัดโซเดียมอาจทำให้ระดับของโซเดียม (atrial natriuretic peptide) ในคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไตไม่สามารถขจัดปริมาณโซเดียมในเซลล์ สามารถยับยั้งการแลกเปลี่ยนโซเดียม-แคลเซียม และเป็นสาเหตุให้มีการสะสมแคลเซียมใน หลอดเลือดและระบบกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ชักนำให้เพิ่ม muscle tone และเพิ่มความต้านทาน ดังนั้นจึงเป็นการเพิ่มความดันโลหิต (มันทนา ประทีปะเสน และวงเดือน ปั้นดี, 2542)

(3)จำนวนแอลกอฮอล์ที่ร่างกายได้รับ การศึกษาผลของแอลกอฮอล์ต่อความดันโลหิตเชื่อว่าการดื่มแอลกอฮอล์มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น แต่ข้อมูลยังไม่ชัดเจนนักว่ากลไกเป็นอย่างไร อาจทำให้มีการเพิ่มปริมาตรเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจ เพิ่มการหลั่งคอร์ติซอล เพิ่มระดับแคลเซียมอิสระในเซลล์เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงไตหดรัดตัว หรือเส้นเลือดสมองสั่นกระตุกเป็นต้น (พรทิพย์ มาลาธรรม, 2537)

(4)การออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสามารถช่วยป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูงได้ จากการศึกษาของสมาคมฮาร์วาดพบว่า ความดันโลหิตสูงสัมพันธ์กับการขาดการออกกำลังกาย ผลดีของการออกกำลังกายคือจะมีการหลั่งสาร endorphins ซึ่งทำให้บุคคลนั้นรู้สึกมีความสุขและเพิ่ม high density lipoproteins (HDL) ซึ่งจะ ช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (พรทิพย์ มาลาธรรม, 2537)

(5)ความเครียด ความเครียดมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด เพิ่มแรงต้านของหลอดเลือด เพิ่มปริมาตร เลือดที่สูบฉีดจากหัวใจ และกระตุ้นการทำงานของประสาทซิมพาเทติก โดยกระตุ้นการหลั่ง epinephrine จากต่อมหมวกไต และ norepinephrine จากปลายประสาทซิมพาเทติก ทำให้มีการบีบตัวของหลอดเลือดและความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (พรทิพย์ มาลาธรรม, 2537; สุพรชัย กองพัฒนากูล, 2542) สันนิษฐานว่าการที่ความดันโลหิตมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อเกิดความเครียดเป็น เวลานาน ๆ เพราะ baroreceptor ซึ่งทำหน้าที่ปรับระดับความดันโลหิตให้เป็นปกติมีการส่ง กระแสประสารทผ่าน vagus nerve ให้มีการทำงานลดลง ทำให้ร่างกายปรับระดับความดัน โลหิตให้สูงขึ้นกว่าเดิม (สุพรชัย กองพัฒนากูล, 2542) สำหรับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดที่พบ บ่อยคือ ความขัดแย้ง ความกลัว ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า การได้รับบาดเจ็บ ได้รับ สารพิษ และการเจ็บป่วย (พรทิพย์ มาลาธรรม, 2537)

(6) อิทธิพลจากสิ่งอื่น ๆ ได้แก่ การสูบบุหรี่ ซึ่งสารนิโคตินในบุหรี่จะ กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารเคทีโคลามีน มีผลเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานมากขึ้น และทำให้หลอดเลือดหดตัว การสูบบุหรี่จึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์

กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากคาเฟอีนมีฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หลอดเลือดหดตัวมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ในคนที่ดื่มกาแฟ 2-3 ถ้วยติดต่อกัน พบว่า ความดันโลหิตเพิ่มได้ถึง 5-15 มิลลิเมตรปรอท ภายใน 15 นาที และจะคงอยู่นานถึง 2 ชั่วโมง แต่หากดื่มกาแฟติดต่อกันถึง 4 สัปดาห์ ร่างกายจะมีการปรับตัวทำให้ความดันโลหิตไม่สูงขึ้นอีก (เกษม วัฒนชัย, 2531)

2.3.3 อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวนหนึ่งอาจไม่มีอาการ และพบว่าในรายที่มี อาการนั้น อาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยคือ ปวดศีรษะ หรือเหนื่อยง่าย บางครั้งอาจพบอาการ ของภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการของภาวะหัวใจล้มเหลว เจ็บหน้าอก หรือเป็นอัมพาต พบว่า ในผู้ที่เริ่มเป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนมากมักจะมีอาการมากกว่าผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิต สูงมานานแล้ว (พึงใจ งามอุโฆษ, 2541) ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตตัวล่างสูงมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยจะง่วง ซึมจนถึงหมดสติ ร่วมกับอาการปวดศีรษะมาก ตาพร่ามันเห็นภาพซ้อน อาจชัก เป็นอัมพาต ผู้ป่วยจะเสียชีวิตถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที (ชไมพร มณีรัตนพันธ์, 2540)

2.3.4 ผลของความดันโลหิตสูงต่อร่างกาย ความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหัวใจ สมอง ไต และหลอด เลือดในร่างกายจัดเป็น Target Organs ของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลง ไปในทางเสื่อมจะถือว่ามี Target Organ Damage (TOD) เกิดขึ้นแล้ว (พึงใจ งามอุโฆษ, 2541) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาหรือรับการรักษาไม่ต่อเนื่องจะไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยได้ เป็นผลให้มีการทำลายอวัยวะที่ สำคัญๆ ของร่างกาย (พึงใจ งามอุโฆษ, 2541; สมชาย โลจายะ และอรวรรณ สุวจิตตานนท์, 2536) ดังนี้

1) ผลต่อหัวใจ ความดันโลหิตสูงทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายต้องทำงานหนักเนื่องจากแรงต้านทาน ที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดแดง ซึ่งในระยะเริ่มแรกนั้นกล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวให้เข้ากับแรงต้านทานที่เพิ่มขึ้นโดยการขยายตัว ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต และถ้าภาวะนี้ยังเกิดขึ้นต่อไป เส้นใยของกล้ามเนื้อจะไม่สามารถขยายตัวได้อีก หัวใจห้องล่างซ้ายจะพองตัวและไม่ทำงาน ทำให้ไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ เลือดจะไหลกลับไปสู่ปอดตามเดิม เกิดอาการเลือดคั่งในปอด หัวใจห้องล่างขวาต้องทำงานหนัก จนในที่สุดเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease) หรือภาวะหัวใจล้มเหลว

2) ผลต่อหลอดเลือด ความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดต้องรับน้ำหนักมากขึ้น ผนังหลอดเลือดหนา และแข็งตัว ทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่สะดวกเกิดการอุดตันเกิดลิ่มเลือดทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงอวัยวะนั้น ๆ ได้ อวัยวะที่สำคัญคือ หัวใจ สมอง ไต และโรคที่พบได้มากคือ หัวใจขาดเลือด สมองขาดเลือดและไตวาย เป็นต้น

3) ผลต่อสมอง เมื่อหลอดเลือดอยู่ในภาวะความดันสูงนาน ๆ จะทำให้หลอดเลือดเสียความ ยืดหยุ่น มีการโป่งพอง (Aneurysms) ของหลอดเลือดขึ้น หลอดเลือดในสมองก็เช่นเดียวกัน เมื่อความดันโลหิตยังคงสูงต่อไปอีก อาจทำให้เส้นเลือดที่มีการโป่งพองแตกได้ ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดในสมองแตก ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีอาจทำให้หมดสติ เป็นอัมพาต หรือเสียชีวิตได้

4) ผลต่อไต ความดันโลหิตสูงมากและเป็นเวลานาน ผนังของหลอดเลือดที่ไตจะหนาจะแข็ง ขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงที่ไตน้อย เป็นเหตุให้ไตทำงานได้ไม่เต็มที่ สมรรถภาพของไตในการกำจัดของเสียบกพร่อง ทำให้เกิดการคั่งของสารต่าง ๆ ที่เกิดจากการเผาผลาญของร่างกายที่ สำคัญ คือ การคั่งของสารยูเรียซึ่งเป็นสารที่มีพิษต่อร่างกาย และถ้าคั่งอยู่ในระดับสูง จะเกิดอาการหมดสติและเสียชีวิตในที่สุด ในระยะที่เป็นรุนแรงทำให้เกิดไตวาย และโลหิตเป็นพิษ เนื่องจากไตพิการ ไม่สามารถขับปัสสาวะได้

5) ผลต่อตา ความดันโลหิตสูงจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของจอรับภาพ (Retina) ซึ่งเป็นส่วนของประสาท และหลอดเลือดที่มาเลี้ยงตา หลอดเลือดฝอยเล็ก ๆ ตีบแคบโดยทั่ว ๆ ไปอย่าง รวดเร็ว และมีผลหดเกร็งเฉพาะที่ มีเลือดออก และ Exudate ในจอตา และจอประสาทตาบวม (Pappilledema) เป็นผลทำให้ประสาทตาถูกทำลายหรือเสื่อมสมรรถภาพ ซึ่งจะทำให้มีจุดบอด บางส่วนในลานสายตา (Scotorata) ตามัวและอาจถึงตาบอดได้

2.3.5 การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงใช้อ้างอิงจากระดับความดันโลหิตที่วัดได้จากสถานพยาบาลเป็นหลัก แต่การวัดดังกล่าวอาจมีความคลาดเคลื่อนได้จากสาเหตุต่าง ๆ เช่น สิ่งแวดล้อมของห้องตรวจ อุปกรณ์ที่ใช้วัดความดันโลหิต ความชำนาญของบุคลากร ความพร้อมของผู้ถูกตรวจ และอาจทำให้ระดับความดันโลหิตที่วัดได้อยู่ในเกณฑ์สูงหรือต่ำเกินจริง ดังนั้นในผู้ที่สงสัยว่าจะมีความดันโลหิตสูงจึงควรจัดระดับการวินิจฉัยเบื้องต้นจากผลการวัดความดันโลหิตในครั้งแรกที่มาพบแพทย์ เป็น 4 ระดับดังนี้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

ระดับ 1 High normal blood pressure (ระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 130/80 มม. ปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 140/90 มม.ปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “เกือบสูง” นี้ หากตรวจ

พบว่า มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก็สามารถวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ แม้จะมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ “เกือบสูง” เท่านั้น การตรวจว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในเกณฑ์สูง ใช้ผลการประเมินและตรวจพบหัวข้อใดหัวข้อหนึ่งต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 หัวข้อ

ก. มี target organ damage (TOD)

ข. มีหรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease, CVD)

ค. มีหรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคเบาหวาน (diabetes mellitus, DM)

ง. ประเมินความเสี่ยงของโอกาสการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้าได้มากกว่าร้อยละ 10 (ควรประเมินโดย Thai CV risk score)

ระดับ 2 Possible Hypertension (อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 140/90 มม.ปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 160/100 มม.ปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ หากตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก็ควรวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย

ระดับ 3 Probable Hypertension (น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 160/100 มม.ปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 180/110 มม.ปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ หากตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก็ควรวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ หากมีอาการที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง เช่น อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ใจสั่น หรือมีประวัติความดันโลหิตสูงในญาติสายตรงหลายคน หรือมีความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงค่อนข้างมาก แพทย์อาจใช้วิจารณญาณเพื่อวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย

ระดับ 4 Definite Hypertension (เป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 180/110 มม.ปรอทขึ้นไป ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “เป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย แม้ว่าอาจไม่มีอาการใด ๆ และแม้ว่าผลการตรวจประเมินจะพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่สูง

2.3.6 การรักษาด้วยยา (Pharmacologic Treatment)

1) แนวทางในการใช้ยารักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนที่แพทย์จะตัดสินใจเริ่มให้การรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยยา ควรพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ เพื่อให้สามารถเลือกใช้ยาได้อย่างเหมาะสม ดังนี้ (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2541)

(1)ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ที่จะสามารถซื้อยาได้

(2)ปัจจัยด้านความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ยาที่เลือกใช้ ต้องไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

(3)ยาที่เลือกใช้ต้องไม่มีผลต่อการเกิดความเสื่อมของอวัยวะ เป้าหมายของโรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคไตวาย และโรคเบาหวาน

(4)พิจารณาถึงสภาวะหรือโรคที่มีอยู่เดิมของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อบ่งชี้ หรือข้อจำกัดในการใช้ยา

(5)พิจารณาถึงการตอบสนองต่อยาของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งจะมีความแตกต่างกัน

(6)พิจารณาถึงผลข้างเคียงไม่พึงประสงค์ของยาที่อาจเกิดขึ้นกับ ผู้ป่วย

(7)พิจารณายาซึ่งมีการศึกษา และเป็นที่ยอมรับแล้วว่ามีผลลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

2) ยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง ยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงอาจแบ่งได้ตามกลไกการออกฤทธิ์เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

(1) กลุ่มยาขับปัสสาวะ (Diuretic) จะลดการดูดกลับของน้ำและเกลือ ที่ได้ (1) Thiazide diuretics เช่น Chlorothiazied, Hydrochlorothiazide (2) Loop diuretics เช่น Furosemide, Ethacrynic acid (3) Potassium-Sparing diuretics เช่น Spironolactone, Triamterene (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2541)

(2) กลุ่มยาออกฤทธิ์ด้านแอดรีเนอร์วิก (Antiadrenergic agents) จะลดความดันโลหิตโดยฤทธิ์ของยาจะขัดขวางการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (1) ยาที่ออกฤทธิ์ในสมอง (Central Action) เช่น Clonideine, Methyldopa เช่น Guanethidene, และ alkaloid ต่างๆ เช่น Reserpine (2) ยาที่ออกฤทธิ์ที่ปลายประสาท (Blockade & Neuroeffector transmission) เช่น Guanethidine, และ aklaloid ต่างๆ เช่น Reserpine (3) ยาที่ออกฤทธิ์โดยตรงที่ receptors (Adrenoceptor blocking agents) แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ - Alpha-adrenoceptor blockade จะยับยั้งเฉพาะฤทธิ์ในการ กระตุ้นที่ Alpha-Adrenergic receptors เท่านั้น เช่น Prazosin - Beta-adrenoceptor blockade จะยับยั้งเฉพาะฤทธิ์ในการ กระตุ้นที่ Beta-Adrenergic receptors เท่านั้น เช่น Propanol, Pindolol, Aternolol (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2541)

(3) กลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดโดยตรง (Direct Acting Vasodilatiors) จะทำให้แรงต้านในหลอดเลือดลดลง (1) ยาที่ทำให้หลอดเลือดแดงขยายเพียงอย่างเดียว เช่น Hydralazine, Minoxidie (2) ยาที่มีผลขยายทั้งหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง เช่น Sodium Nitroprusside (3) Calcium antagonist เช่น Nifidipine (4) Angiotensin converting enzyme inhibitor เช่น Enalapril (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2541)

2.3.7 อาการข้างเคียงของยารักษาความดันโลหิตสูง อาการข้างเคียงของยาทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทนรับประทานยาต่อไป ไม่ได้ จึงหยุดรับประทานยาทำให้การรักษาไม่ได้ผลดี อาการข้างเคียงของยาที่ใช้บ่อย ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ (Diuretic) ยาในกลุ่มนี้ เช่น Thiazide อาการข้างเคียงที่พบได้คือทำ ให้ความผิดปกติของอิเล็คโตรไลท์ เกิดโปตัสเซียม แมกนีเซียม โซเดียมในโลหิตต่ำ และ แคลเซียมในโลหิตสูง มีความผิดปกติในการเผาผลาญกลูโคส ทำให้เกิดน้ำตาลในโลหิตสูง มีโอกาสเกิดเก๊าท์ได้เนื่องจากมียูริกสูงในโลหิต นอกจากนี้ยังทำให้มีความผิดปกติในเรื่อง เพศสัมพันธ์ (Sexual Dysfunction) และทำาให้อ่อนเพลีย ยากั้นเบต้า (Bata blockers) อาการข้างเคียงที่พบได้คือ หลอดลมตีบจากการหดรัด ทำให้หายใจลำบาก อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ถ้ามีภาวะหัวใจวายอยู่ด้วย เมื่อใช้ยานี้ภาวะหัวใจวายจะรุนแรงขึ้น ทำให้มีน้ำตาลโลหิตต่ำจึงต้องระวังในผู้ป่วยที่ใช้อินซูลินร่วมด้วย ทำให้ ไขมันไตรกลีเซอไรด์ในโลหิตสูง ลดไขมัน High-Density Lipoprotein Cholesterol และผู้ป่วย ที่ใช้ยากั้นเบต้ามักจะทนต่อการออกกำลังกายได้น้อย (อรสา พันธ์ภักดี, 2542)

3. แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นเป้าหมายหลักที่สำคัญของการพัฒนาในหลายประเทศทั่วโลก ตัวอย่างเช่น ประเทศภูฏานได้กำหนดให้ใช้ความสุขมวลรวมประชาชาติ (Gross National Happiness) เป็นดัชนีชี้วัดความเจริญของประเทศแทนที่จะใช้ผลิตภัณฑ์มวลรวมของประชาชาติ (Gross Domestic Products) ในขณะที่ประเทศไทยได้มีความพยายามใช้ความสุขมวลรวมประชาชาติเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวของพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ เมื่อครั้งที่เข้ารับตำแหน่งนายกรัฐมนตรีในปี พ.ศ. 2549 ว่าจะพัฒนาประเทศโดยพิจารณาจากความสุขมวลรวมของประชาชาติมากกว่าผลิตภัณฑ์มวลรวมของประชาชาติ (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554)

3.1 นิยามคุณภาพชีวิต และความหมาย

นักการศึกษา และนักสังคมวิทยา ได้ให้ความหมายของ“คุณภาพชีวิต”ไว้ว่าหมายถึง “การมีชีวิตที่พัฒนาไปเป็นผู้ใหญ่ที่พึ่งตนเองได้อย่างมีทิศทาง สามารถปรับตัวอยู่ในสังคม

สิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข และทำให้ผู้อื่นเป็นสุขด้วย” โดยสรุปแล้ว “คุณภาพชีวิต” หมายถึง “การที่บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ และดำเนินชีวิตกิจกรรมทั้งหลายของชีวิตด้วยกำลังความรู้และความสามารถทั้งปวงที่ตนมีอยู่ ด้วยความราบรื่นทั้งร่างกาย และจิตใจ รวมไปถึงความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สิน โดยได้รับการยอมรับนับถือจากสังคมที่ตอนเป็นสมาชิกอยู่ตามสมควร” (ดวงพงศ์ พงศ์สยาม, 2552)

คุณภาพชีวิตประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ หมายถึง ลักษณะที่ดีเด่นของบุคคล ส่วนชีวิต หมายถึง ความเป็น ตรงข้ามกับความตาย คุณภาพชีวิต จึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2554)

องค์การอนามัยโลกให้ความหมาย “คุณภาพชีวิต” ว่าเป็นการรับรู้ของบุคลถึงฐานะในชีวิตของตนในบริบทของระบบวัฒนธรรม และค่านิยม ซึ่งบุคคลดำรงชีวิตอยู่ และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความห่วงใยของตน คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดกว้าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพทางร่างกาย สภาวะทางจิตวิทยา ความเชื่อส่วนบุคคล ความสัมพันธ์ทางสังคม และความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมของบุคคล (Oort, 2005 อ้างถึงใน มหาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 2557)

คุณภาพชีวิต (Quality of life) คือ การรับรู้ หรือความเข้าใจของปัจเจกบุคคลที่มีต่อสถานภาพชีวิตของตนเอง ภายใต้บริบทของระบบวัฒนธรรม และค่านิยมที่เขาใช้ชีวิตอยู่ และความเชื่อมโยงกับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน รวมทั้งความกังวลใจที่เขามีต่อสิ่งต่าง ๆ คุณภาพชีวิตเป็นมโนคติ หรือแนวคิด (Concept) ที่มีขอบเขตกว้างขวางครอบคลุมเรื่องต่าง ๆ ที่สลับซับซ้อน ได้แก่ สุขภาพกาย สภาวะทางจิต ระดับความเป็นตัวของตัวเอง และสัมพันธภาพที่มีต่อสิ่งแวดล้อม (ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, 2551)

คุณภาพชีวิต หมายถึง การที่บุคคลมีการประเมินตนเอง รับรู้ตนเองได้เกี่ยวกับความผาสุก การรับรู้ในด้านความพึงพอใจ รวมทั้งการรับรู้สถานะด้านร่างกาย จิตใจของตนเอง ความสัมพันธ์ทางสังคม ตลอดจนสิ่งแวดล้อมของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม (สุรพร นนทแก้ว, 2560)

คุณภาพชีวิต คือ ความรู้สึกอิ่มเอมใจ พึงพอใจในการดำเนินชีวิต และสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับที่จอร์จ และเบียรอนระบุไว้ว่า เราไม่สามารถตัดสินคุณภาพชีวิตของผู้อื่นได้ เพราะบุคคลให้คุณค่าต่อสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตแตกต่างกัน (Dubos, 1976 อ้างถึงใน เสถียร รุจิรวนิช, 2549)

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจในชีวิต การมีความสุข การรับรู้สถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคมโดยสัมพันธ์กับเป้าหมาย และความคาดหวัง ของตนและความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางด้านสังคม และ สภาพแวดล้อมของบุคคล

ภายใต้วัฒนธรรมและบริบทของสังคมของบุคคลในการดำรงชีวิตใน สังคม ภายใต้วิถีชีวิตของแต่ละบุคคล (วีรพงษ์ ยางเดี่ยว, 2554)

คุณภาพชีวิต หมายถึง มุมมอง หรือความคิดเห็นของปัจเจกบุคคลที่มีต่อสภาวะชีวิตของตนเองภายใต้บริบททางวัฒนธรรม และระบบคุณค่าในที่ที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความสนใจของเขา (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554)

คุณภาพชีวิต (Quality of life) โดยทั่วไปมีความหมายกว้างโดยรวมทั้ง สุขภาพ สิ่งแวดล้อม ครอบครัว การมีที่อยู่อาศัย วัฒนธรรม เพื่อนบ้าน ฐานะทางการเงิน เป็นต้น ซึ่งต่อมาพบว่า เมื่อคนเรามีสุขภาพแข็งแรง ปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ จะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลหลักต่อชีวิตความเป็นอยู่ แต่เมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง สุขภาพจะมีอิทธิพลต่อชีวิตของคน ๆ นั่นเหมือนปัจจัยอื่น ๆ (นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส, 2552)

สรุป แนวความคิดที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเป็นมิติที่มีหลายรูปแบบ เน้นความสุขและความพึงพอใจในชีวิตแต่ละคนเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่กับสถานการณ์ที่เขาอยากให้เป็น หรือคาดหวังผลที่ได้ ซึ่งจะเป็นความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ความสุข หรือไม่มีความสุขจึงเป็นการตัดสินใจของแต่ละบุคคลและสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ของชีวิตได้อย่างสนุกสนานโดยไม่มีข้อจำกัด หรือมีเพียงพอ และสามารถทำหน้าที่ในสังคม โดยไม่ต้องพึ่งพาใคร คุณภาพชีวิตของบุคคลต้องการชุมชนที่เป็นมิตร และให้การสนับสนุน

3.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตแสดงถึงลักษณะต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตของบุคคล บุคคลแต่ละ บุคคลจะมีความแตกต่างกันทั้งทางด้านพื้นฐานของบุคคล วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ภาวะสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น ดังนั้นการวัดคุณภาพชีวิตต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ที่สำคัญและจำเป็นต่อการดำรงชีวิต องค์ประกอบคุณภาพชีวิตมีทั้งลักษณะที่คล้ายคลึงกัน และแตกต่างกัน แล้วแต่วัตถุประสงค์ของ การศึกษา การที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ต้องขึ้นอยู่กับองค์ประกอบมากมาย ซึ่งแต่ละ องค์ประกอบจะมีความสำคัญ มากน้อยแตกต่างกันไป ตามทัศนะของแต่ละบุคคลหรือสังคม ได้มี นักวิชาการหลาย ๆ ท่านได้สรุปและเสนอแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านต่าง ๆ ไว้ดังนี้

Flanagan, J.C. (1998) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบคุณภาพชีวิตว่าเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ซึ่งจำแนกออกได้ 5 องค์ประกอบดังนี้

1. มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกายได้แก่ การมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางด้านวัตถุได้แก่ การมีอาหารดี มีที่อยู่อาศัย มีเครื่องอำนวยความสะดวก

2. มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดา มารดา ญาติ พี่น้อง เพื่อนฝูง และบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตร และการเลี้ยงดูบุตรถือเป็น ความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย

3. มีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น

4. มีการพัฒนาทางบุคลิกภาพ และมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น สติปัญญา การเรียนรู้สนใจการเรียน และการเข้าในตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานที่น่าสนใจทำ ได้รับผลตอบแทนที่ดี และการแสดงออกในทางสร้างสรรค์

5. มีสันทนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬา หรือสิ่งบันเทิงอื่น ๆ และ มีส่วนร่วมในสังคม

Zhan L. (1994) ได้กล่าวไว้ว่าคุณภาพชีวิตมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในสภาวะภายนอกที่ได้รับอิทธิผลจากภูมิหลังของคน บุคลิกลักษณะ สิ่งแวดล้อม และสถานภาพทาง สุขภาพ สิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความต้องการ ความคาดหวัง ความใคร่ ความปรารถนาที่ตั้งไว้ และความสำเร็จที่ได้รับ

2. ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่คน ๆ หนึ่งมีต่อตนเอง ความเชื่อ ความรู้สึกเหล่านี้มาจากการรับรู้โดยเฉพาะการรับรู้ปฏิกิริยาของผู้อื่นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของคน ๆ หนึ่งเกี่ยวกับตนเองในห้วงเวลาหนึ่ง

3. ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยนอกจากจะประเมินอาการทางคลินิกแล้ว ยังประเมินในเรื่องการรับรู้สภาวะสุขภาพของบุคคล สิ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับสังคม และยังต้องพิจารณาถึงอิทธิพลทางสังคม สิ่งแวดล้อม และการเมืองด้วย

4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นการประเมินการประกอบอาชีพ การศึกษา และรายได้ ซึ่งถูกกำหนดเป็นมาตรฐานทางสังคม

องค์ประกอบของชีวิตมนุษย์ ตามทรรศนะของนักจิตวิทยาได้แบ่งคุณภาพชีวิตของมนุษย์ออกเป็น 4 ด้าน คือ (ดวงพงศ์ พงศ์สยาม, 2552)

1. ด้านกาย ได้แก่ โครงสร้างทางร่างกาย และสุขภาพทางกาย รวมถึงด้านบุคลิกภาพด้วย

2. ด้านจิตวิทยา ได้แก่ สภาพจิตใจและสุขภาพจิต รวมถึงด้านคุณธรรม และจริยธรรมด้วย

3. ด้านสังคม ได้แก่ สถานะทางสังคม ยศ ตำแหน่ง เกียรติยศชื่อเสียง การยอมรับ รวมถึงการมีมนุษสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วย

4. ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจการเงิน และรายได้ที่มั่นคง องค์ประกอบชีวิตเหล่านี้ ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามลักษณะกฎของธรรมชาติ คือ มีการเกิด แก่ เจ็บ และการตายจากไป จึงทำให้มนุษย์เกิดความต้องการด้านต่าง ๆ ที่จะเป็นแนวในการพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อมุ่งความสำเร็จให้แก่ตนเองสืบต่อไป

โดยสรุป คุณภาพชีวิตไม่ได้เป็นผลจากด้านใดด้านหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่ประกอบด้วยองค์ประกอบหลายส่วน ซึ่งเรียกว่า มิติ หรือโดเมน (domain) (Spilker and Revicki, 1996 อ้างถึงใน นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส, 2552) ดังนั้น คนที่ไม่มีโรค หรือยังปฏิบัติกิจต่าง ๆ ได้ ไม่ได้แปลว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีเสมอไป อีกมุมหนึ่งก็คือ คนพิการ หรือคนที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังก็ไม่ได้แปลว่า เป็นคนที่คุณภาพชีวิตไม่ดี นิยามสุขภาพขององค์การอนามัยโลก เป็นที่มาของการแบ่งมิติ หรือองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็นด้าน ๆ ที่พบบ่อย คือ ความเจ็บป่วย (somatic sensation symptom) สุขภาพทางกาย (physical/functional domain) สุขภาพทางจิตใจ (psychological domain) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social interaction) และการรับรู้สภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (general health perception)

