



ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กนกพร ไพศาลสุจารีกุล

ทิพวรรณ วงษ์ใจ

ชลธิชา จับคล้าย

วิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย

งบประมาณแผ่นดิน ประจำปีงบประมาณ 2565

มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

ลิขสิทธิ์นี้เป็นของมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กนกพร ไพศาลสุจารีกุล

ทิพวรรณ วงษ์ใจ

ชลธิชา จับคล้าย

2565

มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ และวิเคราะห์ภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อปัญหาการเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมงจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร จำนวน 41 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยตรวจร่างกายเบื้องต้นและใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า ภาวะสุขภาพทางกายส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย น้ำหนักเกินถึงอ้วนระดับที่ 2 รอบเอวเกินมาตรฐาน ความดันโลหิตค่อนข้างสูงและซีพจรปกติ (ร้อยละ 63.42, 65.85, 63.42, 73.17 ตามลำดับ) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75.61) ส่วนภาวะสุขภาพทางจิต พบว่า ไม่เป็นโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 95.12) มีความเครียด (ร้อยละ 48.78) สำหรับการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ พบว่า ภาวะสุขภาพทางกาย มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคโรคอ้วนลงพุง ส่วนภาวะสุขภาพทางจิต พบว่าอยู่ในระดับดี เครียดเล็กน้อย คุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมดี(ร้อยละ 56.09)

การวิเคราะห์ภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อปัญหาการเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิตใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา พบว่า ภาวะสุขภาพทางกายอาจมีปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วนลงพุง ไตวาย เรื้อรัง ฯลฯ ส่วนภาวะสุขภาพทางจิตดี เครียดเล็กน้อย คุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมดี ส่งผลต่อการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุได้อย่างเต็มศักยภาพ

ผลการศึกษา สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านภาวะสุขภาพกาย ภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานที่ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเต็มศักยภาพต่อไป

**คำสำคัญ:** ภาวะสุขภาพ, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, คุณภาพชีวิต, การอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ

## Abstract

This study was survey research. The objectives were to study the health status and analyze health status that was at risk for illness and quality of life of elderly caregivers who completed the 420 hours Elderly Caregiver Training Course from Faculty of Nursing Kamphaeng Phet Rajabhat University. The sample was 41. Data were collected by physical examination and questionnaires, analyzed by descriptive statistics, such as, percentage, mean and standard deviation.

Research results: Physical Health Status, it was found that BMI was overweight to grade 2 obesity, waist circumference was overweight, blood pressure was elevated and stage 1 hypertension, pulse was normal (63.42, 65.85, 63.42, 73.17% respectively) and non-congenital disease (75.61%). Mental Health Status, it was found that they were not depressed (95.12%), had little stress (48.78%). Quality of life and overall health were at a good level (56.09%).

Analysis of Physical Health Status which was at risk of illness and quality of life, it was found that they were the emergence of a group of risk factors for abdominal obesity. Mental Health Status, it was found that was at a good level, a little stressed. Quality of life and overall health was good. It is affecting the care and assistance of the elderly to their fullest potential.

The results of the study could be used as basic for planning to promote the health status of elderly caregivers in physical, mental health status and quality of life. This will affect the efficiency of taking care of the elderly to their fullest potential.

**Keywords:** Health status, Elderly caregivers, Quality of life, Elderly Caregivers Training Course

## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุครั้งนี้ ได้รับการสนับสนุนจากอธิการบดี คณะกรรมการประเมินข้อเสนอโครงการวิจัยของคณาจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ที่ได้พิจารณาจัดสรรทุนอุดหนุนการวิจัยจากงบประมาณแผ่นดิน ประจำปีงบประมาณ 2565 และได้รับความอนุเคราะห์จากคณบดีและคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่มีส่วนช่วยวางแผน ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางและเป็นกำลังใจในการทำวิจัยในครั้งนี้ จึงขอขอบคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

นอกจากนี้ ขอขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร , องค์การบริหารจังหวัดกำแพงเพชร และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้ช่วยคัดเลือกบุคลากร เข้ารับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุและประสานงานในการฝึกภาคปฏิบัติ ตลอดจนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่ได้ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัย รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของคณะพยาบาลศาสตร์ที่มีส่วนช่วยในการทำวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และขอขอบคุณทุกท่านที่เป็นเจ้าของข้อมูล แหล่งที่มาของข้อมูลที่ผู้วิจัยได้นำมาศึกษาและอ้างอิงในการศึกษาวิจัย

หวังว่างานวิจัยครั้งนี้จะเกิดประโยชน์ต่องานในสายพยาบาล หรืองานในสายวิชาชีพสุขภาพบ้าง ตามสมควร หากพบข้อมูลหรือความไม่สมบูรณ์บางประการผู้วิจัยจะได้นำไปปรับปรุงให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ในโอกาสต่อไป

อาจารย์ ดร.กนกพร ไพศาลสุจารีกุล และ

คณะผู้วิจัย

มีนาคม 2567

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ ภาษาไทย	ก
บทคัดย่อ ภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง-จ
สารบัญตาราง	ฉ-ช
สารบัญรูป	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.3 สมมุติฐานการวิจัย	3
1.4 ขอบเขตการวิจัย	4
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
1.6 นิยามศัพท์	4
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
2.1 สุขภาพ (Health)	6
2.2 ภาวะสุขภาพ (Health Status)	11
2.3 คุณภาพชีวิต (Quality of Life)	14
2.4 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's self-care Theory)	17
2.5 หลักสูตรการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ (The Elderly Caregivers Training Course)	25
2.6 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย(WHOQO-BREF-THAI)	30
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	47
2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย	55
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	56
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	56
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	56