3.3 แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ชีวิตที่มีคุณภาพย่อมเป็นชีวิตที่ประสบความสมหวัง รู้จักยับยั้งความต้องการทางร่างกาย และความต้องการทางอารมณ์ของตนเองให้อยู่ในขอบเขตที่พอดี สามารถใช้ความรู้ สติปัญญา ความรู้สึกนึกคิดของตนไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนเบียดเบียน หรือให้โทษแก่บุคคลอื่น ในขณะเดียวกันบุคคลจะต้องมีการศึกษาสูง มีความขยันอดทนประกอบอาชีพที่สุจริต เป็นพลเมืองดีมีศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ มีระเบียบ มีวินัย มีกฎเกณฑ์ทางสังคม แสวงหาความรู้เพิ่มเติม รู้จักใช้ความคิด และสติปัญญาแก้ไขปัญหาสุขภาพ และการดำรงชีวิตของตนเอง ซึ่งถือว่าเป็นคุณลักษณะของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคลในอีกระดับหนึ่ง ซึ่งมีแนวทางในการพัฒนาดังต่อไปนี้ (ดวงพงศ์ พงศ์สยาม, 2552)

3.3.1 พัฒนากาย เพื่อมุ่งให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และความพิการใด ๆ

3.3.2 พัฒนาทางอารมณ์ เพื่อมุ่งเน้นให้อารมณ์มีความสนุกสนานร่าเริง ไม่มีความเครียด หรือวิตกกังวลต่อการเรียน การปฏิบัติงานมีหน้าที่รับผิดชอบ มีแต่ความเจริญหู เจริญตา เจริญใจ มองโลกในแง่ดีตลอดไป

3.3.3 พัฒนาการทางสังคม เพื่อมุ่งเน้นให้เป็นคนที่มีเกียรติ ได้รับการยกย่อง เคารพนับถือ การยอมรับความรู้สึกเป็นเจ้าของ และความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

3.3.4 พัฒนาทางความคิด เพื่อมุ่งเน้นให้เป็นคนที่มีความต้องการที่จะรู้และเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการคิดค้นหาวิธีการป้องกันแก้ไขปัญหาทั้งหลาย ให้ตัวเองได้ดำรงชีพอยู่อย่างสบาย

3.3.5 พัฒนาการทางจิตใจ เพื่อมุ่งเน้นให้เป็นคนที่มีคุณค่า มีประโยชน์ต่อชุมชน เป็นที่พึ่งที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ มีความมั่นใจว่าชีวิตนี้มีคุณค่า มีความสุข หรือมีชีวิตที่ดีกว่าในอนาคต ได้หลุดพ้นจากทุกข์ทั้งหลาย

3.3.6 พัฒนาทางปัญญา เพื่อมุ่งเน้นให้เป็นคนที่ฉลาดเฉลียว สามารถคิดพิจารณาเรื่องต่าง ๆ ได้อย่างมีเหตุผล ซึ่งปัญญาจะแตกฉานในบุคคลได้นั้นจำเป็นต้องมีการศึกษามีความสนใจเอาใจใส่ต่อวิชาความรู้ที่ครูอาจารย์อบรมสั่งสอน เพื่อให้เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และนำไปพัฒนาชีวิตที่มีคุณค่าในภายภาคหน้า

3.3.7 พัฒนาทางวินัย เพื่อมุ่งเน้นให้เป็นคนที่มีระเบียบวินัยในตนเอง สามารถเคารพและปฏิบัติต่อภาระหน้าที่ต่าง ๆ ที่มีอยู่ ให้อยู่ในกรอบของข้อบังคับของกฎเกณฑ์ที่ได้กำหนดขึ้น ไม่ประพฤติตนออกนอกลู่ทางการมีวินัยที่ดีนั้น พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 9 ได้ทรงมีทรรศนะว่า “คนที่มีระเบียบวินัยนั้นเป็นผู้ที่เข้มแข็ง เป็นผู้ที่หวังดีต่อตัวเอง เป็นผู้จะมีความสำเร็จในอนาคต”

3.4 การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตหรือการวัดระดับคุณภาพชีวิต มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย การประเมินคุณภาพชีวิตอาจมีการประเมินด้วยตนเองหรือบุคคลอื่นเป็นผู้ประเมิน โดยได้มีการแสดงทัศนะในการประเมินคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ดังนี้

องค์การยูเนสโก (UNESCO, 1980) ได้ให้เกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้านคือ

1. ด้านวัตถุวิสัย (Objective) เป็นการวัดโดยอาศัยข้อมูลทางด้านรูปธรรมที่วัดได้ เช่น ข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

2. ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินข้อมูลทางด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึก และเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต

สตอมเบิร์ก (Stromberg, 1984) ได้แสดงทัศนะในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสภาวะที่มีการเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ การประเมินคุณภาพชีวิตจึงประเมินได้ 3 ลักษณะ คือ

1. ประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยการวัดเป็นปริมาณ (objective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินผู้ป่วยโดยผู้อื่น เช่น แพทย์หรือบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพโดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

2. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยการวัดเป็นปริมาณ (subjective) เป็นการประเมินโดยตัวของผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับคำนิยามคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความพึงพอใจและความสุขที่ตนเองได้รับ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยการวัดเป็นคุณภาพ เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเองผลออกมาเป็นการบรรยาย และบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

กล่าวโดยสรุปในการประเมินคุณภาพชีวิต ส่วนใหญ่จะให้ความชัดเจนในประเด็นการประเมิน ได้แก่การประเมินคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง และการประเมินโดยบุคคลอื่น เช่น บุคลากรทางการแพทย์ หรือประเมินโดยทัศนะของผู้ศึกษาหรือวัตถุประสงค์ของผู้ศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิต และสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม หลังจากนั้นคณะทำงานนำโดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล ได้ทำการทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL-BREF แล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐาน แตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำ ทำเช่นนี้อยู่ 3 รอบ การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL–100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ จากการศึกษาดังกล่าว สรุปได้ว่าเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อนอกจากใช้ง่าย สะดวก และรวดเร็วแล้วยังมีความสอดคล้องกับเครื่องมือชุดเดิม และมีความเชื่อมั่นสูงด้วย

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือแบบ ภาวะวิสัย (Preceived Objective) และอัตวิสัย (Self-report Subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านสุขภาพกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดของร่างกายได้ การรับรู้ถึงพละกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับและการพักผ่อน ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ที่เป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ในความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน สามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความ สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าตนไม่ต้องพึ่งพายาต่าง ๆหรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น มี 7 ตัวชี้วัดได้แก่ 1) ความเจ็บปวดและความไม่สบาย 2) กำลังวังชาและความเหนื่อยล้า

3) การนอนหลับพักผ่อน 4) การเคลื่อนไหว 5) การดำเนินชีวิตประจำวัน 6) การใช้ยาหรือการรักษา 7) ความสามารถในการทำงาน

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ และการตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงเรื่องของความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค รับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับเศร้า กังวล และสิ้นหวัง เป็นต้น มี 6 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ความรู้สึกในด้านดี 2) การคิดการเรียนรู้ ความจำและสมาธิ 3) การนับถือตนเอง 4) ภาพลักษณ์และรูปร่าง 5) ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี 6) จิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อส่วนบุคคล

3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Social relationships) คือการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมถึงการรับรู้ในอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์ มี 3 ตัวชี้วัดได้แก่ 1) สัมพันธภาพทางสังคม 2) การช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม 3) กิจกรรมทางเพศ

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนเองมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย มีความมั่นคงในชีวิต มีที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อสุขภาพ การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน การบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าตนได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้นมี 8 ตัวชี้วัดได้แก่ 1) ความปลอดภัยทางด้านร่างกายและความมั่นคงในชีวิต 2) สภาพแวดล้อมของบ้าน 3) แหล่งการเงิน 4)การดูแลสุขภาพและบริการทางสังคม 5) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและทักษะใหม่ ๆ 6) การมีส่วนร่วม มีโอกาสพักผ่อนหย่อนใจและมีเวลาว่าง 7) สภาพแวดล้อม 8) การคมนาคม

สุรพร นนทแก้ว (2559) ได้นำเครื่องมือชุดนี้มาศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ในเขตชนบท อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ในปี พ.ศ. 2559 โดยได้ทำการปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้มีความตรงและมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น จากการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.84 ดังนั้นเครื่องมือชุดนี้มีความเหมาะสมที่จะใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำแบบวัด

คุณภาพชีวิตฉบับย่อดังกล่าวมาเป็นเครื่องมือในการศึกษา เพราะเครื่องมือดังกล่าวมีค่าความเชื่อมั่นสูง มีเนื้อหาครอบคลุมตามองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน และผ่านการใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ซึ่งจะทำให้การศึกษาครั้งนี้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ และผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ สามารถนำไปพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไปได้

4. แนวคิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

สำหรับในการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ผู้วิจัยใช้หลัก อัตมโนทัศน์ เป็นแนวคิดที่บุคคลมีต่อ “อัตตา” หรือความเป็นตัวตนของตนเอง เป็นการรับรู้และการประเมินผลที่บุคคลมีต่อตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ทั้งในอดีตและปัจจัยการรับรู้ที่บุคคลมีต่อตนเองนั้นอาจจะตรงกับความเป็นจริง หรือผิดไปจากความเป็นจริงก็ได้ ดังเช่น การที่เราเป็นบุคคลที่มีลักษณะอย่างหนึ่ง แต่เราอาจจะเห็นตนเองเป็นอีกลักษณะหนึ่ง ซึ่งผิดไปจากลักษณะจริง ๆ ของตนเองได้ ซึ่งได้มีผู้ให้นิยามของอัตมโนทัศน์ไว้หลากหลายดังนี้

Well และ Marwell (1976 Cite by Ferrans and Powers, 1992) ให้ความหมายของอัตมโนทัศน์ว่า เป็นการประเมินของบุคคลเกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง (self-wort)

Gorge และ Bearon (1980 Cite by Ferrans and Powers, 1992) กล่าวว่า อัตมโนทัศน์เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดจากการเปรียบเทียบของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่ตนต้องการและปรารถนา

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2537) ให้ความหมายของอัตมโนทัศน์ ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยว่า อัตมโนทัศน์ หมายถึงส่วนประกอบของความเชื่อและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง ณ เวลาหนึ่ง และความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองเกิดจากการรับรู้ของบุคคลนั้นและการรับรู้ที่เกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลสำคัญที่มีปฏิสัมพันธ์กัน อัตมโนทัศน์เป็นสิ่งที่บุคคลใช้กำหนดพฤติกรรมของตนเอง และการรับรู้เกี่ยวกับตนเองมีบทบาทสำคัญต่อการกระทำทุกสิ่งทุกอย่างของบุคคลในความพยายามที่จะเกิดความเพียงพอ

กอบกุล พันธ์เจริญวรกุล (2531) กล่าวว่า อัตมโนทัศน์เป็นผลรวมของการรับรู้ที่บุคคลมีต่อตนเอง ประกอบด้วย ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยมและการยอมรับเกี่ยวกับตนเอง ทั้งรูปร่าง ลักษณะ และความสามารถด้านต่าง ๆ ของตน ซึ่งเป็นเอกลักษณ์ประจำตัวเฉพาะบุคคล และ อัตมโนทัศน์ยังเป็นผลจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและสังคม

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า อัตมโนทัศน์ คือความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ การรับรู้ และเจตคติของแต่ละบุคคลที่มีต่อตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้และประสบการณ์ที่บุคคลได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม เป็นตัวกำหนดบุคลิกภาพ และแสดงออกได้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าที่บุคคลมีต่อตนเอง

ส่วนประกอบของอัตมโนทัศน์ ไดรเวอร์ (Driver, marie J, 1976 อ้างถึงใน ทัศนา บุญทอง, 2544) นักจิตวิทยา ได้แบ่งอัตมโนทัศน์ออกเป็น 2 ด้าน คือ อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (physical self) และอัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัว (personal self)

1. อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical Self) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับร่างกายของตนเองซึ่งอธิบายได้ใน 2 ลักษณะ คือ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และความสามารถในการควบคุมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เหมาะสมกับเวลาและสถานที่ การรับรู้เกี่ยวกับร่างกายของตนเองยังครอบคลุมไปถึงการรู้จักตนเองในทางสรีรภาพตามความเป็นจริงที่ตนเป็น เช่น ฉันเป็นคนสูง เตี้ย ดำ ขาว อ้วน ผอม ตามลักษณะที่เป็นอยู่และตนเองรับรู้

2. อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล (Personal Self) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง เป็นความรู้สึกที่เป็นส่วนตัวบุคคลมีเกี่ยวกับตนเอง ทั้งในด้านความเชื่อ ค่านิยม อุดมคติ ความคาดหวัง และปณิธานในชีวิต สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล ความเชื่อมั่นและความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคลนี้รวมถึงลักษณะทางด้านร่างกาย หากแต่เป็นนามธรรมซึ่งมองได้ไม่ชัดเจน ต้องใช้การสังเกต และพบได้บ่อยที่ผู้อื่นมองอาจไม่ตรงกับที่เจ้าตัวมองตนเอง อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคลนี้แบ่งออกได้เป็น

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา (Moral-ethical self) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความถูกผิด ดีเลว ที่บุคคลประเมินตนเอง อันเกิดจากการกระทำหรือความประพฤติที่ฝ่าฝืนค่านิยมทางศีลธรรมจรรยาที่ตนเองยอมรับ และยึดถืออยู่ในใจ (Driver, marie J, 1976 อ้างถึงใน ทัศนา บุญทอง, 2544)

2.2 อัตมโนทัศน์ด้านความสม่ำเสมอแห่งตน (Self-consistency) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในลักษณะประจำตัวซึ่งคงที่บางประการของเราเอง เช่น เรารู้จักตนเองว่าเป็นคนใจคอเยือกเย็น หนักแน่น ซึ่งคุณสมบัตินี้เรารู้ว่าเรามีอยู่มานานแล้ว จนกระทั่งขณะนี้เราก็ยังยืนยันความรู้สึกเช่นเดิมที่มีต่อตนเองว่าเรามีลักษณะใจคอเยือกเย็น หนักแน่น หรือเรียกว่าเป็นความสม่ำเสมอแห่งความเป็นเราความเจ็บป่วยจะก่อให้เกิดความสม่ำเสมอในบุคคลเสียไป ทำให้เกิดความวิตกกังวลซึ่งมีผลกระทบต่อบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของบุคคลอีกด้วย (Driver, marie J, 1976 อ้างถึงใน ทัศนา บุญทอง, 2544)

2.3 อัตมโนทัศน์ด้านปณิธานหรือความคาดหวัง (Self ideal or Self expectation) เป็นความรู้สึกนึกคิด ทัศนคติเกี่ยวกับตนเองตามที่บุคคลนั้นปรารถนาจะเป็น บุคคลจะตั้งความคาดหวังเอาไว้ว่าตนจะเป็นอย่างนั้นอย่างนี้ และจะพยายามเปลี่ยนแปลงตนเองให้เป็นอย่างที่ตั้งปณิธานเอาไว้ หากทำได้ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองจะดีขึ้น มีความมั่นใจขึ้น แต่หากทำไม่ได้ความรู้สึกที่มีต่อตนเองจะลดลง คือรู้สึกท้อถอยและไร้คุณค่า บทบาทในสังคมเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่ออัตมโนทัศน์ด้านปณิธานหรือความคาดหวัง ทำให้มนุษย์มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสังคมไป

ในทางที่สังคมส่วนใหญ่ยอมรับความเจ็บป่วยมีผลกระทบโดยตรงต่อการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของบุคคลในหลายโอกาสที่ความเจ็บป่วยเป็นสาเหตุให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมตามบทบาทที่ตนเคยปฏิบัติตามปกติได้ ก่อให้เกิดความผิดหวัง และอาจเกิดความเศร้าใจได้หากการเสียบทบาทหน้าที่นั้นเป็นไปอย่างถาวร (Driver, marie J, 1976 อ้างถึงใน ทัศนา บุญทอง, 2544)

3. อัตมโนทัศน์ด้านการยอมรับนับถือตนเอง (Self Esteem) เป็นความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวกับตนเองในคุณค่าหลาย ๆ ด้านที่ตนเองมีอยู่ โดยตนเองเป็นผู้ประเมินจากคุณค่าที่ตนมองเห็นว่าตนมีอยู่หรือเป็นอยู่โดยเปรียบเทียบกับคุณค่าที่ตนเองปรารถนาอยากจะเป็น (Self ideal) หากตนเองมองเห็นว่าลักษณะที่ตนเป็นอยู่นั้นคล้ายคลึงหรือเหมือนกับลักษณะที่ตนอยากจะให้เป็น บุคคลจะเกิดความพึงพอใจในความเป็นตนเอง ในสถานการณ์เช่นนี้บุคคลนั้นจะมีระดับของการยอมรับนับถือตนเองสูง ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลมองเห็นว่าลักษณะที่ตนเป็นอยู่นั้นแตกต่างหรือห่างไกลจากที่ตนปรารถนาจะเป็น บุคคลจะไม่พึงพอใจในตนเอง ระดับการยอมรับนับถือตนเองจะมีน้อยขาดความมั่นใจ แสดงถึงการยอมรับนับถือตนเองต่ำ (Driver, marie J, 1976 อ้างถึงใน ทัศนา บุญทอง, 2544)

5. แนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัว

สถาบันครอบครัวมีความสำคัญกับสังคมไทยเป็นอย่างมาก เพราะสังคมไทยได้ยึดเอาสถาบันครอบครัวเป็นสถาบันหลักทางสังคม ดังนั้นการที่จะทำให้ครอบครัวมีความสุขและอบอุ่นจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพราะจากงานวิจัยหลายเรื่องพบว่าการเจริญเติบโตในครอบครัวที่มีความรักความอบอุ่นจะทำให้บุคคลนั้นเป็นพลเมืองที่ดีและมีศักยภาพที่ดีในสังคม ได้มีการกำหนดนิยามของครอบครัวไว้หลากหลาย ดังนี้

คณะอนุกรรมการครอบครัวในคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (กสส.) ได้จัดประชุมสมัชชาแห่งชาติขึ้น และให้คำนิยามของ ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ ในการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งการพึ่งพิงทางสังคม เศรษฐกิจ และมีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือทางสายโลหิต โดยบางครอบครัวอาจมีลักษณะเป็นข้อยกเว้นบางประการ จากที่กล่าวมา ซึ่งอาจหมายรวมถึง ครอบครัวที่มีสมาชิกข้ามช่วงอายุอาศัยอยู่ด้วยกัน เช่น ปู่ย่าตายายอาศัยอยู่กับหลาน (กสส., 2542)

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2544 ได้ให้ความหมายของครอบครัวว่าหมายถึง ผู้ร่วมครัวเรือน คือ สามี ภรรยา และบุตร เป็นต้น

วราภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์ (2545) ให้ความหมายของครอบครัว หมายถึง การอยู่ร่วมกันของบุคคลที่เป็นสมาชิก ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน ผูกพันกัน เช่น ความสัมพันธ์ทางสายเลือด หรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม สมาชิกที่มีความสัมพันธ์กันจะมีบทบาทและหน้าที่แตกต่างกัน เช่น เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา หรือบุตร ฯลฯ

สมาคมคหเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย (2542) ได้ให้ความหมายของครอบครัวในเชิงสหวิทยาการ ดังนี้

1. ด้านชีววิทยา ครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนที่มีความผูกพันธ์ทางสายโลหิต

2. ด้านเศรษฐศาสตร์ ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ใช้จ่ายเงินจากงบประมาณเดียวกัน แม้จะอาศัยอยู่ต่างสถานที่กัน

3. ด้านสังคมศาสตร์ครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนที่อยู่ร่วมเคหะสถานหรือบ้านเดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์ สนใจต่อทุกข์ซึ่งกันและกัน มีความผูกพันกัน มีความรักความปรารถนาดีต่อกัน โดยมิจำเป็นต้องสืบสายโลหิตเดียวกัน

4. ด้านนิติศาสตร์/กฎหมาย ครอบครัว หมายถึง ครอบครัวที่ชายหญิงจดทะเบียนสมรสอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งครอบคลุมถึงบุตรและบุตรบุญธรรม กฎหมายยังได้กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบิดามารดา สามีภรรยา และบุตรที่มีต่อกัน และกำหนดสิทธิในการรับมรดกทางกฎหมาย

สรุปได้ว่า ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกัน มีความสัมพันธ์ผูกพันกันทางสายโลหิตหรือกฎหมาย มีปฏิสัมพันธ์ สนใจต่อทุกข์สุขซึ่งกันและกัน มีความผูกพันกัน มีความรักความปรารถนาดีต่อกัน โดยสมาชิกแต่ละคนจะมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่แตกต่างกัน เช่น บิดามารดา สามีภรรยา บุตร และปู่ย่าตายาย เป็นต้น

5.1 รูปแบบและลักษณะของครอบครัว

ข้อมูลสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2542-2545 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547) ชี้ให้เห็นว่า ครอบครัวไทยในปัจจุบัน มิได้ประกอบด้วยพ่อแม่ลูก และเครือญาติเท่านั้น แต่มีหลายรูปแบบ ได้แก่

1. ครอบครัวขยาย ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก ปู่ย่าตายาย และหรือพี่น้อง

2. ครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วยพ่อแม่และลูก โดยส่วนใหญ่ครอบครัวจะมีลูก 1-3 คนเป็นอย่างมาก จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติพ.ศ.2545 ยังชี้ให้เห็นว่าลักษณะครอบครัวเดี่ยวยังมีความแตกต่างกัน คือ ครอบครัวที่มีสามีภรรยาและบุตร และครอบครัวที่มีแต่สามีและภรรยา

3. ครอบครัวที่อยู่คนเดียว มีคนที่อยู่อาศัยตามลำพังมากขึ้น โดยปี 2542 มีคนที่อาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 11.0 เพิ่มเป็นร้อยละ 11.5 (ปี 2544) และร้อยละ 11.8 (ปี 2545) ตามลำดับ

4. ครอบครัวพ่อหรือแม่เลี้ยงลูกตามลำพัง หมายถึง ครอบครัวที่มีเพียงพ่อหรือแม่และลูก เนื่องจากสาเหตุของการหย่าร้าง การเป็นหม้าย แยกทาง การทอดทิ้ง

5. ครอบครัวที่รับเด็กเป็นบุตรบุญธรรม คือ ครอบครัวที่สามีและภรรยา ไม่สามารถมีบุตรร่วมกันได้ และมีความประสงค์ที่จะขอรับเด็กมาอุปการะเป็นบุตร

6. ครอบครัวอื่น ๆ เช่น ครอบครัวที่เกิดจากการแต่งงานของเพศเดียวกัน

5.2 สัมพันธภาพในครอบครัว

นิตยา คชภักดี (2545) ได้อธิบายเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัวว่า หมายถึง การเกี่ยวข้องปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวที่เพิ่มความผูกพัน เคารพรักและเอื้ออาทรต่อกัน ซึ่งประเมินได้จากพฤติกรรม การสื่อความหมาย มีส่วนร่วมปรึกษาหารือ ตัดสินใจ และทำกิจกรรมในบรรยากาศที่สงบสุข

ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ (2546) ได้นิยามความหมายของ สัมพันธภาพในครอบครัวว่า หมายถึง ความสัมพันธ์ ความใกล้ชิดคุ้นเคยกันตามบทบาทที่คนเรามีต่อสมาชิกในครอบครัว ถ้าความสัมพันธ์เป็นไปในลักษณะปรองดองรักใคร่กลมเกลียวกัน ถือว่าเป็นสัมพันธภาพที่ดี แต่ถ้าเป็นความขัดแย้งหรือรู้สึกไม่ดีต่อกัน ถือว่าเป็นสัมพันธภาพที่ไม่ดี

ศรีทับทิม พานิชพันธ์ (2527) ได้กล่าวถึง สัมพันธภาพในครอบครัวว่า เป็นความผูกพันรักใคร่ ความใกล้ชิดคุ้นเคยสนิทสนมกันระหว่างบิดามารดาและบุตร รวมตลอดถึงเครือญาติและบุคคลอื่น ๆ ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนนั้น ๆ ด้วยความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นเรื่องที่สามารถก่อให้เกิดผลดี หรืออาจก่อให้เกิดปัญหา และมีมูลเหตุแห่งปัญหานานาประการถ้าระบบการปกครองของหัวหน้าครอบครัวไม่รัดกุม

จิราพร ชมพิกุลและคณะ (2552) ให้ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัววไว้ว่า เป็นความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว และ เครือญาติ หรือบุคคลอื่น ๆ ที่อาศัยรวมอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน โดยใช้เวลาในการทำกิจกรรมที่มี ประโยชน์ร่วมกัน มีการสนทนาพูดคุยปรึกษาหารือกัน มีการแสดงออกซึ่งความรัก เอื้ออาทรต่อกันทั้งทางกาย วาจา และใจ และปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งอาจจะเป็นสัมพันธภาพทั้งที่ดีหรือไม่ดีก็ได้

สรุปได้ว่าสัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง หรือบุคคลอื่น ๆ ที่อาศัยรวมอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน โดยมีการปฏิสัมพันธ์ การพูดคุย การแสดงออก ซึ่งความรัก และทำกิจกรรมอื่น ๆร่วมกัน ซึ่งมีทั้งสัมพันธภาพที่ดีและไม่ดี

5.3 ลักษณะของสัมพันธภาพในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัวมีหลายลักษณะ คือ สัมพันธภาพระหว่างสามีภรรยา ระหว่างพ่อแม่และลูก ระหว่างพี่น้อง หรือระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยสัมพันธภาพที่ดีของครอบครัวจะเกิดขึ้นได้จากปัจจัยพื้นฐาน ดังนี้ (ศิริกุล อิศรานุรักษ์, 2542)

1. ชื่นชมคุณค่าของคนในครอบครัว
2. มีเวลาอยู่ร่วมกัน ทำกิจกรรมร่วมกัน
3. มีพันธะต่อความสุขและสวัสดิภาพของคนในครอบครัวร่วมกัน
4. มีการติดต่อสื่อสารกันอย่างดี
5. มีศรัทธาต่อศาสนา จะช่วยให้มีสติ อดทน ให้อภัย ระงับความโกรธ และช่วยเหลือสังคม
6. มีสมรรถนะในการจัดการกับวิกฤตการณ์ของครอบครัวได้ดี ส่วนสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดี จะส่งผลกระทบในเชิงลบต่อสมาชิกทุกคน ดังนี้

6.1 ขาดความสุขในครอบครัว ไม่มีความปรองดอง ขาดความเป็นมิตร ทำให้เกิดความห่างเหิน นำไปสู่ความแตกแยกในครอบครัว

6.2 มีผลเสียต่อบุคลิกภาพและสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ทั้งด้านกายและจิต เกิดความรุนแรงในครอบครัว และการกระทำทารุณกรรมต่อผู้หญิงและเด็ก

6.3 สมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน เช่น เที่ยวเตร่ ติดสารเสพติด และเล่นการพนัน เป็นต้น

5.4 ความสำคัญของสัมพันธภาพในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ครอบครัว มีความสุขเพราะสมาชิกในครอบครัวอยู่ร่วมกันด้วยความรักความเข้าใจ มีความเอื้ออาทรและความผูกพันกัน มีการสื่อสารที่ดีและมีการปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ครอบครัวที่มีความอบอุ่นจึงมักเป็นครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน (ประกายรัตน์ ภัทรธิติ, 2556)

ศิริกุล อิศรานุรักษ์ (2542) กล่าวว่า สัมพันธภาพที่ดี ของครอบครัวจะเกิดขึ้นได้จากปัจจัยพื้นฐาน ดังนี้ 1) ชื่นชมคุณค่าของคนในครอบครัว 2) มีเวลาอยู่ร่วมกัน ทำกิจกรรมร่วมกัน 3) มีพันธะต่อความสุขและสวัสดิภาพของคนในครอบครัวร่วมกัน 4) มีการติดต่อสื่อสารกันอย่างดี 5) มีศรัทธาต่อศาสนา จะช่วยให้มีสติ อดทน ให้อภัย ระงับความโกรธ และช่วยเหลือสังคม 6) มีสมรรถนะในการจัดการกับวิกฤตการณ์ของครอบครัวได้ดี ส่วนสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดี จะส่งผลกระทบในเชิงลบต่อทุกคน ดังนี้ 1) ขาดความสุขในครอบครัว ไม่มีความปรองดอง ขาดความเป็นมิตร ทำให้เกิดความห่างเหิน นำไปสู่ความแตกแยกของครอบครัว 2) มีผลเสียต่อ

บุคลิกภาพและสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ทั้งด้านกายและจิต เกิดความรุนแรงในครอบครัว และการทารุณกรรม ต่อผู้หญิงและเด็ก 3) สมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน เช่น เที่ยวเตร่ ติดสารเสพติด และเล่นการพนัน เป็นต้น ระหว่างพี่น้อง และสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ สัมพันธภาพในครอบครัวจึงมีความสำคัญ ดังนี้

5.4.1 สร้างความอบอุ่นให้กับสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันเป็นครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวมีความสุขและความอบอุ่น รักใคร่ปรองดองกัน เมื่อมีปัญหาก็ร่วมปรึกษาหารือและช่วยกันแก้ไขปัญหา ซึ่งอาศัยการสื่อสารพูดคุยและรับฟังปัญหาซึ่งกันและกัน ไม่ปล่อยให้สมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญปัญหาตามลำพัง ส่วนครอบครัวที่มีสัมพันธภาพไม่ดีต่อกันก็จะห่างเหิน ไม่ค่อยพูดคุยกัน หรือพูดกันไม่ดี ต่างคนต่างอยู่ มีเวลาให้กันและมีกิจกรรมร่วมกันน้อย (ประกายรัตน์ ภัทรธิติ, 2556)

5.4.2 ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพจิตดี เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันก็จะดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข หน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส คิดทำแต่สิ่งที่ดี ทุกคนรู้บทบาทและรับผิดชอบหน้าที่ของตนเอง ไม่ทะเลาะเบาะแว้งกัน ไม่ใช้ความรุนแรงในการแก้ไขปัญหา ส่วนสมาชิกในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพไม่ดีก็จะอารมณ์เสียง่าย หงุดหงิดง่าย ไม่มีการพูดชื่นชมกัน (ประกายรัตน์ ภัทรธิติ, 2556)

5.4.3 เป็นภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้กับสมาชิกในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความมั่นคงทาง จิตใจในการดำเนินชีวิต เมื่อมีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากปัจจัยภายนอกและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัว ก็จะสามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ ไปได้เพราะได้กำลังใจและการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว (ประกายรัตน์ ภัทรธิติ, 2556)

5.4.4 มีผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวทำให้ทุกคนมุ่งมั่น ที่จะทำให้ครอบครัวมีความสุขจึงมักทำดี ประพฤติดี สามีภรรยาไว้วางใจกัน มีความอดทนต่อความยากลำบากและ ปัญหาต่าง ๆ ร่วมกันสร้างบรรยากาศที่ดีในครอบครัว ส่วนลูกก็ไม่สร้างปัญหาให้พ่อแม่ต้องกังวลใจหรือหากมีปัญหา ก็กล้าที่จะปรึกษาพ่อแม่ (ประกายรัตน์ ภัทรธิติ, 2556)

ดังนั้น การสื่อสารและสัมพันธภาพในครอบครัวจึงมีความสำคัญและมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เพราะการสื่อสารเป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว การสื่อสารที่ดี ที่เหมาะสม ทำให้สมาชิก ในครอบครัวมีความเข้าใจ มีความรักความผูกพัน และทำให้ครอบครัวมีความสุข (ประกายรัตน์ ภัทรธิติ, 2556)

5.5 องค์ประกอบตัวชี้วัดสัมพันธภาพในครอบครัว

องค์ประกอบตามตัวชี้วัดของครอบครัวเข้มแข็ง ซึ่งพัฒนามาจากคณะทำงานมาตรการสถาบันครอบครัวเข้มแข็ง มีจำนวน 5 องค์ประกอบ โดยด้านสัมพันธภาพอยู่ในองค์ประกอบที่ 1 ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัด ดังนี้ 1) การร่วมกิจกรรม 2) การสื่อสารในครอบครัว 3) การเอื้ออาทรต่อกัน(บังอร เทพเทียน และคณะ, 2550) สำหรับตัวชี้วัด “ครอบครัวอบอุ่น” มาจากผลการสำรวจความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.) โดยให้ครอบครัวเฉพาะในเขตชนบทประเมินตนเองว่า ครอบครัวของตนมีความอบอุ่นผ่านเกณฑ์ อันได้แก่ 1) คนในครัวเรือนมีโอกาสอยู่พร้อมหน้ากัน 2) คนในครัวเรือนมีความเคารพนับถือซึ่งกันและกัน 3) คนในครัวเรือนมีการปรึกษาหารือเพื่อแก้ไขปัญหาในครอบครัว 4) คนในครัวเรือนไม่เคยหนีออกจากบ้าน 5) กรณีที่อยู่คนเดียวถ้าดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขถือว่าเป็นครอบครัว อบอุ่น โดยดัชนียิ่งมีค่าเข้าใกล้ 100 แสดงว่ายิ่งมีอัตราส่วนครอบครัวอบอุ่นสูง(นิตยา คชภักดี, 2545)

6. แนวคิดด้านการสนับสนุนทางสังคม (Social support)

6.1 ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ พฤติกรรมและเป็นสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งมีผู้ศึกษาได้ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมไว้หลายรูปแบบดังนี้

แคพแพลน (Caplan, 1974) ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

ฟิลิชุก (Pilisuk, 1982) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคนไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

ดังนั้นจากความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมาข้างต้นจึงสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ปฏิสัมพันธ์กันทั้งทางด้านอารมณ์ สังคม วัตถุ สิ่งของรวมทั้งข้อมูลข่าวสาร ผลของแรงสนับสนุนทำให้บุคคลเกิดความตระหนัก สามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ได้ตามความต้องการ ส่งผลให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

6.2 แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม โดยปกติกลุ่มสังคมจัดแบ่งออก ได้ 2 ประเภท คือ

6.2.1 กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ดังนั้น แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์จากคู่สมรส (กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทย์ทหารเรือ, 2548)

6.2.2 กลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้น แรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่น ๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทย์ทหารเรือ, 2548)

6.3 องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย

6.3.1 ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน

6.3.2 ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย

1) ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีความเอาใจใส่ และมีความรัก ความหวังดีในสังคมอย่างจริงใจ

2) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าตนเองมีค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม

3) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม

6.3.3 ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ (กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทย์ทหารเรือ, 2548)

6.4 ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม เฮ้าส์ ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ (House, 1985)

6.4.1 แรงสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย

6.4.2 แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติหรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

6.4.3 การให้แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ

6.4.4 การให้แรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

6.5 ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม โดยนักพฤติกรรมศาสตร์ชื่อ กอทต์ลิบ ได้แบ่งระดับ แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ (Gottlieb, 1985)

6.5.1 ระดับกว้าง (Macro Level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจและการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิกลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มต้านภัยเอดส์กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

6.5.2 ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุ สิ่งของ ความเป็นมิตรแรงสนับสนุนทางอารมณ์และการยกย่อง

6.5.3 ระดับแคบ หรือระดับลึก (Micro Level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย ในการสนับสนุนในระดับนี้ได้แก่ สามีภรรยา และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และแสดงความรักและห่วงใย (Affective Support)

6.6 ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ มีรายงานการศึกษาวิจัยมากมายที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อสุขภาพอนามัย พอสรุปได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ

6.6.1 ผลต่อสุขภาพกาย แบ่งออกเป็น

1) ผลโดยตรง จากรายงานผลการศึกษาของ เบอร์กแมน และไซม์ได้ติดตามผลในวัยผู้ใหญ่จำนวน 700 คน ที่อาศัยอยู่ในเมือง อามีดา รัฐแคลิฟอร์เนีย เป็นเวลานาน 9 ปี โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วไปของสุขภาพอนามัย และสถิติชีพที่สำคัญ รวมทั้งแรง

สนับสนุนทางสังคม โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยมีอัตราป่วยและตายมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากถึง 2.5 เท่า ซึ่งความสัมพันธ์เกิดขึ้นในทุกเพศทุกเชื้อชาติและทุกระดับเศรษฐกิจ (Berkman, 1979) การศึกษาของ คอบบ์และแคสเซล พบว่าผู้ป่วยเป็นวัณโรค ความดันโลหิตสูง และอุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม หรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้การศึกษาทางระบาดวิทยาสังคมยังพบว่า คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของการติดโรคได้ง่าย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อ และมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลงอีกด้วย (Cobb, 1976 and Cassel, 1961)

2) ผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล (Compliance to Regismens) มีรายงานผลการศึกษาเป็นจำนวนมากที่บ่งบอกถึงผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำของคนไข้ ซึ่งเบอร์กเลอร์ พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย (Burgler อ้างถึงใน กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทย์ทหารเรือ, 2548)

3) ผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค คอบป์ (copp, 1976) และแลงกลี (Langlie, 1977) ได้รายงานผลการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายประจำการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

6.6.2 ผลต่อสุขภาพจิต ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิต มีลักษณะเช่นเดียวกับสุขภาพกาย คือ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคล ช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลดความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มความต้านทานโรคของบุคคลได้อีกด้วย ดังการศึกษาของกอร์ (Gore, 1977 อ้างถึงใน กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทย์ทหารเรือ, 2548) ศึกษาในผู้ชายว่างงานจำนวน 110 คนพบว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจน้อยกว่าผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยลดผลของความเครียดที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจในผู้ที่ทำงาน ซึ่งพบว่ามีความเครียดมากและยังพบอีกว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง (Caplan, 1974)

7. แนวคิดแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE–PROCEED Model)

แบบจำลอง (Model) การวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพมีมากมายและหลากหลาย แต่ที่เป็นที่นิยมและประยุกต์ใช้กันอย่างแพร่หลาย ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1987 จนถึงปัจจุบัน คือ PRECEDE–PROCEED Model ซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นมาโดย Lawrence W. Green และ Marshall Krueter แบบจำลองดังกล่าวนี้เป็นแบบจำลองการวางแผน โดยมีนักวิชาการและนักปฏิบัตินำไปประยุกต์เป็นแบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพซึ่งผู้ที่นำแบบจำลองนี้ไปใช้เป็นแบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพจะต้องมีความชัดเจนในตัวแปรภายใต้ปัจจัยนำ (Predisposing factor) ว่าจะใช้แนวคิดตามโครงสร้างทางจิตวิทยาอะไรมาวิเคราะห์สาเหตุทางพฤติกรรมสุขภาพ

PRECEDE–PROCEED Model เป็นแบบจำลองที่นำมาประยุกต์ใช้วางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา โดยเฉพาะ PRECEDE Model ใช้เป็นกรอบในการวางแผนสุขศึกษาของอาสาสมัครและการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อไป การเปลี่ยนพฤติกรรมจะสัมพันธ์กับระดับของการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ฉะนั้นผลสัมฤทธิ์ของงานสุขศึกษาจะมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยปัญหาและสาเหตุของปัญหาของประชากรเป้าหมายได้ถูกต้องมากน้อยเพียงใด แบบจำลองนี้มีลักษณะเป็นพหุปัจจัยร่วมกันซึ่งมีรากฐานมาจากสังคมศาสตร์/พฤติกรรมศาสตร์ ระบาดวิทยา การบริหารและการศึกษา เช่น ปัญหาสุขภาพมีสาเหตุมาจากหลายๆ ปัจจัยจึงจะต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้องจึงจะสามารถกำหนดกลวิธี/วิธีการแก้ปัญหาอย่างถูกต้อง โดยธรรมชาติแล้วแบบจำลอง PRECEDE สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หลากหลายสถานที่ เช่น สุขศึกษาในโรงเรียน สุขศึกษาสำหรับผู้ป่วย และสุขศึกษาในชุมชนเป็นต้น PROCEED Model ได้ถูกผนวกเข้ามาร่วมกับ PRECEDE ประมาณปี 1987 จากประสบการณ์ของ Green และ Krueter ที่ได้รับปฏิบัติงานในตำแหน่งต่าง ๆ ของหน่วยงานทั้งภาครัฐ และมูลนิธิ Kriser Family Foundation การผนวกแบบจำลองนี้เข้าไปเพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพที่เพิ่มไปจากงานสุขศึกษาดั้งเดิมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การวินิจฉัยด้านการบริหารเป็นขั้นตอนท้ายสุดของ PROCEED ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีวิสัยทัศน์กว้างไกลนอกจากกิจกรรมทางด้านการศึกษา/สุขศึกษาแล้ว ยังจะสามารถก้าวไปถึงความจำเป็นเกี่ยวกับการปฏิบัติการทางการเมือง การจัดการ และเศรษฐกิจซึ่งมีผลต่อระบบสังคม สิ่งแวดล้อม จนถึงครรลองการดำเนินชีวิตที่มีสุข (healthful lifestyles) และจะทำให้มีความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และสังคม มากยิ่งขึ้น

เป้าประสงค์หลักของ PRECEDE-PROCEED model จะให้ความสำคัญที่ผลลัพธ์ (outcomes) มากกว่าปัจจัยนำเข้า (inputs) ด้วยเหตุนี้ จึงเป็นการผลักดันให้ผู้วางแผนพิจารณาผลลัพธ์ที่ต้องมาก่อนในการวางแผน แล้วจึงค่อยพิจารณาถอยหลังไป ว่ามีปัจจัยหรือสาเหตุผลลัพธ์อะไรบ้างที่จะส่งผลต่อกระบวนการวางแผนซึ่งมีหลักการอยู่ 2 ประเด็นที่สำคัญได้แก่

1. หลักการมีส่วนร่วม กล่าวคือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stake holders) จะต้องมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการที่จะระบุบ่งชี้ปัญหาที่เร่งด่วน และเป้าประสงค์ของตนเองอย่างชัดเจนในการพัฒนา/กำหนดแนวทางและการดำเนินงานแก้ปัญหา หลักการนี้ได้พัฒนาและประยุกต์มาจากทฤษฎีการพัฒนาชุมชนและแบบจำลองการสร้างพลัง (Empowerment education model) ของไฟร์ (Freire)

2. บทบาทที่สำคัญของปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพประชาชน เช่น ความไม่เสมอภาคของสื่อต่าง ๆ โรงงานอุตสาหกรรม การเมือง และสังคม

PRECEDE ประกอบด้วย 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวินิจฉัยด้านสังคม จุดมุ่งหมายของระยะนี้เพื่อระบุบ่งชี้และประเมินปัญหาด้านสังคมซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Quality of Life: QOL) ของประชากร เป้าหมายระยะนี้จะช่วยให้ผู้วางแผนเข้าใจปัญหาด้านสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้บริโภคบริการ นักเรียน/นักศึกษา หรือชุมชนตามที่ประชาชนมองเห็นปัญหาเหล่านั้นที่เกิดขึ้นกับตนเอง ปัญหาด้านสังคมจะเชื่อมโยงไปถึงปัญหาด้านสุขภาพซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมสุขศึกษาได้ สิ่งเหล่านี้เป็นผลกระทบสำคัญต่อชีวิต และคุณภาพชีวิตส่งผลต่อปัญหาด้านสังคมอย่างไรบ้าง วิธีการวินิจฉัยด้านสังคมอาจจะดำเนินการได้ดังนี้ จัดเวทีชุมชน (Community Forums) การแสดงข้อตกลงร่วมในกลุ่ม (Nominal groups) การอภิปรายเฉพาะกลุ่ม (Focus group) การสำรวจ (Surveys) และการสัมภาษณ์ (Interviews) เป็นต้น

ระยะที่ 2 การวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา การวินิจฉัยระยะนี้จะช่วยให้ผู้วางแผนพิจารณากำหนดปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งจะช่วยให้สามารถระบุบ่งชี้ว่ามีปัจจัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตจุดเน้นของระยะนี้ก็เพื่อจะระบบ่งชี้สาเหตุอันเนื่องมาจากปัญหาด้านสุขภาพและไม่ใช่ปัญหาด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี การอธิบายปัญหาสุขภาพจะช่วย

(1) กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพ และปัจจัยอื่น ๆที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

(2) จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนงานโครงการและการใช้ทรัพยากร

(3) มีความเป็นไปได้ในการกำหนดความรับผิดชอบระหว่างวิชาชีพ องค์กร และหน่วยงานร่วมกันนอกจากนี้การจัดอันดับความสำคัญของปัญหาก็ยังสามารถนำไปใช้กำหนดวัตถุประสงค์ และประชากรกลุ่มเป้าหมายของแผนงานได้อีกด้วย เช่นระบุผลลัพธ์อะไรบ้างที่ต้องการให้เกิด(What) และมากน้อยเพียงใด (How Much) ที่ประชากรกลุ่มเป้าหมายจะได้รับและจะได้รับเมื่อไร (When) ตัวอย่างข้อมูลการวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา เช่น สถิติชีพ จำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (เทียบกับอายุขัยเฉลี่ยของประชากร ความพิการ ความชุกของความเจ็บป่วย / เกิดโรค การตาย อุบัติการณ์ของโรค และการเจ็บป่วย เป็นต้น)

ระยะที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ในระยะนี้จะมุ่งเน้นที่การระบุบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยอื่น ๆ อย่างเป็นระบบระเบียบ ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพในระยะที่ 2 ในระยะนี้อาจรวมถึงสาเหตุที่ไม่ใช่พฤติกรรมด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมซึ่งสามารถจะช่วยให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ เป็นต้น แต่ไม่สามารถควบคุมได้โดยพฤติกรรม ปัจจัยเหล่านั้นอาจรวมถึงพันธุกรรม อายุ เพศ และการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่แล้ว ดินฟ้าอากาศ สถานประกอบการ และความเพียงพอของการบริการสุขภาพ เป็นต้น สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง ในระยะนี้ก็คือการจัดลำดับความสำคัญ ของสาเหตุพฤติกรรม ในประเด็นพฤติกรรมที่สำคัญ และความสามารถในการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมนั้น ๆ การวินิจฉัยพฤติกรรมจะต้องให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในแต่ละประเด็นในระยะที่ 2 ซึ่งจะช่วยให้ผู้วางแผนสามารถเลือกพฤติกรรมเป้าหมายนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาด้วยการศึกษาได้โดยสรุป การวินิจฉัยพฤติกรรมอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคมที่ได้ระบุบ่งชี้ไว้ในระยะที่ 1–2 การวินิจฉัยสิ่งแวดล้อมเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมควบคู่ไปซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้วย

ระยะที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษาระยะนี้เป็นการประเมินสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่ระบุไว้ในระยะที่ 3 สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัยด้วยกัน คือ ปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม (enabling factors) ปัจจัยเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง (reinforcing factors) ประเด็นสำคัญของระยะนี้คือ การระบุบ่งชี้สาเหตุของพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องจะเป็นกุญแจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การระบุบ่งชี้จะต้องมองทั้งที่ส่งผลทางบวกและลบต่อพฤติกรรม และลำดับความสำคัญของแต่ละสาเหตุ และความสามารถในการเปลี่ยนแปลง วัตถุประสงค์การเรียนรู้หรือวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมจะต้องกำหนดตามปัจจัยสาเหตุเหล่านี้ ดังนั้นจึงต้องฟันธงลงไปเลยว่าจะต้องแก้ไขเปลี่ยนแปลงปัจจัยเหล่านี้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืนโดยการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกิจกรรมและการดำเนินการตามวัตถุประสงค์กิจกรรมนั้น ๆ

ปัจจัยนำ หมายถึง คุณลักษณะของบุคคลหรือประชากรที่ติดตัวกับบุคคลเหล่านั้นมาก่อนแล้ว เช่น ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติ ฯลฯ

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง คุณลักษณะของสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพ และสังคมวัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคล และหรือ ทรัพยากรที่จะช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์

ปัจจัยเสริมแรง หมายถึง รางวัลหรือผลตอบแทนหรือการได้รับการลงโทษภายหลังที่ได้แสดง พฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา ซึ่งจะช่วยให้เกิดความมั่นคงของการเกิดพฤติกรรม การเสริมแรงจะได้รับจากครอบครัว เพื่อน ครู บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือ สื่อมวลชน เป็นต้น

ระยะที่ 5 การวินิจฉัย ด้านการบริหารและนโยบาย ในระยะนี้จะมุ่งเน้นวินิจฉัยเกี่ยวกับการบริหารและการจัดองค์กรซึ่งจะต้องระบุให้ชัดเจนก่อนดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ซึ่งรวมถึงทรัพยากรต่าง ๆ การจัดสรรงบประมาณ การกำหนดตารางการปฏิบัติงาน การจัดองค์กรและบุคลากรในการปฏิบัติงานตามแผนงานโครงการ การประสานงานกับหน่วยงาน สถาบันและชุมชน

การวินิจฉัยด้านบริหาร : เช่นการวิเคราะห์นโยบาย ทรัพยากร และสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาแผนงานโครงการสุขภาพ

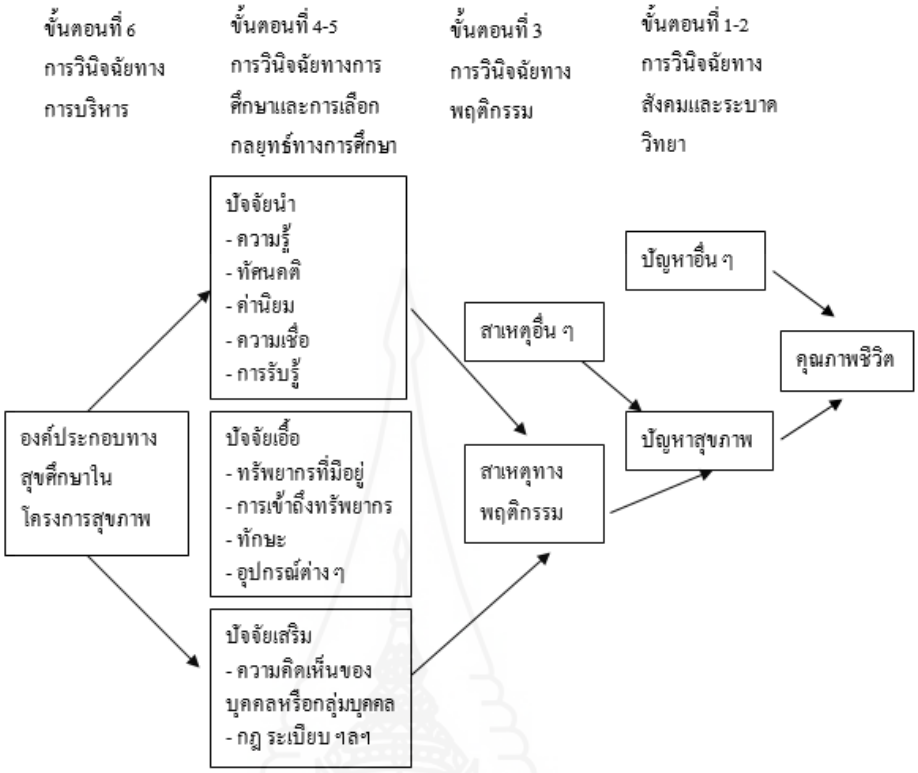
การวินิจฉัยนโยบาย : เป็นการประเมินว่าเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ของแผนงานโครงการว่าสอดคล้องเหมาะสมกับภารกิจ กฎระเบียบขององค์กรหรือไม่

ระยะที่ 6 การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ ดำเนินงานตามกลวิธี วิธีการและกิจกรรม โดยผู้รับผิดชอบแต่ละเรื่องและประเด็นที่กำหนดไว้ตามตารางการปฏิบัติกิจกรรม

ระยะที่ 7 การประเมินผลกระบวนการ เป็นการประเมินกระบวนการที่ใช้ในการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ

ระยะที่ 8 การประเมินผลกระทบ เป็นการวัดประสิทธิผลของแผนงานโครงการตามวัตถุประสงค์ระยะสั้นที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรง (predisposing, enabling ,and reinforcing factors)

ระยะที่ 9 การประเมินผลลัพธ์สุดท้าย เป็นการประเมินผลรวบยอดของวัตถุประสงค์ที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นและประโยชน์ที่ได้รับด้านสุขภาพหรือคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจจะใช้เวลานานผลเหล่านี้จึงจะเกิดขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นปี จึงจะสามารถประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายได้



ที่มา: Green et al.,1999

ภาพที่ 2.1 แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE–PROCEED Model)

8. แนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต หลายการศึกษาระบุว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่เพศ อายุ สถานภาพสมรส และศาสนา ปัจจัยด้านสังคมได้แก่การศึกษา ลักษณะครอบครัว และการเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมทางสังคม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจได้แก่อาชีพ รายได้ของผู้สูงอายุ ในการวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกปัจจัยบางประการที่คาดว่าน่าจะมีผลกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย ปัจจัยนำได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร การมีโรคประจำตัวเรื้อรัง ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพ สถานที่เข้ารับบริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษา สิทธิการรักษาพยาบาล ปัจจัยเสริมได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมและการเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

8.1 ปัจจัยด้านประชากร

8.1.1 เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เป็นตัวกำหนดบทบาท บุคลิกภาพของบุคคลในสังคม เป็นสิ่งที่แสดงถึงค่านิยมของบุคคลที่บ่งบอกถึงคุณภาพ พลังอำนาจ และความสามารถตามธรรมชาติของมนุษย์ตามปัจจัยกรรมพันธุ์ (Orem, 1980) ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันจะมีรูปแบบในการดูแลตนเองแตกต่างกัน (Shank & Lough, 1985 อ้างถึงในรจนารถ ร่วงลือ, 2536) ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในสังคมไทยสมัยก่อนมีค่านิยมให้เกียรติเพศชาย ให้รับบทบาทเป็นผู้นำครอบครัว ทำหน้าที่ประกอบอาชีพหาเลี้ยงครอบครัว หรือเป็นช้างเท้าหน้า ในขณะที่เพศหญิงถูกกำหนดบทบาทเป็นแม่บ้านที่ต้องดูแลความเรียบร้อยในบ้าน จัดเตรียมอาหาร และงานอื่น ๆ ภายในบ้านรวมทั้งเลี้ยงดูบุตร และยกย่องเพศชายเป็นหัวหน้าครอบครัว ดังนั้นการตัดสินใจจึงขึ้นอยู่กับหัวหน้าครอบครัว นอกจากนี้ลักษณะทางสรีระของเพศชายและลักษณะการประกอบอาชีพ จะบ่งบอกถึงความสามารถทางด้านร่างกายมากกว่าเพศหญิง ทำให้เพศหญิงรู้สึกว่าตนเองเป็นเพศที่อ่อนแอ ทำให้เพศหญิงมีระดับการพึ่งพาผู้อื่น และมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าเพศชาย (Hanlon & Pickell, 1984) จากการที่เพศชายได้รับการยกย่องจากสังคมทำให้เพศชายเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า จึงเกิดความพึงพอใจในการดำรงชีวิต ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตในทางบวก กนกนวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ (2547) ซึ่งศึกษาในข้าราชการที่เกษียณอายุราชการในอำเภอเมือง และอำเภอหาดใหญ่จังหวัดสงขลา พบว่าเพศที่แตกต่างกันจะทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ หรือมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน โดยพบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีความพึงพอใจในชีวิตที่สูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง และการศึกษาของ ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540) พบว่าผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันแม้ว่าจะอยู่ในวัยเดียวกันก็ตาม จะมีการดูแลตนเองที่แตกต่างและส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ต่างกัน ดังนั้นเพศจึงอาจเป็นตัวแปรที่อาจจะมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพผู้สูงอายุ

8.1.2 อายุ เป็นตัวบ่งชี้ถึงวัยของแต่ละบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต ทั้งส่งผลต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กนกพร สุคำวัง (2540) ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม พบว่าผู้สูงอายุวัยต้นจะมีความเข้มแข็งในการมองโลก และสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันจะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน (Padilla & Grant 1985) ถ้าแบ่งผู้สูงอายุตามวัยเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุวัยต้น มีอายุระหว่าง 60-74 ปี กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง มีอายุระหว่าง 75-84 ปี และผู้สูงอายุวัยสุดท้ายอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป (Board, 1980 cited in Yurick, et al. 1984) พบว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้สภาพร่างกายยิ่งเสื่อมโทรมตามลำดับ ความเสื่อมทางกาย ทำให้เกิดความคับข้องใจ เนื่องจากไม่สามารถประกอบ

กิจวัตรประจำวันเช่นเดิมได้ ทำให้ระดับพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้น การศึกษาของเอดเวิร์ด เคลม์ และเดวิด (Edward, Klem & David, 1973) เกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในรัฐเวอร์จอเนีย สหรัฐอเมริกา พบว่าความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ซึ่งความพึงพอใจนี้เป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของ มาร์คิเดส และมาร์ติน (Markides & Martin, 1979) พบว่าผู้สูงอายุวัยต้น โรคข้อเข้าเสื่อมยังมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกับผู้อื่นได้ดี ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสังคมในระดับดี ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง และการศึกษาของดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540) พบว่าผู้สูงอายุในภาคใต้มักจะประเมินตนเองมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในวัยเดียวกันจากความสามารถในการประกอบอาชีพหรือการปฏิบัติกิจวัตรต่าง ๆ ที่ลดลง การศึกษาของอภิเชษฐ์ จำเนียรสุขและคณะ (2560) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05)โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ (2554) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต โดยผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย จะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก สอดคล้องกับการศึกษาดวงใจ คำคง (2554) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 25.3 และอายุเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านลบมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของสุรพร นนทแก้ว (2559) พบว่า อายุมีอิทธิพลด้านลบกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท และสอดคล้องกับการศึกษาของวรุณีย์ สีม่วงงาม (2560), มุทิตา วรรณชาติและคณะ (2558) พบว่า อายุสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ ร้อยละ 16.2 และร้อยละ 27.2 ตามลำดับ

8.1.3 สถานภาพสมรส เป็นลักษณะของสถานะที่บ่งบอกถึงการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ เนื่องจากสถานภาพสมรสเป็นตัวบ่งชี้ถึงการอยู่ร่วมกันทางสังคม ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มักจะมีคู่สมรสคอยช่วยเหลือในกิจกรรมต่าง ๆตลอดจนการยกย่องนับถือ (วาทินี บุญชะลักษี และยุพิน วรสิริอมร, 2539) ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุรู้สึกว่าไม่เหงาหรือโดดเดี่ยว ทำให้เกิดความมั่นคงในชีวิตและรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Robert & Krouse, 1988) จากการศึกษาของเขมิกา ยามะรัต (2547) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะได้รับความรัก ความเห็นใจ การเอาใจใส่ดูแลจากคู่สมรสอันเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า รวมทั้งยังเป็นคนสำคัญของครอบครัวอีกด้วยส่งผลให้มีการรับรู้ต่อการดำเนินชีวิตในทางที่ดี ผู้สูงอายุในภาคใต้จะศรัทธาและมีการปฏิบัติตามหลักศาสนาอย่างเคร่งครัด เช่น ไทยพุทธส่วนมากจะมีสถานภาพสมรสคู่สามี/ภรรยาเดียว ในขณะที่ศาสนาอิสลาม

ไม่ได้มีข้อห้ามเกี่ยวกับผู้ชายมีภรรยาได้มากกว่าหนึ่งคน เนื่องจากผู้ชายเป็นผู้ที่ต้องทำงานหนักเพื่อเลี้ยงครอบครัวควรจะได้รับการดูแลอย่างดีจากภรรยาแต่ค่านิยมเหล่านี้อาจจะเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสังคมปัจจุบัน (ขนิษฐา นาคะ, 2542) การศึกษาของ ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540) พบว่าผู้สูงอายุในภาคใต้ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และมีคู่สมรสคอยช่วยเหลือ ดังนั้นสถานภาพสมรสจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

8.1.4 ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยยกระดับชีวิตและความเป็นอยู่ของบุคคลให้สูงขึ้น ทำให้บุคคลมีโอกาสในการดำเนินชีวิต เพราะการศึกษาสามารถช่วยให้มีความรู้ที่เพิ่มขึ้นสามารถรับรู้ถึงความเป็นไปในโลกและชีวิตด้านต่าง ๆ ได้ดีโดยจำเรียง กูรมะสุวรรณ (2536) กล่าวว่าการไม่ได้รับการศึกษาทำให้บุคคลมีโอกาสขาดความรู้พื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และการศึกษาช่วยทำให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุขและมีคุณภาพ สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปีจุ (2525) กล่าวว่าค่านิยมไทยผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมได้รับการยกย่อง โดยเฉพาะในสังคมชนบท ซึ่งจะเห็นได้จากการเป็นผู้นำกลุ่มหรือชมรมต่าง ๆ ส่วนมากจะเป็นผู้สูงอายุที่มีการศึกษา เพราะการศึกษาสามารถนำบุคคลแสวงหาอาชีพที่ดี มีความมั่นคงและได้รับค่าตอบแทนสูง ซึ่งทำให้สามารถเลี้ยงตนเองได้ (ยนต์ ชุ่มจิต, 2530) และยังเก็บออมไว้ใช้ยามสูงอายุ และรายได้ที่ดีนั้นทำให้มีอำนาจในการซื้อสูง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตสูงขึ้นตามไปด้วย อภันตรี บัวเหลือง (2553) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู เช่นเดียวกับการศึกษาของสุรกุล เจนอบรม (2534) และสุวิมล พนาวัฒนกุล (2534) พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาสูง มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่าหรือไม่ได้รับการศึกษา การศึกษาจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

8.1.5 อาชีพ การประกอบอาชีพจะมีผลต่อการดำเนินชีวิตในสังคมของบุคคล ทำให้บุคคลมีความพึงพอใจในชีวิต เพราะเป็นการรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเองที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมด้านต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองและส่งผลถึงคุณภาพชีวิต เช่นการศึกษาของอภิเชษฐ์ จำเนียรสุขและคณะ (2560) พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-$value$<0.05) โดยผู้สูงอายุที่ยังคงมีการประกอบอาชีพ มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งอธิบายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงไป เช่นเมื่อมีอายุ 60 ปี จะมีการเกษียณอายุการทำงาน มีร่างกายที่เสื่อมถอยจากการเจ็บป่วย แต่ถึงแม้จะป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุบางส่วนก็ยังคงมีความสามารถในการดำเนินชีวิตและประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงตนเอง ซึ่งรายได้ที่ได้จากการประกอบอาชีพนั้น สามารถนำไปใช้จ่ายบริการต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการดูแลรักษาสุขภาพหรือรักษาโรคที่เป็นอยู่ ทำให้มีอาการดีขึ้นได้ ซึ่งอาจจะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ ชุติเดช เจียนดอน (2555)

ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* < 0.01) และประภาพร จินันทุยา (2536) พบว่าผู้สูงอายุที่ยังคงประกอบอาชีพอยู่ มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ เมื่อเกษียณอายุราชการรู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า ลดบทบาททางสังคมในทันทีทันใด และรู้สึกว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพอื่น ๆซึ่งเมื่อวัยสูงอายุขึ้นอาจถูกลดบทบาทหรือเปลี่ยนแปลงบทบาทไป แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ค่อยเป็นค่อยไป จึงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้รู้สึกว่าตนเองยังมีประโยชน์ต่อสังคม จึงประเมินคุณภาพชีวิตในระดับที่ดี และการศึกษาของเกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์, สุรีย์ บุญญานุพงค์ และสมศักดิ์ ฉันทะ (2533) ได้ศึกษามาถึงสภาพและบทบาทของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่ยังทำงานในเชิงเศรษฐกิจได้ ซึ่งหมายถึงการประกอบอาชีพจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภูมิใจ เป็นที่ยอมรับของบุคคลในครอบครัว และยังถือว่าเป็นหัวหน้าครอบครัว อาชีพจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาได้

8.1.6 ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมาย และมีผลต่อสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพราะครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ เศรษฐกิจ ตลอดจนความสัมพันธ์ทางสังคม เพราะการที่บุคคลได้รับการยอมรับถึงคุณค่าทำ มีความสำคัญ ที่จะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมทางสุขภาพดี ตรงกันข้ามกับบุคคลที่ขาดการเอาใจใส่จากครอบรอบครัว จะรู้สึกตนเองไร้คุณค่า ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่เสี่ยงและเกิดความล้มเหลวในการดูแลสุขภาพตน (Cohen & Wills, 1985) ผู้ที่อยู่ในครอบครัวขยายมีโอกาสได้รับการดูแลช่วยเหลือในยามเจ็บไข้ได้ป่วย หรือเมื่อต้องการความช่วยเหลือ บุคคลในครอบครัวจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีความมั่นคงในชีวิต ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุในครอบครัวเดี่ยว เพราะบุคคลในครอบครัวขยายจะเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญในการเอาใจใส่ทั้งร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุได้มากกว่า และโอกาสที่จะส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยให้การสนับสนุนในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมดีกว่าครอบครัวเดี่ยว (สุดา วิไลเลิศ, 2536 ; ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, 2540) ดังนั้นลักษณะครอบครัวจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

8.1.7 รายได้ เป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบัน เพราะรายได้เป็นสิ่งที่เอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับการตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม เนื่องจากรายได้ทำให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม มีอาหารที่มีคุณค่า ได้รับบริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพ และสามารถซื้อหาสิ่งอำนวยความสะดวกและความสุขสบาย (Hogstel, 1981 อ้างถึงใน วรรณา กุมารจันทร์, 2543) มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของอภิเชษฐ์ จำเนียรสุขและคณะ (2560)

พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(p-value* < 0.05) โดยได้อธิบายว่ารายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตซึ่งหากผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพหรือมีรายได้น้อยไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายทำให้มีความรู้สึกต่อสถานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ไม่สามารถตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆได้ เต็มที่ อีกทั้งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น แต่ในทางกลับกันการมีรายได้ก็จะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถนำรายได้นั้นไปใช้จ่ายเป็นค่าบริการทางการรักษาได้และการได้รับการดูแลนั้นก็จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีรายได้น้อย สอดคล้องกับการศึกษาของวิไลพร ขำวงษ์ และคณะ (2554) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้อง กับการศึกษามุทิตา วรรณชาติ (2558) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* < 0.05) ประกอบกับการศึกษาของกนกพร สุคำวัง (2540) พบว่าผู้สูงอายุถึงแม้มีโรคประจำตัวได้แก่ข้อเข่าเสื่อม แต่ถ้าผู้สูงอายุมีรายได้สูงก็จะสามารถดูแลตนเองได้ดี มีโอกาสและความรู้สึกที่อยากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ต่ำ เนื่องจากรายได้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นใจ เพราะสามารถซื้อหาสิ่งต่าง ๆ ตลอดจนค่าใช้จ่ายที่อาจจะต้องใช้ในการเข้ากลุ่มหรือชมรมต่าง ๆ และรายได้สามารถทำให้ผู้สูงอายุได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกและความสุขนอกเหนือจากสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต และทำให้ได้รับการตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ทำให้มีความสุขสบายมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี บุคคลที่มีรายได้สูง จะมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้การดูแลตนเองเป็นผลสำเร็จตามความต้องการ ส่วนผู้มีรายได้ต่ำหรือมีรายได้ปานกลางมักจะมีปัญหาการเงิน ทำให้เกิดความรู้สึกกังวลเป็นทุกข์ (Orem, 1991)

8.2 ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต เพราะธรรมชาติของมนุษย์จะอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง มาริโน และดูเซอร์ (Marino & Kiosler, 1981) ให้ความเห็นว่าปฏิกิริยาการตอบสนองความเครียดของบุคคลแตกต่างกันตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่นานขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดี ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตดี เนื่องจากระยะเวลายิ่งนานจะช่วยให้บุคคลเรียนรู้ และยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ดี ผลลัพธ์ของการปรับตัว คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Kottket, 1982) ซึ่งต่างจากการศึกษาของเอแบรม (Abram, 1969) พบว่าในผู้ป่วยเรื้อรังจะใช้เวลาในการปรับตัวนาน 6-12 เดือน หากนานกว่า 24 เดือน ผู้ป่วยจะเริ่มหมดหวัง กังวลในการรักษา และไม่มั่นใจในสภาพการเจ็บป่วย จนทำให้เกิดความเครียด ส่วนการวิจัยของกลาสโกว์และคณะ (Glasgow et at, 1987) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินจำนวน 93 คน พบว่าระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมานานมากกว่า 10 ปี จะปฏิบัติตามการรักษาได้ดีน้อยกว่าผู้ป่วย

ที่เป็นเบาหวานน้อยกว่า 10 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของปัฐยาวัชร ปรากฏผลและคณะ (2558) พบว่าระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นตัวทำนายระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาการเป็นโรคไม่นานจะมีระดับคุณภาพดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มีระยะเวลาการเป็นโรคยาวนาน (Lee et al., 2014) เนื่องจากการที่ป่วย เป็นโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานส่งผลให้ ผู้ป่วยต้องมีการจัดการตนเองเพื่อให้ สามารถควบคุมโรคได้ แต่ในกรณีที่ไม่สามารถจัดการตนเองได้ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี และ นอกจากนี้การที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน จะมีภาวะแทรกซ้อนของโรค เกิดขึ้น เช่น จอประสาทตาเสื่อม โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ไตเสื่อม ปลายประสาทอักเสบ และ หลอดเลือดส่วนปลายตีบ ซึ่งโรคเหล่านี้ต้องมีการดูแลเป็นพิเศษ มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่มีความสุขสบายในชีวิตส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง

8.3 ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) ของบุคคลเป็นการตัดสินคุณค่าของตน (Self) และการแสดงออกในรูปของทัศนคติที่บุคคลนั้นมีต่อตนเอง (Mussen Conger and Kagan, 1969) ซึ่งเป็นผลจากการที่บุคคลได้มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเชิงประเมินจากผู้อื่น โครงสร้างของตนจึงค่อยพัฒนาขึ้นเป็นภาพอันเกิดจากการรวมตัวของความคิด ความเชื่อ ประสบการณ์ของบุคคล (Roger, 1951) ทำให้บุคคลเกิดมโนภาพหรือความคิดต่อตนเอง โดยอาศัยกระบวนการตัดสินคุณค่าของตนจากผลงาน ความสามารถ คุณลักษณะต่าง ๆ ตามมาตรฐานของค่านิยมส่วนตน ในที่สุดจึงพัฒนามาเป็นการเห็นคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของสุรพร นนทแก้ว พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช และเมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ปัจจัยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับการศึกษาของชุติเดช เจียนดอน และคณะ (2554) พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองมีผลต่อคุณภาพชีวิตเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ เหตุผลคือ ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองสูง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ วารี กังใจ (2541) ที่พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

8.4 ระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุได้ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่เสื่อมถอยทางด้านร่างกาย เป็นเหตุให้เกิดการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจกว่าช่วงวัยอื่น ซึ่งถ้าหากผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วย และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพประกอบกับมีระบบการให้บริการสุขภาพที่ดี มีเครื่องมือ เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอ มีจำนวนเจ้าหน้าที่ที่เหมาะสมต่อผู้รับบริการ มีระบบการติดตามดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่บ้าน จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่มีคุณภาพซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์และทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาของมุทิตา วรรณชาติ (2558) ที่พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และสอดคล้องกับการศึกษาของอภิเชษฐ์ จำเนียรสุขและคณะ (2560) ที่พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

8.5 สัมพันธภาพในครอบครัว การอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข ความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคลอันจะทำให้เกิดความรัก ความนับถือและความร่วมมือทำให้เกิดความสุขในการดำเนินชีวิต ซึ่งการมีสัมพันธภาพครอบครัวที่ดีจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรัก การดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัว สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของอภิเชษฐ์ จำเนียรสุข (2558) พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุหลังเกษียณอายุการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของสุรพร นนทแก้ว (2559) พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัว มีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของมุทิตา วรรณชาติ (2558) พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

8.6 แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม อาศัยแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) มีรายงานการศึกษาวิจัยมากมายที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพอนามัย พอสรุปได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

8.6.1 ผลต่อสุขภาพกาย แบ่งออกเป็น

1) ผลโดยตรง จากรายงานผลการศึกษาของเบอร์กแมน และไซม์ (Berkman and Symme, 1979) ซึ่งติดตามผลในวัยผู้ใหญ่จำนวน 700 คน ที่อาศัยอยู่ในเมืองอามีดา รัฐแคลิฟอร์เนีย เป็นเวลานาน 9 ปี โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วไปของสุขภาพอนามัย และสถิติชีพที่สำคัญ รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย มีอัตราป่วยและตายมากกว่าผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากถึง 2.5 เท่า ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในทุกเพศ ทุกเชื้อชาติ และทุกระดับเศรษฐกิจการศึกษา

ของคอบบ์และแคสเซล (Cobb, 1976 and Castel, 1961 อ้างถึงใน Berkman and Symme 1979) พบว่า ผู้ป่วยเป็นวัณโรค ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม หรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้การศึกษาทางระบาดวิทยาสังคมยังพบว่า คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของการติดโรคได้ง่าย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงระบบต่อมไร้ท่อ และมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลงอีกด้วย

2) ผลต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล (Compliance to Regism Ins) มีรายงานผลการศึกษาเป็นจำนวนมากที่บ่งบอกถึงผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำของคนไข้ ซึ่งเบอร์กเลอร์ (Burgler) พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมากจะเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

3) ผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค คอบบ์ (Cobb, 1976) และแลงกลี (Langlie, 1977) ได้รายงานผลการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีพฤติกรรม การป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

8.6.2 ผลต่อสุขภาพจิต ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิต มีลักษณะเช่นเดียวกับสุขภาพกาย คือ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคล ช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลดความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มความต้านทานโรคของบุคคลได้ กอร์ (Gore, 1977) ศึกษาในผู้ชายว่างงาน จำนวน 110 คน พบว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจน้อยกว่าผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และแคพแลน (Caplan, 1974) กล่าวว่า การสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งที่ช่วยลดผลของความเครียดที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจในผู้ที่ทำงาน ซึ่งพบว่ามีความเครียดมาก และยังพบอีกว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

สรุปได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพ ในด้านร่างกายผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยโรคติดเชื้อและโรคไร้เชื้อ รวมถึงด้านอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม หรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้การศึกษาทางระบาดวิทยาสังคมยังพบว่า คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของการติดโรคได้ง่าย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อ มีผลทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลง ในด้านจิตใจพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต

บุคคล ช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลดความเครียด ซึ่งมีผลต่อการเพิ่มความต้านทานโรคของบุคคลได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตนดี ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรมและหากแรงสนับสนุนทางสังคมมากจะเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จะทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือในด้านวัสดุอุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิต และถ้าผู้สูงอายุ ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมโดยมีการพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับวัย และส่งผลให้สามารถดำเนินชีวิตในวัยสูงอายุอย่างมีความสุขและก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอภิเชษฐ์ จำเนียรสุข (2558) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุหลังเกษียณอายุการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และสอดคล้องกับการศึกษาของอภิเชษฐ์ จำเนียรสุขและคณะ (2560) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

8.7 การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมทางสังคม เป็นรูปแบบหนึ่งของการทำกิจกรรมร่วมกัน ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกของกลุ่มหรือชมรมต่าง ๆ ในชุมชนจะรู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมในสังคม เพิ่มความมีชีวิตชีวา รู้สึกว่าตนเองมีเพื่อนไม่อ้างว้างโดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ได้พัฒนาตนเองด้านความรู้ และประสบการณ์เพิ่มเติมเกี่ยวกับอาชีพ อีกทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวมีความสนใจผู้สูงอายุมากขึ้น เป็นการส่งเสริมวัฒนธรรมที่ดีงามของไทย ส่งผลต่อสังคม เพราะผู้สูงอายุที่เข้าเป็นสมาชิกชมรมจะมีบทบาททางสังคม ไม่เลิกเกี่ยวข้องกับสังคม สามารถช่วยทำประโยชน์ให้แก่สังคม โดยใช้พลังสมาชิกจากชมรมทำให้บุคคลในสังคมมองเห็นคุณค่ายกย่องให้เกียรติ จะเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของเจษฎา นกน้อยและวรรณภรณ์ บริพันธ์ (2560) พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของกู้เกียรติ ก้อนแก้ว (2561) พบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาของธาริน สุขอนันต์ และคณะ (2554) ที่พบว่าการเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา ปัญญาดิลก (2554) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมในสังคม ทำให้ผู้สูงอายุได้พบปะผู้คน ได้เจอกับคนวัยเดียวกัน และต่างวัย ทำให้มีกำลังใจ ไม่รู้สึกเบื่อ ไม่เหงา และไม่รู้สึกถูกทอดทิ้งจากสังคม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross–sectional Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) คุณลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช 2) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช 3) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยระยะเวลาที่ใช้ศึกษาปัญหาวิจัย ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2562 ถึงเดือนธันวาคม 2562 มีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 451 ราย ซึ่งมีผู้สูงอายุที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง หรือผู้ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ จำนวน 223 ราย โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ดังนี้

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน ทำได้โดยวิธีใดวิธีหนึ่งใน 4 วิธี ดังต่อไปนี้ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560)

1. ผู้ที่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจนคือ หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อยและมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยที่ไม่มีสาเหตุ สามารถตรวจระดับพลาสมากลูโคสเวลาใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องอดอาหาร ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

2. การตรวจระดับพลาสมากลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า 8 ชั่วโมง (Fasting plasma glucose, FPG) มีค่า 126 มก./ดล.เหมาะสำหรับคนทั่วไปที่มาตรวจสุขภาพ และผู้ที่ไม่มีอาการ

3. การตรวจความทนต่อกลูโคส (75 กรัม Oral Glucose Tolerance Test, OGTT) ถ้าระดับพลาสมากลูโคส 2 ชั่วโมง หลังดื่มน้ำตาล 200 มก./ดล. ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน วิธีนี้มักใช้ในงานวิจัย เนื่องจากผลการตรวจมีความไว (sensitivity) แต่ความจำเพาะ (specificity) ไม่ดีนัก อาจคลาดเคลื่อนได้

4. การตรวจวัดระดับ A1C ถ้าค่าเท่ากับหรือมากกว่า 6.5% ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน วิธีนี้นิยมใช้กันมากขึ้นในปัจจุบัน เพราะไม่จำเป็นต้องอดอาหาร แต่จะต้องตรวจวัดในห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐานดังกล่าวข้างต้นเท่านั้น สำหรับผู้ที่ไม่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน ควรตรวจเลือดซ้ำโดยวิธีเดิมอีกครั้งหนึ่ง

ต่างวันกันเพื่อยืนยันและป้องกันความผิดพลาดจากการตรวจห้องปฏิบัติการ รายละเอียดการแปลผลระดับพลาสมากลูโคสและ A1C สรุปไว้ในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 การแปลผลระดับพลาสมากลูโคสและ A1C เพื่อการวินิจฉัย

	ปกติ	**ระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มความเสี่ยงการเป็นโรคเบาหวาน**		**โรคเบาหวาน**
		Impaired fasting glucose (IFG)	**impaired glucose tolerance (IGT**	
พลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (FPG)	<100 มก./ดล.	100-125 มก./ดล.	-	≥ 126 มก./ดล.
พลาสมากลูโคสที่ 2 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม 2 h-PG (OGTT)	<140 มก./ดล.	-	140–199 มก./ดล	≥ 200 มก./ดล.
พลาสมากลูโคสที่เวลาใด ๆ ในผู้ที่มีอาการชัดเจน	-	-	-	> 200 มก./ดล.
ฮีโมโกลบินเอวันซี (A1C)	< 5.7 %	5.7-6.4 %		≥ 6.5 %

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงใช้อ้างอิงจากระดับความดันโลหิตที่วัดได้จากสถานพยาบาลเป็นหลัก แต่การวัดดังกล่าวอาจมีความคลาดเคลื่อนได้จากสาเหตุต่าง ๆ เช่น สิ่งแวดล้อมของห้องตรวจ อุปกรณ์ที่ใช้วัดความดันโลหิต ความชำนาญของบุคลากร ความพร้อมของผู้ถูกตรวจ และอาจทำให้ระดับความดันโลหิตที่วัดได้อยู่ในเกณฑ์สูงหรือต่ำเกินจริง ดังนั้นในผู้ที่สงสัยว่าจะมีความดันโลหิตสูงจึงควรจัดระดับการวินิจฉัยเบื้องต้นจากผลการวัดความดันโลหิตในครั้งแรกที่มาพบแพทย์เป็น 4 ระดับดังนี้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

ระดับ 1 High normal blood pressure (ระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 130/80 มม.ปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 140/90 มม.ปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “เกือบสูง” นี้ หากตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก็สามารถวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ แม้จะมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ “เกือบสูง” เท่านั้น

การตรวจว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในเกณฑ์สูง ใช้ผลการประเมินและตรวจพบหัวข้อใดหัวข้อหนึ่งต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 หัวข้อ

ก. มี target organ damage (TOD)

ข. มีหรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease, CVD)

ค. มีหรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคเบาหวาน (diabetes mellitus, DM)

ง. ประเมินความเสี่ยงของโอกาสการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้าได้มากกว่าร้อยละ 10 (ควรประเมินโดย Thai CV risk score)

ระดับ 2 Possible Hypertension (อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 140/90 มม.ปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 160/100 มม.ปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ หากตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก็ควรวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย

ระดับ 3 Probable Hypertension (น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 160/100 มม.ปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 180/110 มม.ปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ หากตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก็ควรวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ หากมีอาการที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง เช่น อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ใจสั่น หรือมีประวัติความดันโลหิตสูงในญาติสายตรงหลายคน หรือมีความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงค่อนข้างมาก แพทย์อาจใช้วิจารณญาณเพื่อวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย

ระดับ 4 Definite Hypertension (เป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 180/110 มม.ปรอทขึ้นไป ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “เป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย

แม้ว่าอาจไม่มีอาการใด ๆ และแม้ว่าผลการตรวจประเมินจะพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่สูง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช และมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง หรือผู้ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ ซึ่งคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกรณีทราบจำนวนประชากร (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2547)

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}\left[p(1-p)\right]}{\left[e^2(N-1)\right]+\left[Z^2_{\alpha/2}p(1-p)\right]}$$

เมื่อ $Z^2_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานที่ช่วงเชื่อมั่น 95% (α = 0.05) เท่ากับ 1.96
(ฐานข้อมูลสารสนเทศสุขภาพจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2561)

e = ความแม่นยำของการประมาณค่า กำหนดเท่ากับ 0.05

N = จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง จำนวน 223 ราย

เมื่อแทนค่าต่าง ๆ ลงในสูตร จะได้ขนาดตัวอย่าง (n) เท่ากับ 142 คน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้มีขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 142 คน เพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างอีก 10% ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่ต้องเพิ่มจำนวน มีจำนวนเท่ากับ (142 x 10)/100 = 14.2 ราย หรือ 15 ราย รวมขนาดตัวอย่างที่ต้องทำการเก็บทั้งหมดไม่น้อยกว่า 157 ราย เนื่องจากตำบลบางศาลามี 2 หน่วยบริการ ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการสุ่มเชิงช่วงชั้นอย่างมีสัดส่วน (Proportional stratified random sampling) การสุ่มตัวอย่างแบบนี้จะกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนในแต่ละช่วงชั้นต่อจำนวนประชากรดังนี้

ผู้สูงอายุในพื้นที่ รพ.สต.บ้านบางศาลา = $\frac{157}{223} \times 137$ จะได้จำนวนตัวอย่าง 96 คน

ผู้สูงอายุในพื้นที่ รพ.สต.บ้านบางไทร = $\frac{157}{223} \times 86$ จะได้จำนวนตัวอย่าง 61 คน

จากนั้นผู้ศึกษาได้ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสุ่มแบบจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) เป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง

- เป็นผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง หรือผู้ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์
- มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป
- อาสาสมัครยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- ผู้ที่ไม่สามารถตอบคำถามได้ด้วยตนเอง ทุพลภาพ หรือเป็นผู้ป่วยติดเตียง เนื่องจากไม่สามารถให้ข้อมูลได้ตามความเป็นจริง
- อาสาสมัครไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

2. วิธีการการดำเนินการ

2.1 ผู้ศึกษาขอความอนุเคราะห์จากคณะกรรมการบัณฑิตศึกษา ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ในการจัดทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ผู้ศึกษาดำเนินการขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