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.3 การสร้างเครื่องมือวิจัย	57
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	58
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	59
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์	60
4.1 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ตอบแบบสอบถาม	60
4.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางกาย	64
4.3 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางจิต	74
4.4 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)	76
บทที่ 5 สรุปผล อภิปราย ข้อเสนอแนะ	83
5.1 สรุปผลการวิจัย	83
5.2 อภิปรายผล	86
5.3 ข้อเสนอแนะ	89
บรรณานุกรม	91
ภาคผนวก	98
- ประกาศมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร เรื่องผลการพิจารณาทุนอุดหนุนการวิจัยจาก งบประมาณแผ่นดินประจำปีงบประมาณ 2565	99
- บันทึกข้อความเรื่องขอเปลี่ยนชื่อเรื่องวิจัย	100
- บันทึกข้อความขอปรับจำนวนและสัดส่วนงานของผู้ร่วมวิจัย	103
- เอกสารคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร	105
- หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	107
- แบบบันทึกภาวะสุขภาพ/ ตัวอย่างแบบบันทึกภาวะสุขภาพ	109
- แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ	113
- เกียรติบัตรผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Caregivers Caregiver)	117
- ประวัติผู้วิจัย	118

## สารบัญตาราง

	หน้า	
ตารางที่ 1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ	60
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา	61
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ	61
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาการผู้ดูแลผู้สูงอายุ	62
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาการผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อวัน	62
ตารางที่ 6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้ต่อเดือน	63
ตารางที่ 7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสิทธิการรักษา	63
ตารางที่ 8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการตรวจสุขภาพประจำปี	64
ตารางที่ 9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการตรวจค้นหาโรคไวรัสโคโรน่า 19 (COVID 19)	64
ตารางที่ 10	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรน่า19 (COVID 19)	65
ตารางที่ 11	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการได้รับวัคซีนอื่น ๆ	67
ตารางที่ 12	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามน้ำหนักและส่วนสูง	68
ตารางที่ 13	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามดัชนีมวลกาย	68
ตารางที่ 14	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรอบเอว	69
ตารางที่ 15	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสัญญาณชีพ	69
ตารางที่ 16	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรคประจำตัว	70
ตารางที่ 17	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการดื่มสุรา	70
ตารางที่ 18	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการสูบบุหรี่	71
ตารางที่ 19	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที	71
ตารางที่ 20	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการนอนหลับพักผ่อน (ชั่วโมง/วัน)	71
ตารางที่ 21	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับประทานอาหาร	72

## สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า	
ตารางที่ 22	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า	74
ตารางที่ 23	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเครียด (ภายใน 1 เดือน)	74
ตารางที่ 24	ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการแปลผลคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง	76
ตารางที่ 25	ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการแปลผลคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	78
ตารางที่ 26	ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการแปลผลคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	79
ตารางที่ 27	ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการแปลผลคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม	80
ตารางที่ 28	ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการแปลผลคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	80
ตารางที่ 29	ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการแปลผลคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม	81
ตารางที่ 30	การแปลผลคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามค่าคะแนน	82

## สารบัญรูป

	หน้า
รูปที่ 1 WHOQOL	35
รูปที่ 2 WHOQOL-100	39
รูปที่ 3 WHOQOL-BREF	42
รูปที่ 4 WHOQOL-BREF-THAI	46
รูปที่ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย	55

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในภาวะปัจจุบันท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี ทำให้การดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลเต็มไปด้วยความเร่งรีบ ตึงเครียด และพยายามแข่งขันกับหลาย ๆ สิ่ง เพื่อตอบสนองความต้องการรวมถึงความอยู่รอดชีวิตซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ทำให้คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลเปลี่ยนตามไปด้วย สุขภาพถือเป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคล ปัจจุบันพบว่าภาวะสุขภาพของคนไทยมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปทั้งภาวการณ์เจ็บป่วยและการเสียชีวิตด้วยสาเหตุการเสียชีวิตในอดีตนั้นคนไทยเสียชีวิตมากเพราะโรคติดเชื้อที่แพร่ระบาดไปได้ทั้งทางน้ำ อากาศ หรือโดยพาหะนำโรคชนิดต่างๆ ปัจจุบันการเสียชีวิตของคนไทยส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมความเป็นอยู่และการใช้ชีวิตของตนเอง สาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญในปัจจุบัน ได้แก่ โรคเรื้อรังต่างๆ โรคที่เกิดจากการทำงาน รวมทั้งอุบัติเหตุบนถนนเพิ่มมากขึ้น พบว่าจากอัตราตายต่อจำนวนประชากร 1,000 คน เพิ่มขึ้นจาก 7.0, 7.1 เป็น 7.5 ในปี พ.ศ. 2560, 2561 และ 2563 ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2563) ดังนั้น สุขภาพจึงเปรียบเสมือนวิถีแห่งชีวิต ที่จะนำไปสู่ความสุขและความสำเร็จต่างๆ ในชีวิตได้