2.3 ผู้ศึกษานำแบบสอบถาม พร้อมหนังสือจากคณะกรรมการบัณฑิตศึกษา ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ติดต่อประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากพนัง เพื่อประสานพื้นที่ตำบลบ้านบางศาลา อำเภอปากพนัง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.4 อบรมให้ความรู้แก่ผู้สัมภาษณ์ จำนวน 10 คน เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บข้อมูลเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้สัมภาษณ์

2.5 ผู้ศึกษาทำการชี้แจงรายละเอียดโครงการแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ผลกระทบที่อาจจะได้รับ และการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลเป็นความลับ พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ

2.6 พนักงานสัมภาษณ์ลงพื้นที่เก็บข้อมูล ด้วยแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 6 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุ ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2.6 ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ทันทีในภาคสนาม โดยตรวจสอบในแต่ละวันที่ทำการเก็บข้อมูล หากพบความไม่สมบูรณ์ให้ทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจนสมบูรณ์

2.7 ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลหลังทำการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยผู้ตรวจสอบและผู้บันทึกข้อมูลไม่ใช่คนเดียวกัน เพื่อป้องกันการบันทึกข้อมูลผิดพลาด

2.8 วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการศึกษา

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย คือ แบบสอบถามโดยดัดแปลงจากวีรพงษ์ ยางเดี่ยว (วีรพงษ์ ยางเดี่ยว, 2554) และปรับข้อคำถามบางส่วนให้สอดคล้องกับประชากรในพื้นที่ที่ทำการวิจัย

3.1 แบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัวเรื้อรัง ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวเรื้อรัง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สถานบริการในการรักษาโรคประจำตัวเรื้อรัง เป็นคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ อาศัยแนวคิดอัตมโนทัศน์ (ความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเอง) ของไดรเวอร์ (Driver, 1976 อ้างถึงในทัศนา บุญทอง, 2544) ซึ่งได้แบ่ง อัตมโนทัศน์ออกเป็น 2 ด้าน คือ อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (physical self) และอัตมโนทัศน์ด้านส่วนบุคคล (personal self) โดยมีคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 18 ข้อ

กลุ่มที่ 1 ข้อคำถามเชิงลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 17 และ 18

กลุ่มที่ 2 ข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6, 9, 11, 14 และ 16

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ อาศัยแนวคิดของ Thomas และ Penchansky (Penchansky & Thomas,1981) ซึ่งอธิบายการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นบริการที่แสดงถึงความเหมาะสมระหว่างผู้รับบริการและระบบบริการ โดยมีคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 16 ข้อ

กลุ่มที่ 1 ข้อคำถามเชิงลบ 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 7, 9, 13, 14 และ 16

กลุ่มที่ 2 ข้อคำถามเชิงบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12 และ 15

ส่วนที่ 4 สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุ ข้อคำถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นข้อคำถามที่แสดงความรู้สึก และความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านความรัก ความปรองดอง ความห่วงใยซึ่งกันและกัน การสื่อสารของสมาชิกในครอบครัว การปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน การเคารพยกย่องให้เกียรติกัน รวมทั้งการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของสมาชิกในครอบครัว โดยมีข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 12 ข้อ

กลุ่มที่ 1 ข้อคำถามเชิงลบ 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 6, 8, 9, 10 และ 12

กลุ่มที่ 2 ข้อคำถามเชิงบวก 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 5, 7 และ 11

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม อาศัยทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้าง ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน/เพื่อนบ้าน ญาติ/พี่น้อง หน่วยงานภาครัฐ การช่วยเหลือทางด้านการเงิน สิ่งของ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร โดยมีข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 16 ข้อ แบ่งได้ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ข้อคำถามเชิงลบ 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 5, 7, 9, 13 และ 15

กลุ่มที่ 2 ข้อคำถามเชิงบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 14 และ 16

โดยข้อคำถามในแบบสอบถามในส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 ส่วนที่ 4 และส่วนที่ 5 ซึ่งข้อคำถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ที่มีความหมายทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่งมีคำตอบให้เลือกตอบจาก 5 ตัวเลือก ดังนี้

ไม่จริง หมายถึง ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความจริงเลย

เล็กน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความจริงเล็กน้อย

ปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความจริงปานกลาง

จริง หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความจริงเป็นส่วนใหญ่

จริงที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความจริงทั้งหมด

โดยเกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามของ ส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 ส่วนที่ 4 และส่วนที่ 5 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตารางที่ 3.2 เกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามของ ส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 ส่วนที่ 4 และส่วนที่ 5

	การให้คะแนนกลุ่มที่1	การให้คะแนนกลุ่มที่ 2
ตอบไม่จริง	5 คะแนน	1 คะแนน
ตอบเล็กน้อย	4 คะแนน	2 คะแนน
ตอบปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
ตอบจริง	2 คะแนน	4 คะแนน
ตอบจริงที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน

คะแนนในแต่ละข้อของคำถาม ส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 ส่วนที่ 4 และส่วนที่ 5 มีระดับคะแนนตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน คะแนนทั้งหมดในแต่ละส่วน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977: 174) ดังนี้

อันตรภาคชั้น =

=

แทนค่า $= \frac{5 - 1}{3}$

อันตรภาคชั้น = 1.33

สำหรับการแปลความหมายค่าเฉลี่ยทั้ง 3 กลุ่ม ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง ระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 6 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (WHOQOL BREF THAI) แบบวัดคุณภาพชีวิตประกอบด้วย ข้อคำถาม 2 ชนิด คือ 1) แบบภาวะวิสัย (Perceived Objective) และ 2) แบบอัตวิสัย (Self-report Subjective) รวมทั้งหมดจำนวน 26 ข้อ (WHOQOL – 26) ซึ่งครอบคลุม 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

เกณฑ์การให้คะแนน การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – 26) ซึ่งข้อคำถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ ข้อคำถามแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มข้อคำถาม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ข้อความเชิงลบ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 9 และ 11

กลุ่มที่ 2 ข้อความเชิงบวก 23 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 และ 26

ตารางที่ 3.3 เกณฑ์การให้คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

	การให้คะแนนกลุ่มที่1	การให้คะแนนกลุ่มที่ 2
ตอบไม่เลย	5 คะแนน	1 คะแนน
ตอบเล็กน้อย	4 คะแนน	2 คะแนน
ตอบปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
ตอบมาก	2 คะแนน	4 คะแนน
ตอบมากที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผล คะแนนคุณภาพชีวิตมีระดับคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบแบบสอบถามรวมคะแนน ทุกข้อ ได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 – 78 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 79 – 130 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดี

การประเมินผลระดับคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อ โดยประเมินค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้กับเกณฑ์ดังนี้

1.00 – 3.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตระดับต่ำ

3.01 – 5.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตระดับดี

3.2 การสร้างเครื่องมือ และการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.2.1 การสร้างเครื่องมือ

1) ผู้ศึกษาทำการศึกษาจากเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2) ผู้ศึกษากำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาที่จะสร้างแบบสอบถามตลอดจนตัวแปรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา

3) ผู้ศึกษาดำเนินการสร้างและพัฒนาแบบสอบถาม และนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ ความตรงตามเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากนั้นนำแบบสอบถาม มาทำการปรับปรุงแก้ไขก่อนที่จะนำไปทดลองใช้ (Try Out)

4) ผู้ศึกษานำแบบสอบถาม ที่ผ่านการพิจารณาและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันติดต่อกันกับพื้นที่ตัวอย่างที่ทำการศึกษา แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ต่อไป

3.2.2 การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) ทำการตรวจสอบความตรงตามเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้ศึกษานำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมด้านภาษา รวมทั้งเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความของคะแนน จากนั้นเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อทำการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาว่าข้อคำถามแต่ละข้อมีความสอดคล้องกับตัวแปรหรือไม่ แล้วนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่า IOC มากกว่า 0.5 และเสนออาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งก่อนนำไปหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามต่อไป

2) การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุงโดยคณะกรรมการที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางขลัง ตำบลบางตะพง อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกัน ติดต่อกันกับพื้นที่ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้วิธี หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93

4. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาจะให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิของบุคคลที่ร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งจะคำนึงถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยผู้ศึกษาส่งโครงร่างการศึกษาค้นคว้าอิสระเข้ารับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช (เอกสารแนบท้ายภาคผนวก) โดยผ่านการอนุมัติตามหมายเลข IRB-SHS 2019/1004/57 ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ศึกษาแนะนำตัวชี้แจงรายละเอียดโครงการแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ผลกระทบที่อาจจะได้รับ และการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลเป็นความลับ พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ และการให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม (เอกสารแนบท้ายภาคผนวก) โดยชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นความสมัครใจของท่าน โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ และผู้ศึกษาไม่มีค่าตอบแทนเป็นเงินและสิ่งของให้กับท่านหลังจากสิ้นสุดการวิจัย ท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้อาจทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจกับท่าน ซึ่งท่านสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ทันที โดยในการปฏิเสธนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะเก็บเป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือตีพิมพ์เผยแพร่จะนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น และสิทธิประโยชน์อื่นอันเกิดจากผลการวิจัยจะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ผู้ศึกษาจะดำเนินการอย่างรัดกุม นอกจากนี้จะไม่มีการอ้างอิงชื่อของท่านในรายงานใด ๆ ที่เกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัย โดยผู้ศึกษานำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้ได้ใช้สถิติพรรณนาสำหรับการวิเคราะห์และรายงานผล โดยใช้ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) สำหรับข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ข้อมูลอายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังใช้ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ใช้สถิติ chi square, Fisher exact, Multiple logistic regression กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p\text{-value} \leq 0.05$ โดยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัย ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ(Survey Research) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่จริงอย่างน้อย 6 เดือนในตำบลบางศาลาและมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง หรือผู้ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ จำนวน 157 คน โดยใช้วิธีสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของแบบสอบถาม วิเคราะห์ค่าความเที่ยงด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูปโดยใช้วิธีของครอนบาซ (Cronbach, s Method) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่า (Alpha Coefficient) เพื่อหาค่าความเที่ยง ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.93ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 25 พฤศจิกายน 2562 ถึงวันที่ 25 ธันวาคม 2562 ผู้ศึกษานำข้อมูลจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป การศึกษาในครั้งนี้ได้ใช้สถิติพรรณนาสำหรับการวิเคราะห์และรายงานผล โดยใช้ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าต่ำสุด(Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) สำหรับข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สำหรับข้อมูลอายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังใช้ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ใช้สถิติ multiple logistic regression และใช้การวิเคราะห์การถดถอย พหุแบบนำตัวแปรที่สนใจศึกษาเข้าทั้งหมดในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ หลายตัวแปร (Enter Multiple Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p\text{-value} \leq 0.05$ โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม

3. ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

4. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

5. ปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

จากการศึกษาปัจจัยลักษณะบุคคลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีอายุ 70 – 79 ปี ร้อยละ 38.9 อายุเฉลี่ย (±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)) เท่ากับ 73.8 (± 8.3) ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.2 สถานภาพสมรส ร้อยละ 61.1 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 91.1 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 66.2 สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 90.6 และมีรายได้ ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 84.7 โดยกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีแหล่งรายได้มาจาก สวัสดิการจากรัฐบาล ร้อยละ 98.7 และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 72.0 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 42.0 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.0 และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60.5 ซึ่งส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 61.1 โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (รวมค่าใช้จ่ายในการเดินทาง) ร้อยละ 58.6 ซึ่งมีค่าใช้จ่ายจำนวน 101-500 บาท ร้อยละ 38.2 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่คิดว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลไม่เป็นภาระ ร้อยละ 84.7 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 97.5 และใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 82.8 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่มใด ๆ ในชุมชน ร้อยละ 61.1 รายละเอียดดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n=157)	ร้อยละ
1.อายุ (ปี)		
60 – 69 ปี	50	31.8
70 – 79 ปี	61	38.9
80 ปีขึ้นไป	46	29.3
อายุเฉลี่ย (Mean ± S.D.) = 73.8 ± 8.4 ปี, Min= 60 ปี, Max = 95 ปี		
2.เพศ		
ชาย	50	31.8
หญิง	107	68.2
3.สถานภาพ		
โสด /หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	61	38.9
คู่	96	61.1
4. ศาสนา		
พุทธ	157	100.0
5.ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียนหนังสือ	143	91.1
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	14	8.9
6.อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	104	66.2
ประกอบอาชีพ (เกษตรกรรม n = 48, ค้าขาย n = 3, รับจ้าง n = 3)	54	33.8
7.รายได้ (ต่อเดือน)		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	133	84.7
ตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป	24	15.3
รายได้เฉลี่ย (Mean ± S.D.) = 3,477.71 ± 3,235.75 บาท, Min = 800 บาท, Max = 20,000 บาท		

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n=157)	ร้อยละ
8.แหล่งรายได้		
จากการประกอบอาชีพ	53	33.8
จากบุคคลในครอบครัว	128	81.5
สวัสดิการจากรัฐบาล เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้พิการ	155	98.7
เงินบำเหน็จบำนาญ/ดอกเบี้ยเงินออม/เงินออม/ทรัพย์สิน	5	3.2
9.ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	113	72.0
ไม่เพียงพอ	44	28.0
10.ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว		
อยู่คนเดียว	25	10.8
อยู่กับคู่สมรส	84	53.5
อยู่กับครอบครัวของบุตร	48	30.6
11.อาการเจ็บป่วย/โรคประจำตัวเรื้อรัง		
โรคความดันโลหิตสูง	66	42.0
โรคเบาหวาน	7	4.5
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	28	17.8
โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง/โรคหัวใจ	36	22.9
โรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง/โรคหัวใจ	4	2.5
โรคเบาหวานความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง/โรคหัวใจ	16	10.2
12.ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคประจำตัวเรื้อรัง		
ต่ำกว่า 5 ปี	62	39.5
5 ปีขึ้นไป	95	60.5
ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย (Mean ± S.D.) = 8.06 ± 5.34 ปี, Min = 1 ปี, Max = 33 ปี		

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n=157)	ร้อยละ
13. สถานบริการที่รักษาโรคประจำตัวเรื้อรัง		
โรงพยาบาลของรัฐบาล	61	38.9
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	96	61.1
14.ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อครั้ง (รวมค่าใช้จ่ายในการเดินทาง)		
ไม่มี	65	41.4
มี	92	58.6
ไม่เกิน 100 บาท	19	12.1
101 – 500 บาท	60	38.2
มากว่า 500 บาท	13	8.3
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย ต่อครั้ง (Mean ± S.D.) = 249.36 ± 518.32 บาท, Min = 50 บาท, Max = 5,000 บาท		
15. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นภาระต่อท่านหรือไม่		
ไม่เป็นภาระ	133	84.7
เป็นภาระ	24	15.3
16.แหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย		
กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน	56	35.7
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	153	97.5
บุคคลในครอบครัว/เพื่อนบ้าน	74	47.1
วิทยุ/โทรทัศน์/สิ่งตีพิมพ์ต่าง ๆ	59	37.6
17. สิทธิการรักษาพยาบาล		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	130	82.8
สวัสดิการข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ/ประกันสังคม	27	17.2
ประกันสังคม	3	1.9

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n=157)	ร้อยละ
18. การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมในสังคม		
ไม่เป็น	96	61.1
เป็น ระบุ	61	38.9
ชมรมผู้สูงอายุ	34	21.7
สหกรณ์ออมทรัพย์ (สัจจะ)	15	9.6
เกษตรกร	10	6.4
แม่บ้าน	4	2.5
อาสาสมัคร	5	3.2

2. ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

เมื่อพิจารณาระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 3.86, SD = 0.46) มีปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.94,SD = 0.43) มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 4.24, SD = 0.38) และมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 3.72, SD = 0.45)

ตารางที่ 4.2 ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยภาพรวม

ปัจจัย	Mean	S.D.	แปลผล
ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง	3.86	0.46	สูง
ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ	3.94	0.43	ดี
สัมพันธภาพในครอบครัว	4.24	0.38	ดี
การสนับสนุนทางสังคม	3.72	0.45	สูง

2.1 ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

เมื่อพิจารณาระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 3.86, SD = 0.46) เมื่อพิจารณาความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองรายด้านพบว่า ด้านร่างกายผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.39, S.D. = 0.73)โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้สูงอายุพอใจในรูปร่างและลักษณะที่เป็นอยู่ในขณะนี้ ($\bar{x}$ = 3.78, S.D. = 0.86) สำหรับด้านความมั่นคงในตัวเอง ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 3.79, S.D. = 0.63) โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้สูงอายุไม่ได้รู้สึกว่าตนเองหงุดหงิดง่าย ($\bar{x}$ = 3.98, S.D. = 1.00) สำหรับด้านศีลธรรมจรรยา ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.04, S.D. = 0.70) โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้สูงอายุไม่ได้รู้สึกว่าตนเองโชคร้ายที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ($\bar{x}$ = 4.13, S.D. = 1.09) สำหรับด้านปณิธานและความคาดหวังผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.62, S.D. = 0.68) โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้สูงอายุไม่ได้รู้สึกเบื่อหน่ายต่อการรักษา ($\bar{x}$ = 4.19, S.D. = 0.97) และสำหรับด้านความภูมิใจในตัวเอง ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.51, S.D. = 0.51) โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้สูงอายุรู้ว่าจะมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร ($\bar{x}$ = 4.73, S.D. = 0.67) รายละเอียดดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ โดยภาพรวม และจำแนกรายด้าน

ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง	ระดับการให้คะแนน (n=157) จำนวน (ร้อยละ)					mean	S.D.	แปลผล
	จริงที่สุด	จริง	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่จริง			
ด้านร่างกาย								
1.ท่านรู้สึกว่าร่างกายอ่อนแอไร้เรี่ยวแรง	4 (2.5)	25 (15.9)	35 (22.3)	70 (44.6)	23 (14.7)	3.53	1.01	ปานกลาง
2.ท่านรู้สึกพอใจในรูปร่างและลักษณะที่เป็นอยู่ในขณะนี้	25 (15.9)	89 (56.8)	31 (19.7)	8 (5.1)	4 (2.5)	3.78	0.86	สูง
3.ท่านสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือนเดิม	12 (7.6)	44 (28.0)	41 (26.1)	33 (21.0)	27 (17.3)	2.88	1.22	ปานกลาง
4.ท่านสามารถจัดการเรื่องอาหารและการพบแพทย์ได้	17 (10.8)	65 (41.4)	42 (26.8)	22 (14.0)	11 (7.0)	3.35	1.07	ปานกลาง
รวมด้านร่างกาย						**3.39**	**0.73**	**ปานกลาง**
ด้านความมั่นคงในตัวเอง								
5.ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่	5 (3.2)	19 (12.1)	33 (21.0)	62 (39.5)	38 (24.2)	3.69	1.07	สูง
6.ท่านสามารถทำจิตใจให้สงบและยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้	10 (6.4)	100 (63.7)	37 (23.6)	9 (5.7)	1 (0.6)	3.69	0.70	สูง
7.ท่านรู้สึกว่าหงุดหงิดง่าย	3 (1.9)	14 (8.9)	20 (12.7)	66 (42.0)	54 (34.5)	3.98	1.00	สูง
รวมด้านความมั่นคงในตัวเอง						**3.79**	**0.63**	**สูง**
ด้านศีลธรรมจรรยา								
8.ท่านรู้สึกว่าท่านโชคร้ายที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง	4 (2.5)	11 (7.0)	27 (17.2)	34 (21.7)	81 (51.6)	4.13	1.09	สูง
9.ท่านรู้สึกว่าท่านโชคดีที่ท่านมาตรวจรักษาได้ทันเวลา	27 (17.2)	121 (77.1)	6 (3.8)	2 (1.3)	1 (0.6)	4.09	0.56	สูง
10.ท่านรู้สึกผิดที่ไม่สามารถทำหน้าที่ที่เคยทำได้เช่นเดิม	4 (2.5)	22 (14.0)	27 (17.2)	37 (23.6)	67 (42.7)	3.90	1.18	สูง
รวมด้านศีลธรรมจรรยา						**4.04**	**0.70**	**สูง**

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง	ระดับการให้คะแนน (n=157) จำนวน (ร้อยละ)					mean	S.D.	แปลผล
	จริงที่สุด	จริง	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่จริง			
ด้านปณิธานและความคาดหวัง								
11.ท่านรู้สึกว่าท่านสามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้	9 (5.7)	59 (37.6)	42 (26.8)	31 (19.7)	16 (10.2)	3.09	1.10	ปานกลาง
12.ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการรักษา	3 (1.9)	9 (5.7)	16 (37.6)	56 (26.8)	73 (19.7)	4.19	0.97	สูง
13.ท่านรู้สึกท้อแท้ที่จะต่อสู้กับสิ่งต่าง ๆ	9 (5.7)	7 (4.5)	23 (14.6)	47 (29.9)	71 (45.2)	4.04	1.14	สูง
14.ท่านรู้สึกว่าท่านสามารถควบคุมโรคประจำตัวเรื้อรังที่เป็นอยู่ได้	7 (4.5)	63 (40.1)	49 (31.2)	22 (14.0)	16 (10.2)	3.15	1.05	ปานกลาง
รวมด้านปณิธานและความคาดหวัง						**3.62**	**0.68**	**ปานกลาง**
ด้านความภูมิใจในตัวเอง								
15.ท่านรู้สึกไร้ค่าที่ต้องพึ่งพาลูกหลาน	4 (2.5)	1 (0.6)	7 (4.5)	25 (15.9)	120 (76.4)	4.63	0.82	สูง
16.ท่านรู้สึกว่าท่านมีคุณค่าต่อครอบครัวและสังคม	3 (1.9)	7 (4.5)	13 (8.3)	102 (65.0)	32 (20.4)	3.97	0.80	สูง
17.ท่านไม่รู้ว่าจะมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร	2 (1.3)	0 (0.0)	7 (4.5)	21 (13.4)	127 (80.9)	4.73	0.67	สูง
18.ท่านรู้สึกว่าท่านเป็นภาระในครอบครัว	2 (1.3)	1 (0.6)	8 (5.1)	20 (12.7)	126 (80.3)	4.70	0.71	สูง
รวมด้านความภูมิใจในตัวเอง						**4.51**	**0.51**	**สูง**
รวม						**3.86**	**0.46**	**สูง**

2.2 ระดับปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ

เมื่อพิจารณาระดับปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.94, SD = 0.43) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้สูงอายุได้รับการอำนวยความสะดวกในด้านการรักษาพยาบาลจากสิทธิสวัสดิการผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 4.73, S.D. = 0.86) รองลงมา คือ ผู้สูงอายุได้รับบริการตรวจสุขภาพที่ดีในคลีนิคโรคเรื้อรัง จากโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 4.66, S.D. = 0.96) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์จากกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ(เช่น ชมรมผู้สูงอายุ โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ) ที่จัดโดย อบต. อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.94, S.D. = 1.21) รองลงมา คือ ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ผู้สูงอายุได้รับการติดตามดูแลที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.32, S.D. = 1.16) รายละเอียดดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ระดับปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ	ระดับการให้คะแนน (n=157) จำนวน (ร้อยละ)					mean	S.D.	แปลผล
	จริงที่สุด	จริง	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่จริง			
1.ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำด้านสุขภาพ จากอสม. อย่างน้อยเดือนละครั้ง	22 (14.0)	103 (65.6)	17 (10.8)	8 (5.1)	7 (4.5)	3.80	0.90	ดี
2.ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ท่านได้รับการเยี่ยมบ้าน ดูแลสุขภาพโดย อสม. อย่างน้อยเดือนละครั้ง	24 (15.3)	94 (59.9)	22 (14.0)	7 (4.5)	10 (6.4)	3.73	0.99	ดี
3.ท่านคิดว่าการเดินทางจากบ้านเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรัง ไม่มีความสะดวก	2 (1.3)	6 (3.8)	12 (7.6)	22 (14.0)	115 (73.2)	4.54	0.88	ดี
4.ท่านคิดว่าระยะทางจากบ้านของท่านถึงสถานบริการที่รักษาโรคเรื้อรังของท่านไม่ไกล	29 (18.5)	101 (64.3)	10 (6.4)	12 (7.6)	5 (3.2)	3.87	0.91	ดี

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ	ระดับการให้คะแนน (n=157) จำนวน (ร้อยละ)					mean	S.D.	แปลผล
	จริงที่สุด	จริง	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่จริง			
5.ท่านคิดว่าระยะเวลาที่ท่านได้รับบริการตรวจสุขภาพในคลีนิคโรคเรื้อรังมีความเหมาะสม	18 (11.5)	105 (66.9)	27 (17.2)	6 (3.8)	1 (0.6)	3.85	0.69	ดี
6.ท่านคิดว่าเครื่องมือที่ใช้ในการให้บริการตรวจสุขภาพในคลีนิคโรคเรื้อรังมีความเพียงพอและใช้งานได้ดี	22 (14.0)	105 (66.9)	25 (15.9)	3 (1.9)	2 (1.3)	3.90	0.69	ดี
7.ท่านคิดว่าจำนวนเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในคลีนิคโรคเรื้อรังมีไม่เพียงพอ	7 (4.5)	28 (17.8)	19 (12.1)	11 (7.0)	92 (58.6)	3.97	1.35	ดี
8.ท่านมีความพึงพอใจจากการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพจากคลีนิคโรคเรื้อรัง	21 (13.4)	101 (64.3)	32 (20.4)	3 (1.9)	0 (0.0)	3.89	0.64	ดี
9.ท่านไม่ได้รับการบริการตรวจสุขภาพที่ดีในคลีนิคโรคเรื้อรัง จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	5 (3.2)	6 (3.8)	7 (4.5)	1 (0.6)	138 (87.9)	4.66	0.96	ดี
10.ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านได้รับการติดตามดูแลที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง	16 (10.2)	73 (46.5)	32 (20.4)	18 (11.5)	18 (11.5)	3.32	1.16	ปานกลาง
11.ท่านได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพอนามัยจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นอย่างดี	21 (13.4)	104 (66.2)	19 (12.1)	13 (8.3)	0 (0.0)	3.85	0.75	ดี

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ	ระดับการให้คะแนน (n=157) จำนวน (ร้อยละ)					mean	S.D.	แปลผล
	จริงที่สุด	จริง	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่จริง			
12.ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านได้รับบัตรนัด/ได้รับการคัดกรองสุขภาพ (เช่น การตรวจสุขภาพช่องปาก การตรวจคัดกรองตาต้อกระจก การตรวจคัดกรองข้อเข่าเสื่อม) จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	27 (17.2)	103 (65.6)	10 (6.4)	5 (3.2)	12 (7.6)	3.82	1.01	ดี
13.ท่านไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีจากโรงพยาบาล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	6 (3.8)	20 (12.7)	1 (0.6)	3 (1.9)	127 (80.9)	4.43	1.22	ดี
14.ท่านไม่ได้รับการอำนวยความสะดวกในด้านการรักษาพยาบาลจากสิทธิสวัสดิการผู้สูงอายุ	4 (2.5)	5 (3.2)	3 (1.9)	6 (3.8)	139 (88.5)	4.73	0.86	ดี
15.ท่านได้รับประโยชน์จากกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (เช่น ชมรมผู้สูงอายุ โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ) ที่จัดโดย อบต.	7 (4.5)	60 (38.2)	35 (22.3)	26 (16.6)	29 (18.5)	2.94	1.21	ปานกลาง
16.ท่านไม่ทราบว่ามีบริการดูแลสุขภาพที่จัดขึ้นโดย อบต. (เช่นการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง)	5 (3.2)	20 (12.7)	26 (16.6)	45 (28.7)	61 (38.9)	3.87	1.16	ดี
	รวม					**3.94**	**0.43**	**สูง**

2.3 ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว

เมื่อพิจารณาระดับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าในภาพรวมผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 4.24, SD = 0.38) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลจากสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 4.82, S.D. = 0.74) รองลงมา คือ ผู้สูงอายุเข้ากับบุตรหลานและสมาชิกในครอบครัวได้ อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 4.78, S.D. = 0.77) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ผู้สูงอายุได้ใช้เวลาไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจในเวลาว่างกับสมาชิกในครอบครัว อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.88, S.D. = 1.21) รายละเอียดดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุ

สัมพันธภาพในครอบครัว	ระดับการให้คะแนน (n=157) จำนวน (ร้อยละ)					mean	S.D.	แปลผล
	จริงที่สุด	จริง	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่จริง			
1.ท่านรู้สึกว่าท่านได้รับการยกย่องเคารพ จากสมาชิกในครอบครัว	36 (22.9)	107 (68.2)	12 (7.6)	2 (1.3)	0 (0.0)	4.13	0.59	ดี
2.ท่านรู้สึกว่าสมาชิกในครอบครัวห่วงใยท่านเสมอ	41 (26.1)	109 (69.4)	7 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.22	0.51	ดี
3.เมื่อท่านมีปัญหาหรือไม่สบายใจท่านจะได้รับกำลังใจหรือคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว	28 (17.8)	111 (70.7)	13 (8.3)	5 (3.2)	0 (0.0)	4.03	0.63	ดี
4.ท่านเข้ากับบุตรหลานและคนในครอบครัวไม่ได้	2 (1.3)	6 (3.8)	2 (1.3)	5 (3.2)	142 (90.4)	4.78	0.77	ดี
5.บุตรหลานเชื่อฟังและให้ความสำคัญต่อคำแนะนำของท่าน	18 (11.5)	119 (75.8)	18 (11.5)	2 (1.3)	0 (0.0)	3.97	0.53	ดี
6.เมื่อคนในครอบครัวเกิดปัญหาท่านไม่สามารถแก้ ปัญหาให้แก่คนในครอบครัวได้	4 (2.5)	13 (8.3)	32 (20.4)	23 (14.6)	85 (54.1)	3.89	0.72	ดี
7.ท่านเป็นที่พึ่งของคนในครอบครัว	25 (15.9)	97 (61.8)	29 (18.5)	5 (3.2)	1 (0.6)	3.89	0.72	ดี

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

สัมพันธภาพในครอบครัว	ระดับการให้คะแนน (n=157) จำนวน (ร้อยละ)					mean	S.D.	แปลผล
	จริงที่สุด	จริง	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่จริง			
8.ครอบครัวของท่านไม่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน	3 (1.9)	4 (2.5)	1 (0.6)	2 (1.3)	147 (93.6)	4.82	0.74	ดี
9.ท่านไม่ได้ไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจในเวลาว่างกับคนในครอบครัว	4 (2.5)	27 (17.2)	19 (12.1)	41 (26.1)	66 (42.0)	3.88	1.21	ดี
10.ท่านไม่ค่อยสะดวกในการทำกิจกรรมร่วมกันกับบุคคลในครอบครัวขณะอยู่ที่บ้าน	4 (2.5)	17 (10.8)	12 (7.6)	29 (18.5)	95 (60.5)	4.24	1.14	ดี
11.สมาชิกในครอบครัวของท่านให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ในการดำเนินชีวิต ด้วยคำพูดหรือการกระทำ	26 (16.6)	120 (76.4)	10 (6.4)	0 (0.0)	1 (0.6)	4.08	0.53	ดี
12.สมาชิกในครอบครัวของท่านไม่มีความห่วงใยต่อความปลอดภัยและสุขภาพอนามัยของท่าน	3 (1.9)	5 (3.2)	3 (1.9)	1 (0.6)	145 (92.4)	4.78	0.80	ดี
รวม						**4.24**	**0.38**	**ดี**

2.4 ระดับการสนับสนุนทางสังคม

เมื่อพิจารณาระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 3.72, SD = 0.45) โดยพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้สูงอายุได้รับกำลังใจจากญาติ/พี่น้อง เมื่อเจอปัญหาในชีวิต อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.70, S.D. = 0.84) รองลงมา คือ ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารเหตุการณ์ต่าง ๆ จากญาติ/พี่น้อง อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.59, S.D. = 0.94) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือทางการเงินหรือสิ่งของจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เสมอ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.87, S.D. = 1.13) รายละเอียดดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

การสนับสนุนทางสังคม	ระดับการให้คะแนน (n=157) จำนวน (ร้อยละ)					mean	S.D.	แปลผล
	จริงที่สุด	จริง	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่จริง			
1.ท่านได้รับกำลังใจจากเพื่อน/เพื่อนบ้าน เมื่อเจอปัญหาในชีวิต	10 (6.4)	89 (56.7)	42 (26.8)	12 (7.6)	4 (2.5)	3.57	0.83	ปานกลาง
2.ท่านไม่เคยได้รับความช่วยเหลือทางการเงินหรือสิ่งของจากเพื่อน/เพื่อนบ้าน	10 (6.4)	16 (10.2)	17 (10.8)	35 (22.3)	79 (50.3)	4.00	1.27	สูง
3.ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเหตุการณ์ต่าง ๆ จากเพื่อน/เพื่อนบ้าน	13 (8.3)	94 (59.9)	38 (24.2)	8 (5.1)	4 (2.5)	3.66	0.81	ปานกลาง
4.ท่านได้รับความรู้และการดูแลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จากเพื่อน/เพื่อนบ้าน เสมอ	7 (4.5)	80 (51.0)	53 (33.8)	13 (8.3)	4 (2.5)	3.46	0.81	ปานกลาง
5.ท่านไม่เคยได้รับกำลังใจจากญาติ/พี่น้อง เมื่อเจอปัญหาในชีวิต	4 (2.5)	1 (0.6)	11 (7.0)	6 (3.8)	135 (86.0)	4.70	0.84	สูง
6.ท่านได้รับความช่วยเหลือทางการเงินหรือสิ่งของจากญาติ/พี่น้อง เสมอ	10 (6.4)	61 (38.9)	47 (29.9)	35 (22.3)	4 (2.5)	3.24	0.96	ปานกลาง
7.ท่านไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเหตุการณ์ต่าง ๆ จากญาติ/พี่น้อง	4 (2.5)	5 (3.2)	11 (7.0)	12 (7.6)	125 (79.6)	4.59	0.94	สูง
8.ท่านได้รับความรู้และการดูแลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จากญาติ/พี่น้องเสมอ	6 (3.8)	80 (51.0)	51 (32.5)	17 (10.8)	3 (1.9)	3.44	0.81	ปานกลาง
9.ท่านไม่ได้รับกำลังใจจากผู้นำชุมชนเมื่อเจอปัญหาในชีวิต	2 (1.3)	21 (13.4)	25 (15.9)	33 (21.0)	76 (48.4)	4.02	1.14	สูง
10.ท่านได้รับความช่วยเหลือทางการ เงินหรือสิ่งของจากผู้นำชุมชน เสมอ	9 (5.7)	52 (33.1)	37 (23.6)	34 (21.7)	25 (15.9)	2.91	1.19	ปานกลาง
11.ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเหตุการณ์ต่าง ๆ จากผู้นำชุมชน	11 (7.0)	98 (25)	25 (15.9)	21 (13.4)	2 (1.3)	3.61	0.85	ปานกลาง

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	ระดับการให้คะแนน (n=157) จำนวน (ร้อยละ)					mean	S.D.	แปลผล
	จริงที่สุด	จริง	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่จริง			
12.ท่านได้รับความรู้และการดูแลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จากผู้นำชุมชนเสมอ	6 (3.8)	56 (35.7)	44 (28.0)	46 (29.3)	5 (3.2)	3.08	0.96	ปานกลาง
13.ท่านไม่ได้รับกำลังใจจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เมื่อเจอปัญหาในชีวิต	4 (2.5)	8 (5.1)	19 (12.1)	18 (11.5)	108 (68.8)	4.39	1.05	สูง
14.ท่านได้รับความช่วยเหลือทางการเงินหรือสิ่งของจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เสมอ	6 (3.8)	49 (31.2)	43 (27.4)	36 (22.9)	23 (14.6)	2.87	1.13	ปานกลาง
15.ท่านไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเหตุการณ์ต่าง ๆ จากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	4 (2.5)	10 (6.4)	16 (10.2)	8 (5.1)	119 (75.8)	4.45	1.07	สูง
16.ท่านได้รับความรู้และการดูแลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เสมอ	18 (11.5)	97 (61.8)	23 (14.6)	14 (8.9)	5 (3.2)	3.69	0.90	ปานกลาง
	รวม					3.72	0.45	สูง

3. ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

เมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.54, S.D. = 0.46) องค์ประกอบคุณภาพชีวิตแต่ละด้านพบว่า อยู่ในระดับดีทุกด้าน ได้แก่ องค์ประกอบด้านร่างกายอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.21, S.D. = 0.55) องค์ประกอบด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.78, S.D. = 0.53) องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.50, S.D. = 0.62) และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.54, S.D. = 0.46) ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม และจำแนกตามองค์ประกอบ

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	Mean	S.D.	แปลผล
องค์ประกอบด้านร่างกาย	3.21	0.55	ดี
องค์ประกอบด้านสภาพจิตใจ	3.78	0.53	ดี
องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3.50	0.62	ดี
องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม	3.60	0.50	ดี
คุณภาพชีวิต**รวม**	3.54	0.46	ดี

3.1 ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

เมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้สูงอายุรู้สึกพอใจที่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในกิจวัตรประจำวันได้ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.48, S.D. = 0.97) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุพอใจกับการนอนหลับ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.41, S.D. = 0.87) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ผู้สูงอายุไม่มีกำลังเพียงพอที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวัน (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.94, S.D. = 0.96) รายละเอียด ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ระดับคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบด้านร่างกายของผู้สูงอายุ

องค์ประกอบด้านร่างกาย	ระดับการให้คะแนน (n=157) จำนวน (ร้อยละ)					Mean	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เลย			
1.การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากน้อยเพียงใด	4 (2.5)	32 (20.4)	50 (31.0)	58 (36.9)	13 (8.3)	3.28	0.97	ดี
2.ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)	8 (5.1)	31 (19.7)	74 (47.1)	32 (20.4)	12 (7.6)	2.94	0.96	ต่ำ
3.ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด	11 (7.0)	70 (44.6)	51 (32.5)	23 (14.6)	2 (1.3)	3.41	0.87	ดี
4.ท่านรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไรๆ ในกิจวัตรประจำวันได้	14 (8.9)	79 (50.3)	41 (26.1)	15 (9.6)	8 (5.1)	3.48	0.97	ดี
5.ท่านจำเป็นต้องใช้ยาหรือได้รับการรักษาพยาบาลเพื่อให้ทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	4 (2.5)	47 (29.9)	44 (28.0)	54 (34.4)	8 (5.1)	3.10	0.97	ดี
6.ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด	12 (7.6)	59 (37.6)	49 (31.2)	27 (17.2)	10 (6.4)	3.23	1.03	ดี
7.ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	13 (8.3)	42 (26.8)	54 (34.4)	34 (21.7)	14 (8.9)	3.04	1.09	ดี
องค์ประกอบด้านร่างกายโดยรวม						**3.21**	**0.55**	**ดี**

3.2 ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

เมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีระดับคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบด้านจิตใจในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.78, S.D. = 0.53) โดยเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า องค์ประกอบด้านจิตใจ มีค่าคะแนนเฉลี่ยดีในเกือบทุกข้อ โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้สูงอายุไม่ได้มีความรู้สึกโดดเดี่ยว เหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 4.08, S.D. = 0.94) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุพอใจกับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 4.06, S.D. = 0.75) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ผู้สูงอายุมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.48, S.D. = 0.94) รายละเอียดดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ระดับคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

องค์ประกอบด้านจิตใจ	ระดับการให้คะแนน (n=157) จำนวน (ร้อยละ)					Mean	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เลย			
1.ท่านรู้สึกพอใจในชีวิต เช่น มีความสุข ความสงบ มากน้อยเพียงใด	10 (6.4)	85 (54.1)	53 (33.8)	6 (3.8)	3 (1.9)	3.59	0.75	ดี
2. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด	8 (5.1)	54 (34.4)	62 (39.5)	25 (15.9)	8 (5.1)	3.18	0.94	ดี
3.ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยเพียงใด	23 (14.6)	89 (56.7)	34 (21.7)	8 (5.1)	3 (1.9)	3.77	0.83	ดี
4.ท่านพอใจกับรูปร่างหน้าตาของตัวเองเพียงใด	46 (29.3)	78 (49.7)	30 (19.1)	3 (1.9)	0 (0.0)	4.06	0.75	ดี
5.ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกโดดเดี่ยว เหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน	4 (2.5)	5 (3.2)	24 (15.3)	66 (42.0)	58 (36.9)	4.08	0.94	ดี
6.ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน	37 (23.6)	90 (57.3)	25 (15.9)	5 (3.2)	0 (0.0)	4.01	0.73	ดี
องค์ประกอบด้านสุขภาพจิตใจโดยรวม						**3.78**	**0.53**	**ดี**

3.3 ระดับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธ์ทางสังคม

เมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธ์ทางสังคม ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบด้านสัมพันธ์ทางสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.51, S.D. = 0.62) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้สูงอายุพึงพอใจกับการผูกมิตรหรือ สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.89, S.D. = 0.60) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ผู้สูงอายุพึงพอใจในชีวิตทางเพศในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.01, S.D. = 1.16) รายละเอียดดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ระดับคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ

องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	ระดับการให้คะแนน (n=157) จำนวน (ร้อยละ)					Mean	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เลย			
1.ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน	20 (12.7)	100 (63.7)	37 (23.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	3.89	0.60	ดี
2.ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆแค่ไหน	19 (12.1)	68 (43.3)	62 (39.5)	7 (4.5)	1 (0.6)	3.62	0.78	ดี
3.ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน รวมไปถึงการช่วยตนเอง หรือการมีเพศสัมพันธ์	10 (6.4)	55 (35.0)	38 (24.2)	34 (21.7)	20 (12.7)	3.01	1.16	ดี
องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคมโดยรวม						**3.51**	**0.62**	**ดี**

3.4 ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

เมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.60, S.D. = 0.50) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้สูงอายุพึงพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยในปัจจุบันในระดับดี ($\bar{x}$ = 4.27, S.D. = 0.70) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุ

รู้สึกว่ามีความมั่นคง ปลอดภัยในการดำรงชีวิตประจำวันอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.94, S.D. = 0.66) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ผู้สูงอายุมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.20, S.D. = 0.80) รายละเอียด ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม	ระดับการให้คะแนน (n=157) จำนวน (ร้อยละ)					Mean	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เลย			
1. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตประจำวันเพียงใด	26 (16.6)	100 (63.7)	27 (17.2)	4 (2.5)	0 (0.0)	3.94	0.66	ดี
2. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่มีอยู่อาศัยในตอนนี้เพียงใด	64 (40.8)	72 (45.9)	20 (12.7)	1 (0.6)	0 (0.0)	4.27	0.70	ดี
3. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น มากน้อยเพียงใด	13 (8.3)	29 (18.5)	92 (58.6)	22 (14.0)	1 (0.6)	3.20	0.80	ดี
4. ท่านพอใจที่สามารถไปใช้บริการทางการแพทย์ สาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด	16 (10.2)	92 (58.6)	41 (26.1)	6 (3.8)	2 (1.3)	3.73	0.75	ดี
5. ท่านได้รับรู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตเพียงใด	9 (5.7)	49 (31.2)	81 (51.6)	18 (11.5)	0 (0.0)	3.31	0.75	ดี
6. ท่านได้มีโอกาสพักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด	9 (5.7)	75 (47.8)	59 (37.6)	12 (7.6)	2 (1.3)	3.49	0.77	ดี
7. ในชีวิตประจำวันท่านรู้สึกว่าสภาพแวดล้อมที่บ้านมีความปลอดภัยดีต่อสุขภาพของท่าน (อากาศ เสียง น้ำ กลิ่น ควัน ฝุ่น ขยะ ฯลฯ)	15 (9.6)	100 (63.7)	40 (25.5)	2 (1.3)	0 (0.0)	3.82	0.61	ดี
8. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน (หมายถึงการคมนาคม) ในที่ต่าง ๆ	11 (7.0)	49 (31.2)	52 (33.1)	32 (20.4)	13 (8.3)	3.08	1.06	ดี
องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมโดยรวม						**3.60**	**0.50**	**ดี**

4. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ อายุ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล สถานที่รับบริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

อายุ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้นทุก ๆ 1 ปี จะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง 0.94 คะแนน โดยผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี 4.35 เท่า มากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป (4.35; 95%CI = 1.11-16.67; *p – value* = 0.034) **ความเพียงพอของรายได้** จากการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี 3.09 เท่า มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ (3.09; 95%CI =1.23 to 7.78; *p – value* = 0.017) **สถานที่รับบริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง** จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี 2.62 เท่า มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่รับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน (2.62; 95%CI =1.04 to 6.57; *p – value* = 0.038) **สิทธิการรักษาพยาบาล** จากการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี 11.68 เท่า มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิสวัสดิการประกันสังคม (11.68; 95%CI = 1.01 to 135.30; *p – value* = 0.031) และกลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี 46 เท่า มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิสวัสดิการประกันสังคม (46; 95%CI = 2.01 to 1,047.8; *p – value* = 0.031) สำหรับ**ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง** จากการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองอยู่ในระดับสูง มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี 10.1 เท่า มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองอยู่ในระดับปานกลาง (10.1; 95%CI = 3.46 to 29.45; *p – value* < 0.001) สำหรับ**ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ** จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระบบบริการสุขภาพในระดับดี มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า 3.85 เท่า มากกว่าผู้สูงอายุที่มีระบบบริการสุขภาพในระดับปานกลาง (3.85; 95%CI = 1.49 to 9.95; *p – value* = 0.006) สำหรับ**สัมพันธภาพในครอบครัว** จากการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี 5.38 เท่า มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง (5.38; 95%CI = 1.53 to 18.85; *p – value* = 0.013) และสำหรับ**การสนับสนุนทางสังคม** จากการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

ในระดับสูง มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี 8.71 เท่า มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง (8.71; 95%CI = 2.78 to 27.23; $p - value < 0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตัวแปร	จำนวน	จำนวนคนที่มีคุณภาพชีวิตระดับดี (%)	cOR (Crude odds ratio)	95%CI	*p-value*
เพศ					
ชาย	50	43 (86.0)	1		0.998
หญิง	107	92 (86.0)	0.99	0.38 to 2.62	
อายุ					
≥ 80 ปี	46	36 (78.3)	1		0.070
70 - 79 ปี	61	52 (85.2)	1.6	0.59 to 4.34	0.352
60 - 69 ปี	50	47 (94.0)	4.35	1.11 to 16.97	0.034
สถานภาพ					
โสด	61	49 (80.3)	1		0.107
สมรส	96	86 (89.6)	2.10	0.85 to 5.23	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียนหนังสือ	143	121 (84.6)	1		(omitted)
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	14	14 (100.0)	(omitted)		
อาชีพ					
ไม่ประกอบอาชีพ	104	86 (82.7)	1		0.08
ประกอบอาชีพ	53	49 (92.5)	2.56	0.82 to 8.00	
รายได้					
< 5,000 บาท	133	112 (84.2)	1		0.887
≥ 5000 บาท	24	23 (95.8)	4.31	0.55 to 33.69	

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	จำนวนคนที่มีคุณภาพชีวิตระดับดี (%)	cOR (Crude odds ratio)	95%CI	*p-value*
ความเพียงพอของรายได้					
ไม่เพียงพอ	44	33 (75.0)	1		0.018
เพียงพอ	113	102 (90.3)	3.09	1.23 to 7.78	
ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว					
อยู่คนเดียว	25	20 (80.0)	1		0.604
อยู่กับคู่สมรส	84	74 (88.1)	1.11	0.56 to 6.03	
อยู่กับครอบครัวของบุตร	48	41 (85.4)	1.46	0.41 to 5.19	
ระยะเวลาที่ป่วย					
< 5 ปี	43	51 (82.3)	1		0.320
≥ 5 ปี	114	84 (88.4)	1.63	0.63 to 4.22	
ค่าใช้จ่ายในการรักษา					
มี	92	76 (82.6)	1		0.138
ไม่มี	65	59 (90.8)	2.07	0.76 to 5.61	
ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา					
ภาระ	24	18 (75.0)	1		0.115
ไม่เป็นภาระ	133	117 (88.0)	2.44	0.84 to 7.04	
สถานที่รับบริการ					
โรงพยาบาลชุมชน	61	48 (78.7)	1		0.038
รพ.สต.	96	87 (90.6)	2.62	1.04 to 6.57	

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	จำนวนคนที่มีคุณภาพชีวิตระดับดี (%)	cOR (Crude odds ratio)	95%CI	*p-value*
สิทธิการรักษาพยาบาล					
ประกันสังคม	3	1 (33.3)	1		0.031
ประกันสุขภาพ	130	111 (85.4)	11.68	1.01 to 135.30	
สวัสดิการข้าราชการ/บำนาญ	24	23 (95.8)	46	2.01 to 1047.8	
การเป็นสมาชิกกลุ่ม					
ไม่เป็น	96	79 (82.3)	1		0.084
เป็น	61	56 (91.8)	2.41	0.83 to 6.92	
ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง					
ปานกลาง	51	34 (66.7)	1		< 0.001
สูง	106	101 (95.3)	10.1	3.46 to 29.45	
ระบบบริการสุขภาพ					
ปานกลาง	34	24 (70.6)	1		0.006
สูง	123	111 (90.2)	3.85	1.49 to 9.95	
สัมพันธภาพในครอบครัว					
ปานกลาง	12	7 (58.3)	1		0.013
ดี	145	128 (88.3)	5.38	1.53 to 18.85	
การสนับสุนทางสังคม					
ปานกลาง	64	46 (71.9)	1		< 0.001
สูง	93	89 (95.7)	8.71	2.78 to 27.23	

5. ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

การศึกษาปัจจัยที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้ศึกษาใช้การวิเคราะห์การถดถอย พหุคูณ (Multiple Logistic Regression Analysis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์โดยใช้ตัวแปรพยากรณ์ที่สนใจศึกษานำเข้าไปในสมการพยากรณ์พร้อมกันทุกตัว โดยตัวแปรที่จะถูกคัดเลือกเพื่อนำเข้าสมการพยากรณ์นั้นต้องเป็นตัวแปรที่ผ่านการทดสอบความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้วยสถิติ chi-square test หรือ fisher exact test ซึ่งผลการทดสอบความสัมพันธ์พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ *p-value* < 0.05 นอกจากนี้ผู้ศึกษายังเลือกตัวแปรที่มีค่า *p-value* < 0.20 ตามขั้นตอนการคัดเลือกตัวแปรเข้าสมการแบบ stepwise และมีการรายงานจากผลงานวิจัยอื่น ๆ ที่ผ่านมา ซึ่งประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ 18 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายในการรักษา ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา สถานที่รับบริการ สิทธิการรักษา การเป็นสมาชิกกลุ่ม ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรตาม 1 ตัวแปร ได้แก่ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ *p – value* < 0.001 โดยผู้สูงอายุที่ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองสูงมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า 8.52 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองปานกลาง (8.52; 95%CI = 2.79 to 25.99; *p – value* < 0.001) และผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า 7.21 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง (7.21; 95%CI = 2.18 to 23.80; *p – value* < 0.001) โดยตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปรดังกล่าวสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ร้อยละ 34.97 (R^2 = 0.349)

ตารางที่ 4.13 การวิเคราะห์การถดถอยเพื่อพยากรณ์ปัจจัยที่มีผลกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวนคนที่มีคุณภาพชีวิตระดับดี (ร้อยละ)	cOR	95%CI	aOR	95%CI	*p-value*
ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง							
ปานกลาง	51 (32.48)	34 (25.2)	1		1		<0.001
สูง	106 (67.52)	101 (74.8)	10.1	3.46 to 29.45	8.52	2.79 to 25.99	
การสนับสุนทางสังคม							
ปานกลาง	64 (40.8)	46 (34.1)	1		1		0.001
สูง	93 (59.2)	89 (65.9)	8.71	2.78 to 27.23	7.21	2.18 to 23.80	
R^2 = 0.349							

cOR = Crude odds ratio; aOR = Adjust adds ratio

บทที่ 5
สรุปการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นระเบียบวิธีวิจัยประเภทภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช วัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาคุณลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช 2) ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช3) เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบคำนวณจากสูตรประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีทราบจำนวนประชากร ได้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 157 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ซึ่งนำเสนอในรูปของ ความถี่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว ระดับการสนับสนุนทางสังคม และระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติ multiple logistic regression เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบนำตัวแปรที่สนใจศึกษาเข้าทั้งหมดในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ หลายตัวแปร (Enter Multiple Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p\text{-value} \leq 0.05$ ผู้วิจัยได้ทำการสรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. สรุปการศึกษา

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีอายุ 70 – 79 ปี ร้อยละ 38.9 อายุเฉลี่ย (± S.D.) เท่ากับ 73.8 (± 8.3) ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.2 สถานภาพสมรส ร้อยละ 61.1

นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.0 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 91.1 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 66.2 สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 90.6 และมีรายได้ ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 54.1 โดยกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีแหล่งรายได้มาจากสวัสดิการจากรัฐบาล ร้อยละ 98.7 และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 72.0 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 42.0 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.0 และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60.5 ซึ่งส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 61.1 โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (รวมค่าใช้จ่ายในการเดินทาง) ร้อยละ 58.6 ซึ่งมีค่าใช้จ่ายจำนวน 101-500 บาท ร้อยละ 38.2 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่คิดว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลไม่เป็นภาระ ร้อยละ 84.7 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 97.5 และใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 82.8 ไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่มใด ๆ ในชุมชน ร้อยละ 61.1

1.2 ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 3.86, SD = 0.46) เมื่อพิจารณาความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองรายด้านพบว่า ด้านร่างกายผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.39, S.D. = 0.73) โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้สูงอายุพอใจในรูปร่างและลักษณะที่เป็นอยู่ในขณะนี้($\bar{x}$ = 3.78, S.D. = 0.86) สำหรับด้านความมั่นคงในตัวเอง ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 3.79, S.D. = 0.63) โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้สูงอายุไม่ได้รู้สึกว่าตนเองหงุดหงิดง่าย ($\bar{x}$ = 3.98, S.D. = 1.00) สำหรับด้านศีลธรรมจรรยา ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.04, S.D. = 0.70) โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้สูงอายุไม่ได้รู้สึกว่าตนเองโชคร้ายที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ($\bar{x}$ = 4.13, S.D. = 1.09) สำหรับด้านปฏิธานและความคาดหวังผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.62, S.D. = 0.68) โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้สูงอายุไม่ได้รู้สึกเบื่อหน่ายต่อการรักษา ($\bar{x}$ = 4.19, S.D. = 0.97) และสำหรับด้านความภูมิใจในตัวเอง ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.51, S.D. = 0.51) โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้สูงอายุรู้ว่าจะมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร ($\bar{x}$ = 4.73, S.D. = 0.67)

1.3 ระดับปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.94, SD = 0.43) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้สูงอายุได้รับการอำนวยความสะดวกในด้านการรักษาพยาบาลจากสิทธิ

สวัสดิการผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 4.73, S.D. = 0.86) รองลงมา คือ ผู้สูงอายุได้รับบริการตรวจสุขภาพที่ดีในคลีนิคโรคเรื้อรัง จากโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 4.66, S.D. = 0.96) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์จากกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ(เช่น ชมรมผู้สูงอายุ โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ) ที่จัดโดย อบต. อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.94, S.D. = 1.21) รองลงมา คือ ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ผู้สูงอายุได้รับการติดตามดูแลที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.32, S.D. = 1.16)

1.4 ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 4.24, SD = 0.38) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลจากสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 4.82, S.D. = 0.74) รองลงมา คือ ผู้สูงอายุเข้ากับบุตรหลานและสมาชิกในครอบครัวได้ อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 4.78, S.D. = 0.77) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ผู้สูงอายุได้ใช้เวลาไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจในเวลาว่างกับสมาชิกในครอบครัว อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.88, S.D. = 1.21)

1.5 ระดับการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 3.72, SD = 0.45) โดยพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้สูงอายุได้รับกำลังใจจากญาติ/พี่น้อง เมื่อเจอปัญหาในชีวิต อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.70, S.D. = 0.84) รองลงมา คือ ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารเหตุการณ์ต่าง ๆ จากญาติ/พี่น้อง อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.59, S.D. = 0.94) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือทางการเงินหรือสิ่งของจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เสมอ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.87, S.D. = 1.13)

1.6 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ในภาพรวมคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.54, S.D. = 0.46) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าองค์ประกอบด้านร่างกายในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.21, S.D. = 0.55) โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้สูงอายุรู้สึกพอใจที่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในกิจวัตรประจำวันได้ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.48, S.D. = 0.97) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุพอใจกับการนอนหลับ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.41, S.D. = 0.87) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ผู้สูงอายุไม่มีกำลังเพียงพอที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวัน (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.94, S.D. = 0.96) สำหรับองค์ประกอบด้านจิตใจ พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.78, S.D. = 0.53) โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้สูงอายุไม่ได้มีความรู้สึกโดดเดี่ยว เหงา เศร้า หดหู่สิ้นหวัง วิตกกังวล อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 4.08, S.D. = 0.94) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุพอใจกับรูปร่าง