ประสิทธิภาพในการทำงานของประชาชนในทุกสาขาอาชีพจะต้องอาศัยสุขภาพที่ดี แข็งแรงสมบูรณ์เป็นปัจจัยสำคัญ องค์การอนามัยโลกจึงให้ความสำคัญต่อสุขภาพอย่างมาก ประกอบกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2565) และ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) ได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาในระยะยาว ข้อหนึ่งที่สำคัญ คือ พัฒนาคนให้มีความเป็นคนที่สมบูรณ์ยึด “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” มุ่งสร้างคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดีทั้งกาย ใจและจิต โดยพัฒนาให้คนไทยมีทักษะและคุณลักษณะที่เหมาะสมกับโลกยุคใหม่ ทั้งทักษะในด้านความรู้ ทักษะทางพฤติกรรม และคุณลักษณะตามบรรทัดฐานที่ดีของสังคม เตรียมพร้อมกำลังคนที่มีคุณภาพสอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงาน รวมทั้งพัฒนาหลักประกันและความคุ้มครองทางสังคมเพื่อส่งเสริมความมั่นคงในชีวิต(ราชกิจจานุเบกษา, 2565)

ในปี 2563 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.5 ล้านคน ประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วมาก กล่าวคือ เมื่อ 50 ปีก่อน ผู้สูงอายุ(60 ปีขึ้นไป) มีจำนวนไม่ถึง 2 ล้านคน แต่ในปี 2563 ผู้สูงอายุได้เพิ่มจำนวนเป็น 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปี ขึ้นไป) ร้อยละ 7.3 ล้านคน, 3.4 ล้านคน และ 1.4 ล้านคนของผู้สูงอายุทั้งหมดตามลำดับ และประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ภายในปี 2565 นี้ รวมทั้งยังคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีจำนวนผู้สูงอายุถึง 17.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 26.3 และ

ปี พ.ศ. 2583 จะมีจำนวนถึง 20.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 32.1 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย: มส. ผส.,2563)

จากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นนี้ ส่งผลให้ความชุกของการเกิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอีกด้วยเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีระบบการทำงานของร่างกายที่เสื่อมถอย อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม วิถีดำเนินชีวิต และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองที่ผ่านมาเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดโรคและเกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐานด้วยตนเองจะลดน้อยลง มีข้อจำกัดหรือสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน เกิดทุพพลภาพและนำมาสู่การเกิดภาวะพึ่งพิง จากสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมาพบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีจำนวนถึง 4.17 แสนคน และจะเพิ่มถึง 1.3 ล้านคนในอีก 20 ปีข้างหน้า(World Health Organization: WHO, 2017) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความต้องการการช่วยเหลือ การได้รับการดูแลจากผู้ดูแลนั้น มีทั้งผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) หรือคนในครอบครัว (Family caregiver) แต่มีบางส่วนที่เป็นผู้ดูแลอย่างเป็นทางการโดยผ่านการอบรมหลักสูตรมาตรฐานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโดยตรง

ในการดูแลผู้สูงอายุนั้นต้องใช้เวลาและแรงงานในการทำงานอย่างหนักทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิต รู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย จนส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทางร่างกาย สภาพจิตใจ อารมณ์และความเครียดตลอดจนคุณภาพชีวิต ซึ่งภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพา หากผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพจะทำให้ศักยภาพลดลงจนอาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพาได้ (เมธาวิทย์ ไชยะจิตรกำธร, 255; Orem, 2001)

ภาวะสุขภาพที่ดีไม่ใช่แค่ร่างกายเท่านั้นที่แข็งแรง แต่รวมทั้งจิตใจและสังคม นั่นคือการมีร่างกายที่สมบูรณ์ มีจิตใจที่แจ่มใส ทำตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองและการมีความสัมพันธ์ที่ดีทั้งกับครอบครัวและผู้อื่น (Orem,2001; Pender, 2011) ซึ่งสอดคล้องกับประเวศ วะสี(2547) กล่าวว่า สุขภาพที่ดีคือการมีดุลยภาพทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยรู้จักที่จะเรียนรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพ ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินภาวะสุขภาพทางกายและทางจิต ทั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะทำงานวิจัย คณะอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ และผู้ทรงคุณวุฒิให้ศึกษาภาวะสุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพด้วย

จังหวัดกำแพงเพชร มีผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง มีภาวะพึ่งพิง มีความต้องการการช่วยเหลือดูแลจากผู้ดูแลถึง 2,197 คน แต่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1,820 คน ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมงซึ่งเป็นหลักสูตรมาตรฐานในการประกอบอาชีพเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุเพียง 202 คน(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 2564) ซึ่งไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีการละและปฏิบัติงานอย่างหนักในแต่ละวัน ด้วยเวลาที่จำกัดหรือจากความเหน็ดเหนื่อย ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดความเครียด ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง(ศศิธร สุขจิตต์, จงรัก ดวงทอง,

พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย และวรวุฒิ ฐุวะคำ, 2561) และปฏิบัติพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพให้ตนเองได้ เช่น การพักผ่อนคลายเครียด การออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ทำให้คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย อีกทั้งไปสู่ภาวะเจ็บป่วย การเป็นโรคเรื้อรังได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด อุบัติเหตุจากการคมนาคม เป็นต้น

จากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 2001) กล่าวว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี” ซึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร เป็นสถาบัน การ ศึกษาวิชาชีพการพยาบาลที่มุ่งสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวและชุมชนท้องถิ่น มีหน้าที่จัดการเรียนการสอนเพื่อผลิตพยาบาลที่มีคุณภาพออกสู่สังคม และยังมีหน้าที่บริการวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตบริการของมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชรอีกด้วย ด้วยเหตุผลที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ซึ่งจะนำไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อไป อันจะนำไปสู่ความผาสุก สามารถปฏิบัติหน้าที่ที่รับผิดชอบได้อย่างเต็มศักยภาพ นำไปสู่การดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพและใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง
- 2) วิเคราะห์ภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อปัญหาการเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง

## สมมุติฐานการวิจัย

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ มีความหลากหลาย มีทั้งสุขภาพดี สมบูรณ์แข็งแรง ภาวะสุขภาพป่วยมีโรคประจำตัว และ ภาวะสุขภาพเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆและมีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ เป็นการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ในเขตจังหวัดกำแพงเพชร

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลสูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 202 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลสูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง จำนวน 41 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือก คือ ผู้ดูแลสูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ในปีงบประมาณ 2565 และปฏิบัติหน้าที่อยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดกำแพงเพชร

เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ดูแลสูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ในปีงบประมาณ 2565 และไม่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดกำแพงเพชรระหว่างทำการวิจัย

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. มหาวิทยาลัยได้ทราบถึงภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตจังหวัดกำแพงเพชร เพื่อนำไปพัฒนาวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ
2. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดรูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตจังหวัดกำแพงเพชร ได้ในหลากหลายบริบท
3. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลศึกษาต่อยอดโดยเฉพาะด้านพฤติกรรมสุขภาพส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อเกิดผลดีต่อคุณภาพชีวิตซึ่งส่งผลให้มีประสิทธิภาพในการทำงานมากขึ้น ลดการเจ็บป่วย ลดการขาดงาน และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

## นิยามศัพท์เฉพาะ

**ผู้ดูแลผู้สูงอายุ** หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรมาตรฐานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุในเขตจังหวัดกำแพงเพชร ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2564

**ภาวะสุขภาพ** หมายถึง ความเป็นไป สถานภาพทางด้านสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ

**สุขภาพทางกาย** หมายถึง สภาพร่างกายที่เจริญเติบโต แข็งแรง สมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ไม่ทุพพลภาพ อวัยวะต่างๆ อยู่ในสภาพที่ดีมีความสมบูรณ์ แข็งแรง สามารถทำงานได้เป็นปกติ และมีความสัมพันธ์กันทุกส่วนได้เป็นอย่างดีและก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานด้วย

**สุขภาพทางจิต** หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพอันดีกับบุคคลอื่น และดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสะดวกอย่างสุขสบาย รวมทั้งสนองความสามารถของตนเองในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงได้ โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ และไม่ขัดกับสภาพความเป็นจริงในสังคมที่บุคคลนั้นดำรงชีพอยู่

**สุขภาพทางสังคม** หมายถึง การอยู่ร่วมกัน สามัคคีกัน ครอบคลุมอบอุ่น ชุมชนแข็งแรง ยุติธรรม มีความเสมอภาคกัน มีสันติภาพ(ประเวศ วะสี, 2543)

**สุขภาพทางจิตวิญญาณ** หมายถึง จิตสัมผัสต่อการกระทำความดี ความมีคุณค่าในชีวิต ความศรัทธา ความพึงพอใจ การเสียสละ มีความเมตตา กรุณา ไม่เห็นแก่ตัว(ประเวศ วะสี, 2543)

**ภาวะสุขภาพดี** หมายถึง สถานภาพทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต สมบูรณ์แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยบ่อยครั้ง ไม่มีโรคประจำตัว หรือมีความพิการ

**ภาวะสุขภาพป่วย** หมายถึง สถานภาพทางด้านสุขภาพไม่สมบูรณ์ มีความพิการ มีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการรักษา หรือ ต้องมีการใช้ยารักษาโรคเป็นประจำ

**ภาวะสุขภาพเสี่ยง** หมายถึง สถานภาพทางด้านสุขภาพที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆ

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสาร ตำรา วารสาร บทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. สุขภาพ (Health)
2. ภาวะสุขภาพ (Health Conditions)
3. คุณภาพชีวิต (Quality of Life)
4. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's self-care Theory)
5. หลักสูตรการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ (The Elderly Caregivers Training Course)
6. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ภาษาไทย (WHOQOL THAI - BREF)
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 2.1 สุขภาพ (Health)

พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ทรงมีพระราชดำรัส ในโอกาสที่คณะจิตแพทย์ นักวิชาการสุขภาพจิต อาจารย์จากมหาวิทยาลัยและผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆ เข้าเฝ้าทูลละอองธุลีพระบาท ณ พระตำหนักภูพิงคราชนิเวศน์ วังอังคารที่ 5 ถนนพหลโยธิน 2520 ดังนี้

“...การรักษาความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย เป็นปัจจัยของเศรษฐกิจที่ดีและสังคมที่มั่นคง เพราะร่างกายที่แข็งแรงนั้นโดยปกติจะอำนวยความสะดวกให้สุขภาพจิตใจสมบูรณ์ และเมื่อมีสุขภาพสมบูรณ์ดีพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจแล้ว ย่อมมีกำลังทำประโยชน์สร้างสรรค์เศรษฐกิจ และสังคมของบ้านเมืองได้เต็มที่...”