หน้าตาของตัวเอง อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 4.06, S.D. = 0.75) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ผู้สูงอายุมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.48, S.D. = 0.94) สำหรับองค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ในภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.50, S.D. = 0.62) โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้สูงอายุพึงพอใจกับการผูกมิตรหรือ สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.89, S.D. = 0.60) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ผู้สูงอายุพึงพอใจในชีวิตทางเพศในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.01, S.D. = 1.16) สำหรับองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.54, S.D. = 0.46) โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้สูงอายุพึงพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยในปัจจุบันในระดับดี ($\bar{x}$ = 4.27, S.D. = 0.70) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีความมั่นคง ปลอดภัยในการดำรงชีวิตประจำวันอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.94, S.D. = 0.66) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ผู้สูงอายุมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.20, S.D. = 0.80)

1.7 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช มี 8 ปัจจัย คือ อายุ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล สถานที่รับบริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช มี 2ปัจจัย คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และการสนับสนุนทางสังคม โดยทั้ง 2 ปัจจัย สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในตำบลบางศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ร้อยละ 34.97 (R^2 = 0.349)

2. อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง อายุ 70 – 79 ปี ร้อยละ 38.9 เป็นช่วงวัยที่สภาพร่างกายยังไม่เสื่อมถอยมากนัก สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.1 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 53.5 ทำให้มีเพื่อนคู่คิด คอยให้กำลังใจ ส่งเสริมเกื้อหนุนซึ่งกันและกันส่วนใหญ่กลุ่มผู้สูงอายุมีรายได้เพียงพอกับการดำรงชีวิต ร้อยละ 72.0 ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ได้รับเงินสวัสดิการผู้สูงอายุ ประกอบกับการอาศัยอยู่ในเขตชนบท ทำให้สามารถปลูกพืชผักไว้รับประทานเอง สามารถลดค่าใช้จ่ายลงได้ อีกทั้งมีบุตรหลานตั้งบ้านเรือนอยู่บริเวณใกล้เคียง ทำให้สามารถคอยช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ และผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่รับการรักษาพยาบาลที่คลินิคโรคเรื้อรังที่

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.1 ทำให้ได้รับความสะดวกในการรับบริการ ผู้รับบริการน้อยเจ้าหน้าที่สามารถดูแลได้ทั่วถึง ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ผู้สูงอายุสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ส่วนหนึ่ง จึงทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาองค์ประกอบคุณภาพชีวิตแต่ละด้านพบว่าอยู่ในระดับดีทุกด้าน ทั้งองค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านสภาพจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิรัชยา เคล้าดีและคณะ (2560) พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 ซึ่งเมื่อพิจารณารายปัจจัย พบว่า ทุกปัจจัยส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้งได้รับการเอาใจใส่จากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง มีรายได้ที่รัฐมอบให้เพื่อการยังชีพ มีครอบครัวที่คอยดูแลเอาใจใส่ เข้าถึงการรับบริการด้านสุขภาพอนามัย ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีสอดคล้องกับการศึกษาของดวงใจ คำคง (2553) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อแยกรายด้านพบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตสูงทั้ง 4 ด้าน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในสถานที่ที่อยู่ในปัจจุบัน มีการใช้วิถีชีวิตแบบเศรษฐกิจพอเพียงซึ่งผู้สูงอายุเกือบทุกหลังคาเรือนมีการปลูกผักพื้นบ้านไว้รอบ ๆ บ้านเพื่อไว้รับประทานประกอบกับการได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว ความสบายใจต่อความก้าวหน้าของลูก ๆ ความสามัคคีของบุคคลและญาติพี่น้อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของเจษฎา นกน้อยและวรรณภรณ์ บริพันธ์ (2560) พบว่าคุณภาพชีวิตในภาพรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัยเอง มีบุตรหลานคอยดูแล มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา มีรายได้ที่แน่นอนและเพียงพอ มีส่วนช่วยให้ชีวิตความเป็นอยู่ในวัยชราหรือวัยเกษียณมีความเป็นอยู่ที่ดี การอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี สะดวกและปลอดภัยแก่การใช้ชีวิต และมีความสุขในการดำเนินชีวิต แตกต่างจากการศึกษาของอภิเชษฐ์ จำเนียรสุขและคณะ (2560) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 66.0 รองลงมาคือ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงและมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 27.5 และร้อยละ 6.5 ตามลำดับ และแตกต่างจากการศึกษาของจันจิรา หินขาว (2560), วรุณีย์ สีม่วงงาม (2560), มุทิตา วรรณชาติและคณะ (2558), กู้เกียรติ ก้อนแก้ว (2561) พบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า อายุ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล สถานที่รับบริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งสามารถอธิบาย

ผลการวิจัยได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้นทุก ๆ 1 ปี จะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง 0.94 คะแนน โดยผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี 4.35 เท่า มากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุ เป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะทางด้านร่างกาย เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลทำให้ร่างกายเสื่อมสมรรถภาพไปตามวัย การทำหน้าที่ต่าง ๆได้น้อยลงและทำให้ร่างกายเกิดภาวะถดถอยโดยผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีผู้สูงอายุตอนต้นอายุ 60-69ปี ร้อยละ 31.8 ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้ถือว่าเป็นผู้สูงอายุตอนต้นซึ่งสามารถ ปฏิบัติกิจประจำวันและดูแลช่วยเหลือตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากนัก เช่น สามารถรับประทานอาหารได้เอง หยิบยากินเองได้ รวมทั้งผู้สูงอายุได้รับรู้ข่าวสารที่ต้องการในชีวิตประจำวัน สามารถเดินทางไปไหนมาไหนได้ด้วยตัวเอง ซึ่งการมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองจะทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกภาคภูมิใจ รู้สึกถึงความมีคุณค่าในตัวเองและมีสุขภาพจิตที่ดีซึ่งจะส่งผลทำให้เกิด คุณภาพชีวิตที่ดีตามมาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอภิเชษฐ์ จำเนียรสุขและคณะ (2560) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-$value$ < 0.05) โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปสอดคล้องกับการศึกษาของกู้เกียรติ ก้อนแก้ว (2561), วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ (2554) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต โดยผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย จะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากสอดคล้องกับการศึกษาดวงใจ คำคง (2554) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 25.3 และอายุเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านลบมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของสุรพร นนทแก้ว (2559) พบว่า อายุมีอิทธิพลด้านลบกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท และสอดคล้องกับการศึกษาของวรุณีย์ สีม่วงงาม (2560), มุทิตา วรรณชาติและคณะ (2558) พบว่า อายุสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ ร้อยละ 16.2 และร้อยละ 27.2 ตามลำดับ แตกต่างจากการศึกษาของปัฐยาวัชร ปรากฏผลและคณะ (2558) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และแตกต่างจากการศึกษาของจิรัชยา เคล้าดี (2560) ซึ่งได้เปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อระดับการมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า อายุไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

สำหรับความเพียงพอของรายได้ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี 3.09 เท่า มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ (3.09; 95%CI =1.23 to 7.78; p – $value$ = 0.017) อธิบายได้ว่า รายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตซึ่งหากผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพหรือมีรายได้น้อย ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ทำให้มีความรู้สึกต่อสถานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ไม่สามารถตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆได้เต็มที่ อีกทั้งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น แต่ในทางกลับกันการมีรายได้

เพียงพอจะช่วยให้ ผู้สูงอายุสามารถนำรายได้ส่วนนั้นไปใช้จ่ายเป็นค่าบริการทางการรักษาและค่าเดินทางในการไปรับการรักษาได้ และการได้รับการดูแลนั้นก็จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีรายได้ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของวิไลพร ขำวงษ์และ คณะ (2554) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้อง กับการศึกษาของมุทิตา วรรณชาติ (2558), วรุณีย์สีม่วงงาม (2560), พบว่ารายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.05$) แตกต่างจากการศึกษาของปัฐยาวัชร ปรากฏผลและคณะ (2558) พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงและแตกต่างจากการศึกษาของจิรัชยา เคล้าดี (2560) ซึ่งได้เปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อระดับการมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า รายได้ไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

สำหรับปัจจัยสถานที่รับบริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี 2.62 เท่ามากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่รับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน (2.62; 95%CI =1.04 to 6.57; $p - value = 0.038$) อธิบายได้ว่าการรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้ผู้สูงอายุมีความสะดวกในการเข้ารับบริการเนื่องจากเป็นสถานบริการใกล้บ้าน ซึ่งให้บริการใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด และการที่มีผู้รับบริการน้อย ทำให้เจ้าหน้าที่สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง ประกอบกับปัจจุบันได้มีการประเมินมาตรฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ซึ่งมีการพัฒนาให้มีคุณภาพใกล้เคียงกับโรงพยาบาลชุมชน มีการสนับสนุนทั้งเจ้าหน้าที่มาให้บริการในวันคลีนิคโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พร้อมทั้งสนับสนุนเครื่องมือทางการแพทย์ต่าง ๆ ที่ทันสมัยมากขึ้น สอดคล้องกับสมหมาย จันทร์เรือง (2558) ได้กล่าวว่าจากการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเคยเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพไทยในลักษณะทางเลือกที่ช่วยสนับสนุนการให้บริการของโรงพยาบาลอำเภอ ต่อมามีการปรับปรุงการให้บริการ ทำให้ประชาชนในชุมชนเริ่มมาใช้บริการ รพ.สต.มากขึ้น เพราะมีความคุ้นเคยและใกล้ชิดมากกว่าโรงพยาบาลอำเภอ ทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการรับบริการและมีความมั่นใจต่อการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของอภิเชษฐ์ จำเนียรสุขและคณะ (2560) พบว่า สถานที่เข้ารับบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

สำหรับสิทธิการรักษาพยาบาล จากการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี 11.68 เท่า มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิสวัสดิการประกันสังคม (11.68; 95%CI = 1.01 to 135.30; $p - value = 0.031$) อธิบายได้ว่า ปัจจุบัน

กลุ่มผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้มากขึ้น ด้วยช่องทางการสื่อสารต่าง ๆ ทั้งจากอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ ที่บุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุหรือตัวผู้สูงอายุเองได้รับ โดยจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 82.8 และสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังส่งเสริมให้หน่วยบริการในพื้นที่มีการคัดกรองสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ และการติดตามเยี่ยมบ้านด้วยทีมหมอครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา และกลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี 46 เท่า มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิสวัสดิการประกันสังคม (46; 95%CI = 2.01 to 1,047.8; *p – value* = 0.031) อธิบายได้ว่า การใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ มีการเอื้อประโยชน์ให้ผู้รับบริการ โดยใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงในการรักษาพยาบาลในกรณีต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสะดวกในการรับบริการมากขึ้น ไม่ต้องมีการสำรองเงินเพื่อใช้ในการรักษาพยาบาล ทำให้สามารถนำเงินส่วนนี้ไปใช้จ่ายในการดำรงชีพในด้านอื่น ๆได้เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของอภิเชษฐ์ จำเนียรสุขและคณะ (2560) พบว่า สิทธิการรักษาพยาบาล ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

สำหรับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง จากการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองอยู่ในระดับสูง มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี 10.1 เท่า มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองอยู่ในระดับปานกลาง (10.1; 95%CI = 3.46 to 29.45; *p – value* < 0.001) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เนื่องจากบุคคลที่มีความรู้สึกดีต่อตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถ และเป็นที่ยอมรับของผู้อื่นจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นเดียวกับการศึกษาของ กู้เกียรติ ก้อนแก้ว (2561) ทำการศึกษาปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน พบว่าการเห็นคุณค่าในตัวเอง เป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตสูงที่สุด โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของสุลิต แวววรรณเจือ (2555) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เห็นคุณค่าในตนเองจะรู้สึกมีความหมายในครอบครัว มีความภูมิใจในการดำเนินชีวิต และเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ลูกหลาน ทำให้เกิดความสุข ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่เห็นคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของสุรพร นนทแก้ว (2559) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบท และเมื่อพิจารณา คุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ปัจจัยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม และสอดคล้องกับศุภณตา แสงสมเรือง (2554) พบว่าการที่ผู้สูงอายุรู้จักคุณค่าของตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุพิการจากโรคเรื้อน จากการศึกษาอภิปรายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง

สูงด้วย และยิ่งมีการดูแลตนเองได้มากขึ้นจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่า การดูแลตนเองน้อย เนื่องจากผู้สูงอายุจะสนใจในการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ ลดการสูบบุหรี่ หรือมีการพักผ่อนที่เพียงพอ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วารี กังใจ (2541) ที่พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.001$)

สำหรับปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีระบบบริการสุขภาพในระดับดี มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า 3.85 เท่า มากกว่าผู้สูงอายุที่มีระบบบริการสุขภาพในระดับปานกลาง (3.85; 95%CI = 1.49 to 9.95; $p - value = 0.006$) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับปัจจัยด้านระบบสุขภาพที่ดี เช่นการได้รับบริการที่ดีจากคลีนิคโรคเรื้อรัง การมีจำนวนเจ้าหน้าที่เพียงต่อการรับบริการ มีเครื่องมือทางการแพทย์ที่สามารถใช้งานได้ดี การได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุปีละ 1 ครั้ง และการได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ จะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้น้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ วีรพงษ์ ยางเดี่ยว (2554) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดยโสธร พบว่าปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชนบท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.43; 95%CI: 0.21 to 0.66; $p\text{-}value < 0.001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของชุมพล อังควิศิษฐพันธ์ (2547) พบว่าระบบการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

สำหรับสัมพันธภาพในครอบครัว จากการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี 5.38 เท่า มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง (5.38; 95%CI = 1.53 to 18.85; $p - value = 0.013$) อธิบายได้ว่า การอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุขและการมีความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคล มีส่วนช่วยทำให้เกิดความรัก ความนับถือและความร่วมมือ ทำให้เกิดความสุขในการดำรงชีวิต โดยผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีสัมพันธภาพในครอบครัว ระดับดี ร้อยละ 92.4 รองลงมา คือ มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ใน ระดับปานกลาง ร้อยละ 7.6 และเมื่อพิจารณาจากข้อคำถาม รายข้อพบว่าข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลจากสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 4.82, S.D. = 0.74) รองลงมา คือ ผู้สูงอายุเข้ากับบุตรหลานและสมาชิกในครอบครัวได้ อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 4.78, S.D. = 0.77) ซึ่งการมีสัมพันธภาพครอบครัวที่ดีจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรักการดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัว สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของอภิเชษฐ์ จำเนียรสุขและคณะ (2560) พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-}value < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของสุรพร นนทแก้ว (2559) พบว่า

สัมพันธภาพในครอบครัว มีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* < 0.001) และสอดคล้องกับการศึกษาของมุทิตา วรรณชาติ (2558), วรุณีย์ สีม่วงงาม (2560) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

สำหรับการสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี 8.71 เท่า มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง (8.71; 95%CI = 2.78 to 27.23; *p – value* < 0.001) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมดี ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นตามไปด้วย ซึ่งจากการศึกษากลุ่มตัวอย่างพบว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ร้อยละ 59.2 ซึ่งจากศึกษาของ Helgeson (2003) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กันแบบเชิงเส้น คือ เมื่อมีการสนับสนุนทางสังคมดี จะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิต แสดงว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับจะช่วยเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีคนคอยสนับสนุนให้ความรัก ความเอาใจใส่ ยกย่องหรือเห็นคุณค่า ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการติดต่อและเชื่อมสัมพันธ์กัน ส่งผลให้ลดความเครียดจากการเจ็บป่วยจากโรคต่าง ๆ และสามารถปรับตัวรับมือกับการอาการเจ็บป่วยเหล่านั้นได้ อีกทั้งการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือด้านวัสดุอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิต และถ้าผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวให้เหมาะสมกับวัย และทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตในวัยสูงอายุอย่างมีความสุข ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของอภิเชษฐ์ จำเนียรสุข และคณะ (2560) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* < 0.05) สอดคล้องกับการศึกษาของอภิเชษฐ์ จำเนียรสุข (2558) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุหลังเกษียณอายุการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* < 0.05) และสอดคล้องกับการศึกษาของสุรพร นนทแก้ว (2559) พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (*p-value* = 0.001) แตกต่างจากการศึกษาของวรุณีย์ สีม่วงงาม (2560) พบว่า ปัจจัยเสริมที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญต่อการวางแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทของพื้นที่ใกล้เคียงกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1.1 ผู้ที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุในอนาคต โดยภายใน 10 ปีข้างหน้า ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มจำนวนมากขึ้น ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุ 70 – 80 ปีจะมีมากขึ้น จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าในปัจจุบันกลุ่มผู้สูงอายุ 60-79 ปี มีถึงร้อยละ 70.7 และพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 – 69 ปี มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป แสดงให้เห็นว่ายิ่งมีอายุที่เพิ่มขึ้นคุณภาพชีวิตก็ยิ่งลดลง จึงควรมีการวางแผนเตรียมการในระยะยาว ทั้งการเตรียมการของผู้ดูแล (Care giver) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพ ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ควรบูรณาการร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จัดระบบการดูแลสุขภาพ โดยการใช้บุคลากรและงบประมาณร่วมกัน

3.1.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ ควรให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ระกอบอาชีพ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายโดยจัดกิจกรรมส่งเสริมอาชีพตามความถนัดหรือความสามารถของผู้สูงอายุและส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีรายได้ที่เพียงพอ

3.1.3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ ควรมีการส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวโดยการจัดกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความตระหนักและให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

3.1.4 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตัวเอง โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มและสอดแทรกกิจกรรมที่สร้างความมีเจตคติที่ดีต่อการมีชีวิตยืนยาว เข้าใจถึงความเป็นธรรมชาติของชีวิต การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย สร้างความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีความสุข และสามารถควบคุมอาการของโรคให้อยู่ในภาวะปกติได้ เนื่องจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองด้านร่างกายและด้านปณิธานและความคาดหวังอยู่ในระดับปานกลาง

3.1.5 หน่วยงานส่วนท้องถิ่นควรมีการประชาสัมพันธ์และอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เช่น กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ โครงการส่งเสริมสุขภาพอย่างทั่วถึง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์จากกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (เช่น ชมรมผู้สูงอายุ โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ) ที่จัดโดย อบต. อยู่ในระดับปานกลาง

3.1.6 สถานบริการสุขภาพในพื้นที่ ควรจัดเจ้าหน้าที่ในการติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น เนื่องด้วยจากการศึกษาพบว่าในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาผู้สูงอายุได้รับการติดตามดูแลที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง อยู่ในระดับปานกลาง

3.1.7 รัฐควรให้ความสำคัญต่อการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้มีความเพียงพอทั้งในส่วนของบุคลากร งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ เวชภัณฑ์ การบริหารจัดการ องค์ความรู้ คุณภาพและมาตรฐานการบริการ เนื่องจากโรงพยาบาลสงเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยบริการด้านสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุมากที่สุด และผู้สูงอายุมีความสะดวกในการเข้ารับบริการมากที่สุด และจากการศึกษายังพบว่าผู้สูงอายุที่รับการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่รักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่โรงพยาบาลชุมชน

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพกับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังควบคู่ไปด้วย ซึ่งอาจทำให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ สำหรับการทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3.2.2 ควรมีการขยายการศึกษาในเขตพื้นที่อื่น ๆซึ่งอาจเป็นพื้นที่ที่ยังไม่มีการศึกษาวิจัยเพื่อจะได้ทราบถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังว่ามีความสอดคล้องหรือแตกต่างกันอย่างไรในแต่ละพื้นที่ เพื่อสามารถนำไปเป็นแนวทางในการใช้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์มาจัดทำแผนงานในการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

3.2.3 ควรมีการเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ให้เหมาะสมกับจำนวนตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา หากตัวแปรมีจำนวนมาก การใช้กลุ่มตัวอย่างอาจจะต้องมีขนาดใหญ่เพียงพอต่อการศึกษาวิเคราะห์ตัวแปรต่าง ๆ เหล่านั้น เพื่อให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์และมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กนกพร สุคำวัง. (2540). *แบบจำลองสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ. (2547). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้เกษียณอายุราชการในเขตอำเภอหาดใหญ่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

กรมประชาสงเคราะห์. (2530). *แผนประชาสงเคราะห์แม่บท ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2530 – 2534*. กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย. หน้า 2-3.

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2547). *รายงานสถานการณ์ทางสังคม สถานการณ์ครอบครัว*. ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 มกราคม-มีนาคม 2547.

กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ. (2558). *สูงวัยในศตวรรษที่ 21: การเฉลิมฉลองและความท้าทาย บทสรุปสำหรับผู้บริหาร*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติและองค์กรเฮลท์เอจ อินเตอร์เนชั่นแนล.

กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทย์ทหารเรือ. (2548). *คู่มือการพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค*. กรุงเทพฯ:กรมแพทย์ทหารเรือ

กอบกุล พันธ์เจริญวรกุล. (2531). *ทฤษฎีการพยาบาลกับการนำไปใช้*. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์

กุลพรภัสร์ จิระประไพและธนนท์ นวมเพชร. (2562,10 เมษายน) *"สถิติบอกอะไร ผู้สูงวัยปัจจุบันและอนาคต"*. สืบค้นจาก http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/Press_Release/2561/N10-04-61-1.aspx

กู้เกียรติ ก้อนแก้ว. (2561). ปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 28(3), 395 – 400.

เกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์, สุรีย์ บุญญานุพงศ์, และสมศักดิ์ ฉันทะ. (2553). *รายงานการวิจัยเรื่องชีวิตคนชราในเชียงใหม่*. เชียงใหม่ : สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เกษม วัฒนชัย. (2531). การควบคุมรักษาโรคความดันโลหิตสูง. ภาควิชาอายุศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เกียรติคุณและพวงทอง ไกรพิบูลย์. (2554). *โรคของต่อมไร้ท่อ*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: อมรินทร์สุขภาพ.

ขนิษฐา นาคะ. (2542). *วิถีชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในหมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่งในภาคใต้*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

จิราพร ชมพิกุล และคณะ. (2552). *รายงานการวิจัย(ฉบับสมบูรณ์)สัมพันธภาพในครอบครัวไทย. นครปฐม*: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

จีรนุช สมโชค. (2540). *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคเบาหวาน*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

จิรัชยา เคล้าดี. (2560). *ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช*. วารสารราชพฤกษ์. 15(1), 27-32.

จันจิรา หินขาว. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 11(1), 23-31.

เจษฎา นกน้อยและวรรณภรณ์ บริพันธ์. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา. *วารสารมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*. 9(3), 94-103.

จำเรียง กูรมะสุวรรณ. (2536). *ประชากรผู้สูงอายุกับการจัดสวัสดิการ*.ในจรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้สูงอายุ (หน้า 1-34). กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองธรรม.

ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล. (2548). *ภาวะฉุกเฉินระบบต่อมไร้ท่อ*. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ชนัดดา แนบเกสร อรวรรณ แก้วชู สุนีย์ ละกำปั่น และสมจิต ปทุมานนท์. (2541). “การเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตและดัชนีความหนาของร่างกายที่มีความสัมพันธ์กับอายุ.” *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. 3(1), 31-40.

ชไมพร มณีรัตนพันธ์. (2540). *ผลของการจัดกิจกรรมให้ความรู้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและญาติโรงพยาบาลสูงเนิน นครราชสีมา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

ชุติเดช เจียนดอน และคณะ. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 41(3), 229-239.

ชุมพล อังควิศิษฐพันธ์. (2547). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของประชากรในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์. (2538). *สรีวิทยาของผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ศุภวนิชการพิมพ์.

ชัยวัฒน์ ปัญจพงษ์. (2523). อ้างถึงใน เสถียร รุจิรวนิช. (2549). *สภาวะแวดล้อมของเรา Our Enveronment*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง. (2540). *พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

ดวงพงศ์ พงศ์สยาม. (2552). *มานุษยวิทยาสุขภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). โอ.เอส. พริ้นติ้ง เฮ้าส์.

ธาริน สุขอนันต์ และคณะ. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล เมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*.

นภาพร ชโยวรรณ. (2542). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน*. ในหนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “สู่วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ”. กรุงเทพฯ: กรมประชาสงเคราะห์สมาคมพฤฒิวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.

นิตยา คชภักดี. (2545). *โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาตัวชี้วัด “ครอบครัวอยู่ดีมีสุข” รายงานการศึกษาขั้นสุดท้าย. สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว* : มหาวิทยาลัยมหิดล.

นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส. (2552). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ: การประเมินและการนำไปใช้*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บังอร เทพเทียน และคณะ. (2550). *โครงการสำรวจสภาพ ครอบครัวตามตัวชี้วัดสถาบันครอบครัวเข้มแข็ง*. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน : มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปัฐยาวัชร ปรากฏผลและคณะ. (2558). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ประกายรัตน์ ภัทรธิติ. (2556). *การสื่อสารเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว ในเอกสารการสอนชุดวิชาครอบครัวศึกษา สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2554). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). วี.พริ้นท์ (1991) .

พึงใจ งามอุโฆษ. (2541). *การพยาบาลอายุรศาสตร* เล่มที่ 2. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : ยูนิตี้ พับลิเคชั่น.

พรทิพย์ มาลาธรรม. (2537). *การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. ในสมจิต หนุเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพฯ : วีเจ.พริ้นติ้ง.

ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ. (2543). *โภชนศาสตร์*. ยะลา : วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา. (อัดสำเนา).

ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ. (2551). *ระบบสุขภาพของประเทศไทย Thai Health System*. (พิมพ์ครั้งที่ 1).

พงศ์อมร บุนนาค. (2542). *เทคนิคการดูแลรักษาโรคเบาหวาน : การทบทวนปัจจัยด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมต่อโรค*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

มันทนา ประทีปปะเสน. (2542). *อาหารกับ: โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด*. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

มุทิตา วรรณชาติ. (2558). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มี โรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์,* 45, น.18-29.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครปฐม: พริ้นเทอรี่.

_____ . (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เดือนตุลา.

ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม. (2546). *แนวคิดการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุแบบองค์รวมในเอกสารการสอนชุดวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

รังสรรค์ วรวงศ์, ชยันตร์ ปทุมานนท์ และชไมพร ทวิชศรี. (2542). “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชนบท.” *วารสารกรมการแพทย์*. 24(2), 171-173.

ราชบัณฑิตสถาน. (2556). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้น.

ฤดีวรรณ รุ่งเมฆารัตน์. (2542). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอเสนานิคม จังหวัดอำนาจเจริญ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพฯ.

วราภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์. (2545). *จิตวิทยาการปรับตัว*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.

วรุณีย์ สีม่วงงาม. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนหมู่ที่ 10 ตำบลไร่น้อย อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี*. มหาวิทยาลัยราชธานี: อุบลราชธานี.

วรรณา รุ่งวณิชชา. (2539). *การศึกษาบริโภคนิสัย และภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้า*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

วาทินี บุญชะลักษี และยุพิน วรสิริอมร. (2539). *ผู้สูงอายุในประเทศไทย* ใน กุศล สุนทรธาดา (บรรณาธิการ), *จุดเปลี่ยนนโยบายประชากรประเทศไทย.* (หน้า115-39).

วารี กังใจ. (2541). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา,* 6: 13–20.

วิชัย เทียนถาวร. (2562, 10 พฤศจิกายน). เบาหวาน ภัยเงียบ ทุก 8 วินาทีตาย 1 คน. *มติชน*. สืบค้นจาก https://www.matichon.co.th/columnists/news_1747055

วิไล พัววิไล และคอนพิชิต เหล่ารักพงษ์. (2543). “ความดันโลหิตสูงที่อำเภอบ้านแพ้ว และ ปัจจัยเสี่ยงบางชนิดของความดันโลหิต.” *วารสารกรมการแพทย์.* 25(3), 116-123.

วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.* 5(2),32-39.