เป็นที่ประจักษ์ว่า พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ทรงเห็นความสำคัญของพลสกนิกรชาวไทยในด้านสุขภาพ ซึ่งรวมทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต เพราะทั้ง 2 สิ่งนี้จะช่วยประชาชนของพระองค์มีสุขภาพสมบูรณ์แต่จำเป็นต้องพยายามสร้างขึ้นด้วยตัวเอง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อันจะส่งผลดีต่อการพัฒนาประเทศทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม

## ความหมายของสุขภาพ

“สุขภาพ” คนทั่วไปมักจะนึกถึงโรคภัยไข้เจ็บ และการพึ่งพาการรักษาจากแพทย์และโรงพยาบาลมากกว่าที่จะนึกถึงการสร้างสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองโดยประชาชนและภาคสังคม เนื่องจากกระบวนทัศน์ในอดีตได้ให้ความสำคัญต่อการซ่อมสุขภาพทางกายด้วยเทคโนโลยีและการบริการทางการแพทย์ขั้นสูงซึ่งสามารถเยียวยาให้ร่างกายฟื้นความแข็งแรงและยืดอายุขัยให้ยืนยาวในปัจจุบันมีกระบวนทัศน์ใหม่ที่มองสุขภาพในความหมายที่กว้าง ครอบคลุมถึงสุขภาพหลายมิติที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชน

คำว่า สุขภาพ (Health) มีรากศัพท์มาจากภาษาเยอรมันว่า Heolth ซึ่งมีความหมาย 3 ประการ คือความปลอดภัย (Safe) ไม่มีโรค (Sound) และทั้งหมดโดยรวม (Whole) ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 1986) ได้บัญญัติความหมายของสุขภาพไว้ว่า สุขภาพ หมายถึง “สภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และจิตใจประกอบกันไม่ใช่แต่เพียงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความพิการเท่านั้น” ต่อมาองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของสุขภาพ หมายถึง สุขภาวะอันสมบูรณ์ และมีความเป็นพลวัตทั้งทางกาย จิต สังคม และจิต วิญญาณ และไม่ใช่เพียงการปราศจากโรค และการเจ็บป่วย เท่านั้น (“Health is a complete dynamic state of physical, mental, social and spiritual well-being and not merely the absence of disease and infirmity) (องค์การอนามัยโลก, 1998)

เคมม์ และโคลส (Kemm and Close, 1995) ได้สรุปถึงความหมายของสุขภาพ คือ ความสมบูรณ์ของบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจและสุขภาพสังคม โดยความสมบูรณ์ทั้ง 3 ด้านนั้นต้องปราศจากโรคปราศจากการเจ็บป่วยและมีภาวะสมบูรณ์ของร่างกาย

เพนเดอร์ (Pender, 2011) ได้กล่าวถึงความหมายของคำว่าสุขภาพ 3 ลักษณะ คือ 1) สุขภาพเป็นความปกติ ความสมดุล และความมั่นคงของร่างกาย 2) สุขภาพเป็นความสำเร็จของการพัฒนาสุขภาพจากระดับหนึ่งไปอีกระดับหนึ่งที่สูงขึ้น และ 3) การให้ความหมายซึ่งมองทั้งสองแง่ข้างต้น กล่าวคือ สุขภาพเป็นความสมดุลของร่างกายและเป็นการพัฒนาสุขภาพจากระดับหนึ่งไปสู่อีกระดับหนึ่ง

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ได้ให้ความหมายคำว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ เช่น อาหารเพื่อสุขภาพ การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

ประเวศ วะสี (2543) กล่าวว่า สุขภาพเป็นภาวะดุลยภาพ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า สุขภาพประกอบด้วยองค์ประกอบทั้ง 4 ได้แก่ กาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งหากอยู่ในภาวะที่สมดุลก็มีสุขภาพดี หากมีการเสียดุลยภาพก็จะทำให้เจ็บป่วยจนถึงเสียชีวิตได้

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้นิยาม “สุขภาพ หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552)

สรุปความหมายของสุขภาพ หมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ รวมถึง การปรับตัวอยู่ในสังคมด้วยดี มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่น มีคุณธรรม และจิตวิญญาณที่ดี ปราศจากการเป็นโรค และปราศจากความพิการ

### ความสำคัญของสุขภาพ

สุขภาพเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นยิ่งต่อความเจริญงอกงามและพัฒนาการทุก ๆ ด้านในตัวบุคคล สุขภาพเป็นรากฐานที่สำคัญของชีวิต โดยเริ่มมาตั้งแต่มีการปฏิสนธิในครรภ์มารดา วัยทารก วัยผู้ใหญ่จนถึง วัยชรา

พระพุทธเจ้าได้ตรัสไว้เป็นพระพุทธสุภาษิตว่า “อโรคยา ปรมาลาภา” ซึ่งแปลว่า “ความไม่มีโรค เป็นลาภอันประเสริฐ” พระพุทธภาษิตข้อนี้แม้แต่ชาวอารยประเทศทางตะวันตกก็ยังยอมรับนับถือกัน และเห็นพ้องต้องกันว่า “สุขภาพคือพรอันประเสริฐสุด (Health is the greatest blessing of all)” สุขภาพจะเป็นเสมือนหนึ่งวิถีทางหรือหนทางซึ่งจะนำบุคคลไปสู่ความสุขและความสำเร็จ ต่าง ๆ ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาประเทศจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสุขภาพที่ดีของคนในชาติเป็นสำคัญ ประเทศที่ประชาชนมีสุขภาพดี มีสติปัญญามีคุณธรรมและจริยธรรม มีความสามารถในการประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ ไม่เปียดเบียนและทำร้ายซึ่งกันและกัน ย่อมเกิดความสงบสุข (ประเวศ วะสี, 2542)