วีรพงษ์ ยางเดี่ยว. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบทจังหวัดยโสธร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

วงเดือน ปั้นดี. (2539). *ระบาดวิทยาและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. (วิทยานิพนน์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

ศรีทับทิม พานิชพันธ์. (2527). *สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว : ประมวลบทความวิทยุ*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ. (2546). *รายงานการวิจัย โครงการพัฒนาระดับสติปัญญาเด็กวัย ต่าง ๆ ของประเทศ.* สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน : มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริกุล อิศรานุรักษ์. (2542). *หลักการวางแผนงานอนามัยครอบครัว*. กรุงเทพฯ: เจริญดีการ.

พิมพ์.ศุภญดา แสงสมเรือง. (2554). *การดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้พิการจากโรคเรื้อนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาลัย จังหวัดสมุทรปราการ.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยหัวเฉียว เฉลิมพระเกียรติ, สมุทรปราการ.

ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. (2539). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปิจุ. (2525). *ประชากรและคุณภาพชีวิต*. กรุงเทพฯ: ศรีอนันต์.

สมชาย โลจาระ และอรวรรณ สุวจิตตานนท์. (2536). *ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด*. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย คณะแพทย์ศาสตร์ ศิริราชพยาบาล.

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. (2539). *สังคมวิทยาภาวะสูงอายุ : ความเป็นจริงและการคาดการณ์ในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมหมาย จันทร์เรือง. (2558, 7 กรกฎาคม). รพ.สต. ทางเลือกหรือทางหลักของระบบสุขภาพไทย. *มติชน*. สืบค้นจาก https://www.hfocus.org/content/2015/07/10346

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่ : ทริค ธิงค์.

สมาคมคหเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย. (2542). *ครอบครัวสัมพันธ์*. กรุงเทพฯ : วิบูลย์กิจการพิมพ์.

สันต์ หัตถีรัตน์. (2552, 1 มกราคม). ความดันลือดสูง. *หมอชาวบ้าน*. สืบค้นจาก https://www.doctor.or.th/ask/detail/5854

สุลิต แวววรรณเจือ. (2555). *ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวมุสลิมเขตประเวศกรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. (2530). *คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (กสส.). (2542). *นโยบายและแผนงานในการพัฒนาสถาบันครอบครัว*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2562, 10 เมษายน). *กลุ่มโรค NCDs*. สืบค้นจาก https://www.thaihealth.or.th/microsite/categories/5/ncds/2/173/176/NCDs.html

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากพนัง. (2561). *รายงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอปากพนัง*. นครศรีธรรมราช : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากพนัง.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : สำนักข่าวพาณิชย์ กรมส่งเสริมการส่งออก.

สุจิตรา ปัญญาดิลก. (2554). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อำเภอเชียงขวัญจังหวัดร้อยเอ็ด ประเทศไทย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรงุเทพฯ.

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). *ทฤษฎีการปรับตัวของรอย*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (อัดสำเนา).

สุดา วิไลเลิศ. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

สุนุตตรา ตะบูนพงศ์, วันดีสุทธิรังษีและพัชรียา ไชยลังกา. (2544). การประเมินคุณสมบัติแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลกในกลุ่มผู้สูงอายุไทย. *วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ*, 2(2), 6 -12.

สุพรชัย กองพัฒนากูล. (2542). *เทคนิคการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง : การทบทวนปัจจัยด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมต่อโรค*. นนทบุรี : สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์

_____ . (2542). *เทคนิคการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สุรกุล เจนอบรม. (2534). *วิทยาการผู้สูงอายุ (Gerontology)*. กรุงเทพฯ :จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2544). *ตำราตรวจรักษาโรคทั่วไป*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2541). *แนะยา-แจงโรค เล่ม 4*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

สุรพร นนทแก้ว. (2559). *ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช*. (รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

แสงจันทร์ ทองมาก. (2538). *สุขภาพวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. ในการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 1 – 90). กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

อภันตรี บัวเหลือง. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

อภิเชษฐ์ จำเนียรสุขและคณะ. (2560). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น. *วารสารราชพฤกษ์*. 15(2), 16-26.

อรุณ จิรวัฒน์กุล, (2547). *ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. ขอนแก่น : ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อรฉัตร โตษยานนท์,ยนต์ ชุ่มจิต. (2530). *สังคมจิตวิทยาการศึกษา*. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.

อรสา พันธ์ภักดี. (2542). *กระบวนการการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

อุทัย สุดสุข และคณะ. (2552). *โครงการศึกษาสถานการณ์ความสามรถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ The Study On Situation Of Activity Of Daily Living, Need And Quality Of Life Of The Elderly.* กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะการวิจัยแห่งชาติ.

อุมาพร อุดมทรัพยากุล. (2536). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนย่อยเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

Abram, H.S. (1969*). "The Psychiatrist the Treatment of Chronic Renal Failure and the Prolongation of Life Il."* American Journal of Psychiatry. CXXVI: 160.

Berkman and Syme. (1979). *Social relationships and health*. Advances In Mind –Body Medicine.

Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3 rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc.

Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publicatiems.

Cobb, S. (1976). *Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic* Medicine, 38(5): 300-314.

Driver, marie J. (1976). อ้างถึงใน ทัศนา บุญทอง 2544. *เครื่องมือของพยาบาลจิตเวชในการบำบัดทางจิตในเอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช หน่วยที่ 1-7*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

Dubos. (1976). อ้างถึงใน เสถียร รุจิรวนิช. (2549*). สภาวะแวดล้อมของเรา Our Environment.* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Edward, J. N., Klem, M., & David, L. (1973). *Correlated of life satisfaction*: A re-examination Journal of Gerontology, 28, 497-502.

Flanagan,J.C. (1982). *Measurement of Quality of Life* : Current State of the Art. Arch Phys Med Rehabil: 56-59.

Glasgow, R.E., McCaul, K.D. & Schafer, L. (1987). 'Self-Care Behaviors and Glycemic Control in Type I Diabetes. Journal Chronic Disease. Xxx: 399 - 412.

Goldstein. (1971). อ้างถึงใน ชูศักดิ์ เวชแพศย์. (2538). *สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ.* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ศุภวนิชการพิมพ์. หน้า 1.

Gottlieb, J. L. (1985). *Social participation of individuals in four rural community of the northeast: rural sociology*. Columbia: University Missouri Press.

Green , L. Krueter , M. (1999). *Health Promotion Planning An Education Approach (3 e*d.) Toronto : Mayfield Publishing Company.

Hanion, J. J., & Pickett, G. E. (1984). *Public Health : Administration and practice*(8 ed.). St.Louis: Times Miitor/Mosby Collage.

Hopstel, MO. (1981). *Nursing Care of The Older Adult*. Taxas: Delmar Publishers Inc. Marino & Kiosler.

House, J.S. (1981). Work Stress and Social Support. Reading, Mass: Addison-Wesley.

Kottket, F.J. (1982). *"Philosophic Consideration of Quality of life for Disable*." Archieved of.

Langlie, J. K. (1977). *Social network, health beliefs and preventive health behavior*. Journal Health Social Behavior, 23: 145–159.

Lee et al. (2014). *Prediction Model for Health-Related Quality of Life of Elderly with Chronic Diseases using Machine Learning Techniques*. Healthc Inform Res, 20(2), 125-134.

Markides, K. S., & Martin, H.W. (1979). A causal model of life satisfaction among the elderly. Journal of Gerontology, 34, 86-93.

Orem, D. E. (1980). Nursing concepts of practice. New York: Mc. Graw-Hill Book.

Oort. (2005). อ้างถึงใน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. (2557). *พัฒนาการของมนุษย์ และสุขภาพ Human Development and Health.* (พิมพ์ครั้งที่ 4). ห้างหุ้นส่วนจำกัด อรุณการพิมพ์.

Padilla, G.V., & Grant, M. M. (1985). *Quality of life as a cancer nursing outcome variable*. Advances in Nursing Science, 8, 45-60.

Paul Henry Mussen, John Janeway Conger, and Jerome Kagan . (1969). *Child Development and Personality* (3d Ed.). New York: Harper & Row.

Robert, S. J., & Krouse, H. J. (1988). Enhancing self-care though active negotiation. Nursing Pratictioner, 3, 10-11.

Rogers. (1951). C.R. Client Center Therapy. Boston: Houghton Mifflin.

Stromberg, M.F. (1984). *"Selecting and Instrument to Measure Quality of life" Oncology Nursing forum*. 11 (September-October) : 88-91.

Tran, T.V., Chatter, L., & Wright, R. (1991). *Health, stress, psychological resource, and subjective well-being among older black. Journal of Psychology and Aging,* 6, 100-108.

UNESCO. (1980). *"Evaluating the quality of life in Belgium."* Social Indicators Research. 8(September): 312.

Vicki S. Helgeson. (2003). *Social support and quality of life*. Quality of Life Research, 12: 25–31.

Zhan L. (1992). *Quality of life: conceptual and measurement issues***,** 17(7):795-800 Physical Medicine and Rehabilitation.X X III: 60 - 62.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล	คุณวุฒิ/ตำแหน่ง
1.ดร.ดุริยางค์ วาสนา	คุณวุฒิ ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
2.นายสุรพร นนทแก้ว	คุณวุฒิ สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สาธารณสุขอำเภอถ้ำพรรณรา จังหวัดนครศรีธรรมราช
3.นางรัชนีกร วงศราวิทย์	คุณวุฒิ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปากพนัง อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งคำตอบที่ได้จะสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ ในการวางแผนแก้ไขปรับปรุงการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องต่อไปในอนาคต

คำชี้แจง แบบสอบถามแบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านการเจ็บป่วย	จำนวน 18 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง	จำนวน 18 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ	จำนวน 16 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 16 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต	จำนวน 26 ข้อ

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช คำตอบในแบบสอบถามทุกข้อจะถูกเก็บเป็นความลับ และไม่มีผลกระทบใด ๆต่อท่านผู้ตอบแบบสอบถาม เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยเท่านั้น จึงขอให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และโปรดตอบทุกข้อ เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม ขอขอบพระคุณ ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ

นาฎอนงค์ เจนการ
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการเจ็บป่วย จำนวน 18 ข้อ

คำชี้แจง: ให้ผู้สัมภาษณ์ถามผู้สูงอายุ แต่ละข้อเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ใน ( ) หน้าข้อความ หรือเติมคำในช่องว่างตามที่ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามตรงกับความเป็นจริง

1.วัน/เดือน/ปี เกิด……..

2.เพศ ( ) 1.ชาย ( ) 2.หญิง

3.สถานภาพ

( ) 1. โสด ( ) 2. สมรส

( ) 3. หม้าย ( ) 4. อย่าร้าง

( ) 5. แยกกันอยู่

4.ศาสนา

( ) 1. พุทธ ( ) 2. อิสลาม ( ) 3. คริสต์

5.ระดับการศึกษา

( ) 1. ไม่ได้รับการศึกษา ( ) 2. ประถมศึกษา

( ) 3. มัธยมศึกษาตอนต้น ( ) 4. มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า/ปวช.

( ) 5. ประกาศนียบัตรหรือเทียบเท่า/ปวส. ( ) 6. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

6.อาชีพ

( ) 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ

( ) 2. ประกอบอาชีพ

( ) 2.1 เกษตรกรรม ( ) 2.2 ค้าขาย

( ) 2.3 รับจ้าง ( ) 2.4 ข้าราชการบำนาญ

( ) 2.5 ธุรกิจส่วนตัว ( ) 2.5 อื่น ๆ ระบุ……..

7.รายได้เฉลี่ยของท่าน.....บาท/เดือน

8.แหล่งรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) 1. จากการประกอบอาชีพ ( ) 2. จากบุตรหลาน

( ) 3. สวัสดิการจากรัฐบาล เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้พิการ ( ) 4. คู่สมรส

( ) 5. เงินบำเหน็จบำนาญ ( ) 6. ดอกเบี้ยเงินออม/เงินออม/ทรัพย์สิน

( ) 7. พ่อ/แม่/พี่/น้อง/ญาติ ( ) 8. ได้รับบริจาค

( ) 9. อื่น ๆ (ระบุ).....

9.ความเพียงพอของรายได้

( ) 1. เพียงพอและเหลือเก็บ ( ) 2. เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ

( ) 3. ไม่เพียงพอ

10.ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว

( ) 1. อยู่กับครอบครัวของบุตร ( ) 2.อยู่กับคู่สมรส

( ) 3. อยู่กับคู่สมรสและบุตร(โสด) ( ) 4. อยู่คนเดียว

( ) 5. อยู่กับญาติ/เพื่อนบ้าน

11.อาการเจ็บป่วย/โรคประจำตัวเรื้อรัง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) 1. โรคความดันโลหิตสูง ( ) 2. โรคเบาหวาน

( ) 3. เส้นเลือดในสมองตีบ ( ) 4. หลอดเลือดหัวใจตีบ

( ) 5. โรคอัมพาต/อัมพฤกษ์ ( ) 6. โรคมะเร็ง

( ) 7. อื่น ๆ (ระบุ).....

12.ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคประจำตัวเรื้อรัง(จากข้อ 11) ……ปี

13. สถานบริการที่รักษาโรคประจำตัวเรื้อรัง(จากข้อ 11)

( ) 1. โรงพยาบาลของรัฐบาล

( ) 2.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระบุ…….....……..

( ) 3. โรงพยาบาล/คลินิกเอกชน ( ) 4. อื่น ๆ ระบุ……

14.ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อครั้ง (รวมค่าใช้จ่ายในการเดินทาง)

( ) 1. ไม่มี

( ) 2. มี ระบุ จำนวน……..บาท

15. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นภาระต่อท่านหรือไม่

( ) 1.ไม่เป็นภาระ (สามารถจ่ายได้)

( ) 2.เป็นภาระ (มีความลำบากในการหาเงินเพื่อมาใช้ในการรักษาพยาบาล)

16.ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยจาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) 1. กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ( ) 2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

( ) 3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ( ) 4. บุคคลในครอบครัว/เพื่อนบ้าน

( ) 5. วิทยุ/โทรทัศน์ ( ) 6. สิ่งตีพิมพ์ต่าง ๆ

( ) 7.อื่น ๆ(ระบุ).....

17. สิทธิการรักษาพยาบาล

( ) 1. ประกันสุขภาพ ( ) 2. ประกันสังคม

( ) 2. สวัสดิการข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ ( )4.อื่น ๆ ระบุ.....

18.การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมในสังคม

( ) 1. ไม่เป็น

( ) 2. เป็น ระบุ

( ) 2.1 ชมรมผู้สูงอายุ ( ) 2.2 สหกรณ์ออมทรัพย์(สัจจะ)

( ) 2.3 เกษตรกร ( ) 2.4 ประมงชายฝั่ง

( ) 2.5 แม่บ้าน ( ) 2.6 อาสาสมัคร

( ) 2.7 อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง จำนวน 18 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาทำ เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การเลือกระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังนี้

ไม่จริง หมายถึง ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความจริงเลย

เล็กน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความจริงเล็กน้อย

ปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความจริงปานกลาง

จริง หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความจริงเป็นส่วนใหญ่

จริงที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความจริงทั้งหมด

ข้อที่	ข้อความ	ไม่จริง	เล็กน้อย	ปานกลาง	จริง	จริงที่สุด
	ด้านร่างกาย					
1	ท่านรู้สึกว่าร่างกายอ่อนแอไร้เรี่ยวแรง					
2	ท่านรู้สึกพอใจในรูปร่างและลักษณะที่เป็นอยู่ในขณะนี้					
3	ท่านสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือนเดิม					
4	ท่านสามารถจัดการเรื่องอาหารและการพบแพทย์ได้					

ข้อที่	ข้อความ	ไม่จริง	เล็กน้อย	ปานกลาง	จริง	จริงที่สุด
	ด้านความมั่นคงในตัวเอง					
5	ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากโรค					
	ที่เป็นอยู่					
6	ท่านสามารถทำจิตใจให้สงบและยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้					
7	ท่านรู้สึกว่าหงุดหงิดง่าย					
	ด้านศีลธรรมจรรยา					
8	ท่านรู้สึกว่าท่านโชคร้ายที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง					
9	ท่านรู้สึกว่าท่านโชคดีที่ท่านมาตรวจรักษาได้ทันเวลา					
10	ท่านรู้สึกผิดที่ไม่สามารถทำหน้าที่ที่เคยทำได้เช่นเดิม					
	ด้านปณิธานและความคาดหวัง					
11	ท่านรู้สึกว่าท่านสามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้					
12	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการรักษา					
13	ท่านรู้สึกท้อแท้ที่จะต่อสู้กับสิ่งต่างๆ					
14	ท่านรู้สึกว่าท่านสามารถควบคุมโรคประจำตัวเรื้อรังที่เป็นอยู่ได้					
	ด้านความภูมิใจในตัวเอง					
15	ท่านรู้สึกไร้ค่าที่ต้องพึ่งพาลูกหลาน					
16	ท่านรู้สึกว่าท่านมีคุณค่าต่อครอบครัวและสังคม					
17	ท่านไม่รู้ว่าจะมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร					
18	ท่านรู้สึกว่าท่านเป็นภาระในครอบครัว					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาทำ เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด โดย เกณฑ์การตอบมีดังนี้

ไม่จริง	หมายถึง ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความจริงเลย
เล็กน้อย	หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความจริงเล็กน้อย
ปานกลาง	หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความจริงปานกลาง
จริง	หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความจริงเป็นส่วนใหญ่
จริงที่สุด	หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความจริงทั้งหมด

ข้อที่	ข้อความ	ไม่จริง	เล็กน้อย	ปานกลาง	จริง	จริงที่สุด
1	ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารคำแนะนำด้านสุขภาพ จากอสม. อย่างน้อยเดือนละครั้ง					
2	ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ท่านได้รับการเยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพโดย อสม. อย่างน้อยเดือนละครั้ง					
3	ท่านคิดว่าการเดินทางจากบ้านเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรัง ไม่มีความสะดวก					
4	ท่านคิดว่าระยะทางจากบ้านของท่านถึงสถานบริการที่รักษาโรคเรื้อรังของท่านไม่ไกล					
5	ท่านคิดว่าระยะเวลาที่ท่านได้รับบริการตรวจสุขภาพในคลีนิคโรคเรื้อรังมีความเหมาะสม					
6	ท่านคิดว่าเครื่องมือที่ใช้ในการให้บริการตรวจสุขภาพในคลีนิคโรคเรื้อรังมีความเพียงพอและใช้งานได้ดี					
7	ท่านคิดว่าจำนวนเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในคลีนิคโรคเรื้อรังมีไม่เพียงพอ					
8	ท่านมีความพึงพอใจจากการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพจากคลีนิคโรคเรื้อรัง					

ข้อที่	ข้อความ	ไม่จริง	เล็กน้อย	ปานกลาง	จริง	จริงที่สุด
9	ท่านไม่ได้รับการบริการตรวจสุขภาพที่ดีในคลีนิคโรคเรื้อรัง จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล					
10	ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านได้รับการติดตามดูแลที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง					
11	ท่านได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพอนามัยจากเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นอย่างดี					
12	ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านได้รับบัตรนัด/ได้รับการคัดกรองสุขภาพ (เช่น การตรวจสุขภาพช่องปาก การตรวจคัดกรองตาต้อกระจก การตรวจคัดกรองข้อเข่าเสื่อม) จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					
13	ท่านไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีจากโรงพยาบาล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					
14	ท่านไม่ได้รับการอำนวยความสะดวกในด้านการรักษาพยาบาลจากสิทธิสวัสดิการผู้สูงอายุ					
15	ท่านได้รับประโยชน์จากกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (เช่น ชมรมผู้สูงอายุ โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ) ที่จัดโดย อบต.					
16	ท่านไม่ทราบว่ามีบริการดูแลสุขภาพที่จัดขึ้นโดย อบต. (เช่นการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง)					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว จำนวน 12 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาทำ เครื่องหมาย " ✓ " ลงในช่อง ที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การเลือกระดับสัมพันธภาพในครอบครัวตนเอง ดังนี้

ไม่จริง หมายถึง ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความจริงเลย

เล็กน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความจริงเล็กน้อย

ปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความจริงปานกลาง

จริง หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความจริงเป็นส่วนใหญ่

จริงที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความจริงทั้งหมด

ข้อที่	ข้อความ	ไม่จริง	เล็กน้อย	ปานกลาง	จริง	จริงที่สุด
1	ท่านรู้สึกว่าท่านได้รับการยกย่อง เคารพ จากคนในครอบครัว					
2	ท่านรู้สึกว่าคนในครอบครัวห่วงใยท่านเสมอ					
3	เมื่อท่านมีปัญหาหรือไม่สบายใจท่านจะได้รับกำลังใจหรือคำแนะนำจากคนในครอบครัว					
4	ท่านเข้ากับบุตรหลานและคนในครอบครัวไม่ได้					
5	บุตรหลานเชื่อฟังและให้ความสำคัญต่อคำแนะนำของท่าน					
6	เมื่อคนในครอบครัวเกิดปัญหาท่านไม่สามารถแก้ปัญหาให้แก่คนในครอบครัวได้					
7	ท่านเป็นที่พึ่งของคนในครอบครัว					
8	ครอบครัวของท่านไม่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน					
9	ท่านไม่ได้ไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจในเวลาว่างกับคนในครอบครัว					
10	ท่านไม่ค่อยสะดวกในการทำกิจกรรมร่วมกันกับบุคคลในครอบครัวขณะอยู่ที่บ้าน					

ข้อที่	ข้อความ	ไม่จริง	เล็กน้อย	ปานกลาง	จริง	จริงที่สุด
11	สมาชิกในครอบครัวของท่านให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ในการดำเนินชีวิต ด้วยคำพูดหรือการกระทำ					
12	สมาชิกในครอบครัวของท่านไม่มีความห่วงใยต่อความปลอดภัยและสุขภาพอนามัยของท่าน					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 16 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาทา เครื่องหมาย "✓" ลงในช่อง ที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การเลือกระดับการสนับสนุนทางสังคมของตนเอง ดังนี้

ไม่จริง หมายถึง ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความจริงเลย
เล็กน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความจริงเล็กน้อย
ปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความจริงปานกลาง
จริง หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความจริงเป็นส่วนใหญ่
จริงที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความจริงทั้งหมด

ข้อที่	ข้อความ	ไม่จริง	เล็กน้อย	ปานกลาง	จริง	จริงที่สุด
1	ท่านได้รับกำลังใจจากเพื่อน/เพื่อนบ้าน เมื่อเจอปัญหาในชีวิต					
2	ท่านไม่เคยได้รับความช่วยเหลือทางการเงินหรือสิ่งของ จากเพื่อน/เพื่อนบ้าน					
3	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเหตุการณ์ต่าง ๆ จากเพื่อน/เพื่อนบ้าน					
4	ท่านได้รับความรู้และการดูแลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจากเพื่อน/เพื่อนบ้าน เสมอ					
5	ท่านไม่เคยได้รับกำลังใจจากญาติ/พี่น้อง เมื่อเจอปัญหาในชีวิต					
6	ท่านได้รับความช่วยเหลือทางการเงินหรือสิ่งของจากญาติ/พี่น้อง เสมอ					

ข้อที่	ข้อความ	ไม่จริง	เล็กน้อย	ปานกลาง	จริง	จริงที่สุด
7	ท่านไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเหตุการณ์ต่าง ๆ จากญาติ/พี่น้อง					
8	ท่านได้รับความรู้และการดูแลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจากญาติ/พี่น้องเสมอ					
9	ท่านไม่ได้รับกำลังใจจากผู้นำชุมชน เมื่อเจอปัญหาในชีวิต					
10	ท่านได้รับความช่วยเหลือทางการเงินหรือสิ่งของจากผู้นำชุมชน เสมอ					
11	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเหตุการณ์ต่าง ๆ จากผู้นำชุมชน					
12	ท่านได้รับความรู้และการดูแลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจากผู้นำชุมชนเสมอ					
13	ท่านไม่ได้รับกำลังใจจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เมื่อเจอปัญหาในชีวิต					
14	ท่านได้รับความช่วยเหลือทางการเงินหรือสิ่งของจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เสมอ					
15	ท่านไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเหตุการณ์ต่าง ๆ จากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)					
16	ท่านได้รับความรู้และการดูแลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เสมอ					

ส่วนที่ 6 **แบบวัดคุณภาพชีวิต** จำนวน 26 ข้อ

กรุณาทำ เครื่องหมาย " ✓ " ลงในช่อง ที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การเลือกระดับคุณภาพชีวิตของตนเอง ดังนี้

ไม่เลย หมายถึง ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความจริงเลย

เล็กน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความจริงเล็กน้อย

ปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความจริงปานกลาง

มาก หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความจริงเป็นส่วนใหญ่

มากที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความจริงทั้งหมด

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากน้อยเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองไหม					
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวลบ่อยแค่ไหน					
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆแค่ไหน					
15	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน(หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
23	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมไปถึงการช่วยตัวเอง หรือการมีเพศสัมพันธ์					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต(ชีวิตความเป็นอยู่)อยู่ในระดับใด					

ภาคผนวก ค

เอกสารจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120
โทร. 02-5048039, 02-5033610 โทรสาร 02-5033570
School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University ,
Bangpood, Pakkred, Nonthaburi 11120
Tel. (662) 5048039 Fax : (662) 5033610

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เลขที่ อว 0602.20/2131

ชื่อโครงการวิจัย	ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช
เลขที่โครงการ/รหัส	IRB-SHS 2019/1004/57
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย	นางสาวนาฏอนงค์ เจนการ
ที่อยู่	โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลบ้านบางศาลา 63 หมู่ 6 ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80370

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ตั้งแต่วันที่ 15 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 14 ตุลาคม 2563

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์สราวุธ สุธรรมาสา)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ภาคผนวก ง

เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างเอกสารคำชี้แจงสำหรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนาฎอนงค์ เจนการ

สถานที่วิจัย ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางศาลา ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช และหาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งผลสรุปจากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงาน และประชาชนในพื้นที่และพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกันต่อไป ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เพราะ ท่านมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง /โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ท่านมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลบางศาลา อำเภอ ปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ทั้งสิ้นประมาณ 223 คน ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึง ธันวาคม 2562

หากท่านได้รับทราบวัตถุประสงค์ รายละเอียดแนวทางในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับหนังสือแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อให้ท่านลงลายมือชื่อกำกับในหนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัยไว้ 1 ฉบับ หลังจากนั้นท่านจะได้ตอบแบบสอบถาม 1 ชุด ประกอบด้วย 6 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัว ส่วนที่ 5

เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม และส่วนที่ 6 เป็นคำถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นความสมัครใจของท่าน โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ และ ผู้วิจัยไม่มีค่าตอบแทนเป็นเงินและสิ่งของอื่น ๆ ให้กับท่านหลังจากสิ้นสุดการวิจัย ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้อาจทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจกับท่าน เครียดกับบางคำถามซึ่งท่านสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ทันที ข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะเก็บเป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น นอกจากนี้จะไม่มีการอ้างอิงชื่อของท่านในรายงานใด ๆ ที่เกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ท่านมีสิทธิตามกฎหมายที่จะเข้าถึงข้อมูลส่วนตัวของท่าน ถ้าท่านต้องการใช้สิทธิดังกล่าวกรุณาแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น ***ท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่ประการใด***

การวิจัยครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ ท่านสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัย คือ นางสาวนาฏ อนงค์ เจนการ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช โทร.09-8719-4594 หรืออาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย อาจารย์ดร.ปกกมล เหล่ารักษาวงศ์ โทร 0-2503-8089

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช อาคารวิชาการ 3 ชั้น 3 ที่อยู่ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 เบอร์โทรศัพท์ 0-2503-3610 หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่.....

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัย หรือหากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้า จะสามารถติดต่อกับ *นางสาวนาฏอนงค์ เจนการ โทร.09-8719-4594*

หากข้าพเจ้า ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงเข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานกรรมการฯ หรือผู้แทนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หมายเลขโทรศัพท์ 0-2503-3610 ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะรับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัยและสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยจะไม่มีผลกระทบต่อ**<u>การบริการและการักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต</u>** และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย
(.....)
วันที่.....

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย คือพยาน

ลงชื่อ..... พยาน วันที่.....
(.....)

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางสาวนาฏอนงค์ เจนการ
วัน เดือน ปีเกิด	31 พฤษภาคม 2526
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช
ประวัติการศึกษา	วิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางศาลา ตำบลบางศาลา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