Thomas Carlyle นักประวัติศาสตร์และนักเขียนชาวสก็อต ได้กล่าวไว้ว่า “คนที่มีสุขภาพดี คือ คนที่มีความหวัง และคนที่มีความหวังคือคนที่มีทุกอย่างทุกอย่าง (He who has health, has hope; and he who has hope, has everything)” ซึ่งนั่นก็หมายความว่า สุขภาพจะเป็นเสมือนหนึ่งวิถี ทางหรือหนทางซึ่งจะนำบุคคลไปสู่ความสุขและความสำเร็จต่าง ๆ นานาได้ ชีวิตเป็นสิ่งมีค่ายิ่งกว่าทรัพย์สินใด ๆ ทุกคนย่อมรักษาและหวงแหนชีวิตของตนเองปรารถนาให้ตนเองมีชีวิตที่อยู่เย็นเป็นสุข จึงจำเป็นต้องรักษาสุขภาพอนามัยให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ (Britannica, 2021)

การมีสุขภาพดีปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่างๆ มีกล้ามเนื้อที่ทำงานได้ดีสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่างกายสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดี ไม่มีความวิตกกังวล ไม่ถูกความเครียดมารบกวน สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขย่อมเป็นสิ่งที่ปรารถนาของมนุษย์ทุกคน สุขภาพจึงเปรียบเสมือนวิถีแห่งชีวิตที่จะนำไปสู่ความสุขและความสำเร็จต่างๆ ในชีวิตได้ ประสิทธิภาพในการทำงานของประชาชนในทุกสาขาอาชีพจำเป็นต้องอาศัยสุขภาพที่ดีแข็งแรงสมบูรณ์เป็นปัจจัยสำคัญ

การพัฒนาประเทศจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสุขภาพที่ดีของคนในชาติเป็นสำคัญ ประเทศที่ประชาชนมีสุขภาพดี มีสติปัญญา มีคุณธรรมและจริยธรรม มีความสามารถในการประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัว ได้ ไม่เบียดเบียนและทำร้ายซึ่งกันและกัน ย่อมเกิดความสุข และเมื่อบุคคลในชาติมีสุขภาพกายและจิต ดี มีมันสมองที่มีศักยภาพ ย่อมเป็นผู้ที่มีความสามารถเรียนรู้ และสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ ได้ดี ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศโดยรวม

## แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 ได้กำหนดวิสัยทัศน์: ระบบสุขภาพไทย เข้มแข็ง เป็นเอกภาพ เพื่อคนไทยสุขภาพดีสร้างประเทศให้มั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน

พันธกิจ: เสริมสร้าง สนับสนุนและประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้ง ภาครัฐ เอกชน นักวิชาการและภาคประชาสังคม ในการอภิบาลและพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้เข้มแข็ง รองรับกับ บริบทของการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

### เป้าประสงค์ (Goals)

1. ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคเครือข่าย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง
  2. คนไทยทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพะที่ดีลดการตายก่อนวัยอันควร
  3. เพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพทุกระดับ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก เหมาะสม
  4. มีบุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลประชาชน ในสัดส่วนที่เหมาะสม
  5. มีกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
- ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพ (ยุทธศาสตร์ที่ 1: เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก) มีวัตถุประสงค์

1) เพื่อสร้างความเข้มแข็งของบุคคล ชุมชน ประชาชน องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคี เครือข่าย ภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ ให้มีศักยภาพ มี ความรู้และทัศนคติที่ถูกต้อง ด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีการเรียนรู้ มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพลดลง สามารถช่วยเหลือ ดูแลตนเองและ ชุมชน ตลอดจนมีส่วนร่วมในการ สร้างและจัดการระบบสุขภาพ

2) เพื่อสร้างระบบสุขภาพเชิงรุก ที่มุ่งสร้างเสริมให้คนไทยทุกช่วงวัยมี สุขภาพดี มีระบบการ ป้องกัน ควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ มีการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพที่ดี มีสภาพ แวดล้อมที่ เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

3) เพื่อพัฒนาระบบการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวที่เกิดจากความ ร่วมมือของครอบครัว ชุมชน และ สถานพยาบาล ให้มีความพอเพียง และเหมาะสมต่อการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมี คุณภาพชีวิตที่ดี เข้าสู่สังคมสูงวัยได้อย่างมีความสุข (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2560)

ดังนั้นจะเห็นแล้วว่าสุขภาพเป็นรากฐานที่สำคัญของชีวิต ชีวิตเป็นสิ่งมีค่ายิ่งกว่าทรัพย์สินใด ๆ ทุก คนย่อมรักษาและหวงแหนชีวิตของตนเอง บรรารณาให้ตนเองมีชีวิตที่อยู่เย็นเป็นสุข จึงจำเป็นต้องรักษา สุขภาพอนามัยให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ

กล่าวโดยสรุป การมีสุขภาพที่สมบูรณ์ต้องเพียบพร้อมด้วยสุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิต ซึ่งมี ลักษณะดังนี้

ลักษณะของสุขภาพทางกายที่ดี ประกอบด้วย

1. ร่างกายมีความสมบูรณ์และแข็งแรง
2. ระบบต่าง ๆ และอวัยวะทุกส่วนทำงานเป็นปกติและมีประสิทธิภาพ
3. ความเจริญเติบโตของร่างกายเป็นไปในอัตราปกติ และมีความสัมพันธ์กับการเจริญด้านอื่น ๆ
4. ร่างกายมีความแข็งแรง สามารถทำงานได้นาน ๆ ไม่เหนื่อยเร็ว และมีประสิทธิภาพ
5. การนอนหลับพักผ่อนเป็นไปตามปกติ เมื่อตื่นขึ้นมาแล้วรู้สึกสดชื่น คื่นสู่สภาพปกติ
6. ฟันมีความคงทนแข็งแรง หู ตา มีสภาพดี สามารถมองเห็นและได้ยินได้ดี
7. ผิวหนังสะอาดเกลี้ยงเกลา สดชื่น เปล่งปลั่ง
8. ทรวดทรงดี ได้สัดส่วน
9. ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ

ลักษณะของสุขภาพจิตที่ดี ประกอบด้วย

1. สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี
2. มีความกระตือรือร้น ไม่เหนื่อยหน่ายท้อแท้ และหมดหวัง
3. มีอารมณ์มั่นคงและสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี มีอารมณ์ขันบ้างพอสมควร ไม่เครียด

เกินไป

4. มองโลกในแง่ดีเสมอ
5. มีความตั้งใจและมีสมาธิในงานที่กำลังทำอยู่
6. รู้จักตนเองและเข้าใจบุคคลอื่นได้ดี
7. มีความเชื่อมั่นในตนเองอย่างมีเหตุผล
8. สามารถแสดงออกอย่างเหมาะสมเมื่อประสบความล้มเหลว

9. สามารถตัดสินใจได้รวดเร็ว ถูกต้อง และไม่ผิดพลาด
10. มีความปรารถนาและยินดีเมื่อบุคคลอื่นมีความสุข ความสำเร็จ และมีความปรารถนา

## 2.2 ภาวะสุขภาพ (Health Conditions)

### ความหมายของภาวะสุขภาพ

จากทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Theory) ตามแนวคิดของรอย (Sister Callista Roy) ได้กล่าวถึงภาวะสุขภาพว่า หมายถึง สภาวะและกระบวนการที่ทำให้บุคคลมีความมั่นคง สมบูรณ์ ภาวะสุขภาพเป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการมีสุขภาพดี หมายถึง การที่บุคคลมีการปรับตัวได้ดี ส่วนการเจ็บป่วยจึงเป็นผลจากการปรับตัวไม่ดี ซึ่งการที่บุคคลจะมีการปรับตัวได้ดีหรือไม่ดีนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ ระดับความรุนแรงของสิ่งเร้ากับระดับความสามารถในการปรับตัวของบุคคล (Roy, C., 2009) ในการนี้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยกับกระบวนการพยาบาล สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย 5 ขั้นตอน (Roy, 1984) กล่าวคือ

1. ขั้นตอนการประเมินสภาวะ (Assessment)
2. ขั้นตอนการวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis)
3. ขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล (Nursing plan)
4. ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing intervention)
5. ขั้นตอนการประเมินผล (Evaluation)

อรรวรรณ ม่วงวงษา ได้นิยามคำว่า ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของประชาชนถึงความสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ภาวะสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 มิติ ได้แก่

1. ภาวะสุขภาพทางกาย (Physical) หมายถึง การรับรู้ระดับความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกาย การไม่เจ็บป่วยด้วยโรกระบบทางเดินหายใจส่วนบน โรคจากอุบัติเหตุจรรยาจร โรคจากการประกอบอาชีพ เป็นต้น

- 2 ภาวะสุขภาพทางจิตใจ (Mental) หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกเป็นสุขหรือเป็นทุกข์ของประชาชน การไม่มีความเครียด ความวิตกกังวลในการดำรงชีวิต และมีความรู้สึกปลอดภัย

- 3 ภาวะสุขภาพทางสังคม (Social) หมายถึง การรับรู้ถึงสัมพันธภาพของคนในครอบครัวคนในชุมชน และการช่วยเหลือกิจกรรมในชุมชน

- 4 ภาวะสุขภาพทางจิตวิญญาณ (Spiritual) หมายถึง การรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเองภาคภูมิใจในบ้านเกิด และความรักห่วงหาพันต่อชุมชน

ภาวะสุขภาพ สามารถแบ่งกลุ่มได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่มีภาวะสุขภาพปกติ (Normal)
2. กลุ่มที่มีภาวะเสี่ยง (Risk)
3. กลุ่มที่มีภาวะป่วย (Illness)

ภาวะสุขภาพของคนต้องมีการบูรณาการทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ (integrated bio-psycho-social-cultural-spiritual health) เข้าด้วยกัน ไม่ได้มองสุขภาพเพียงส่วนใดส่วนหนึ่ง ภาวะสุขภาพของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเนื่องจากมีปัจจัยอื่น ๆ รอบตัวมีผลต่อสุขภาพ ของบุคคล ดังนั้นบุคคลจำเป็นต้องมีการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจึงจะทำให้มีภาวะสุขภาพดี (well-being) ตลอดเวลา ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สามารถทำได้โดยการประเมินสุขภาพตนเอง ดูแลสุขภาพ และปฏิบัติตัวด้านสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสม (มณี อากานันท์กุล, พรรณวดี พุฒวัฒน์ และ จริยา วิทยะศุภกร, 2554)

โอรัม นักทฤษฎีด้านการพยาบาล ให้ความหมายภาวะปกติสุข หรือความผาสุก (well-being) แยกจากสุขภาพว่า เป็นการรับรู้ถึงความเป็นอยู่ของตนในแต่ละขณะ เป็นการแสดงออกถึงความพึงพอใจ ความยินดี และมีความสุข สุขภาพกับความผาสุกมีความสัมพันธ์กัน (เมธาวิทย์ ไชยะจิตรกำธร, 2556; Oram, 2001)

นอกจากคำว่าภาวะสุขภาพแล้ว นักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญบางกลุ่มได้กล่าวถึงคำว่า สุขภาวะ ควบคู่กันไป และให้ความหมายว่า หมายถึง การดำรงชีพของบุคคลอย่างมีสุขทั้งกายและจิต อาจกล่าวได้ว่าไม่ใช่เพียงไม่มีโรคภัยไข้เจ็บแต่รวมถึงการมีชีวิตที่มีร่างกายแข็งแรง จิตใจแข็งแรง มีความสุขอยู่ในสังคมโลกปัจจุบันซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทุกๆทางเชื่อมโยงกันและจะสะท้อนถึงความเป็นองค์รวมอย่างแท้จริงของสุขภาพที่เกื้อหนุนและเชื่อมโยงกันทั้ง 4 มิติ ได้แก่ กาย จิต สังคม และปัญญา

1. สุขภาวะทางกาย หมายถึง การมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีเศรษฐกิจพอเพียง มีสิ่งแวดล้อมที่ดี ไม่มีอุบัติเหตุ
2. สุขภาวะทางจิต หมายถึง จิตใจที่เป็นสุข ผ่อนคลาย ไม่เครียด คล่องแคล่ว มีความเมตตา กรุณา มีสติ มีสมาธิ
3. สุขภาวะทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี ในครอบครัว ในชุมชน ในที่ทำงาน ในสังคม ในโลก ซึ่งรวมถึงการมีบริการทางสังคมที่ดี และมี
4. สุขภาวะทางปัญญา (จิตวิญญาณ) หมายถึง ความสุขอันประเสริฐที่เกิดจากมีจิตใจสูง เข้าถึงความจริงทั้งหมด ลดละความเห็นแก่ตัว มุ่งเข้าถึงสิ่งสูงสุด ซึ่งหมายถึงพระนิพพาน หรือพระผู้เป็นเจ้าของหรือความดีสูงสุด สุดแล้วแต่ความเชื่อที่แตกต่างกันของแต่ละคน

สุขภาพะ ทั้งมิติ ทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางปัญญา (จิตวิญญาณ) และทั้งมิติของคน ครอบครัวยุคน และสังคม ดังนั้น สุขภาพมีผลกระทบมาจากหลายปัจจัย จึงต้องให้ความสำคัญกับองค์ความรู้ ทั้งเรื่องของการดำเนินงานทางสาธารณสุข การจัดบริการสาธารณสุข และเรื่องต่างๆ ที่ปรากฏในสังคม เพราะสิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งด้านบวก และด้านลบ องค์ความรู้ เพื่อการพัฒนาสุขภาพและระบบสุขภาพจึงไม่ใช่เรื่องของระบบการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่เป็นเรื่องความร่วมมือกันของสังคม ที่จะมาร่วมสร้างค่านิยมที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ สร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการมีสุขภาพดี ร่วมสร้างวัฒนธรรมของการดำเนินชีวิตที่ไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น และร่วมกันสร้างสังคมที่อยู่ร่วมกันอย่างมีสันติสุข

### ความเครียดและสุขภาพ

ความเครียดเป็นผลที่เกิดขึ้นจากสาเหตุต่างกันไป เช่น มีปัญหาส่วนตัว และครอบครัว ปัญหาจากการทำงาน บางคนมีความเครียดเพราะมีโรคเรื้อรังประจำตัว ความเครียดจะกระตุ้นให้ตัวเองหาวิธีการที่จะสู้กล้าเผชิญกับปัญหาหรือหลีกเลี่ยงหรือหนีปัญหาด้วยวิธีการต่างๆ ไป ความเครียดจะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจที่จำเป็นต้องมีการปรับสมดุลให้กลับสู่ภาวะปกติให้ได้ ไม่เช่นนั้นตัวเราเองจะมีภัยคุกคามที่อันตรายอยู่ตลอดเวลา

ผลกระทบของความเครียดต่อภาวะสุขภาพนั้นความเครียดมีระดับแตกต่างกัน บุคคลที่มีความเครียดในระดับต่าง ๆ มีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น

- ความเครียดในระยะเวลายาวนานจนเกินไปนัก เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลกระทำการต่าง ๆ อย่างกระตือรือร้น ได้ฝึกปรือที่จะแก้ไขปัญหา มีความคิดสร้างสรรค์ ภาวะต่างๆ ในร่างกายได้มีโอกาสรับมือกับภาวะเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในทักษะความสามารถของตนเอง มีความรู้สึกเชื่อมั่นและภาคภูมิใจในตนเองมากยิ่งขึ้น

- ความเครียดในระดับรุนแรงหรือที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานๆ ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต

ผลกระทบของความเครียดต่อภาวะสุขภาพจิต

ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) นักจิตวิทยาตามแนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ มองสุขภาพจิตเป็นความสามารถในการควบคุมความต้องการในส่วนของจิตใต้สำนึก (subconscious) และอธิบายว่ามนุษย์มีแรงขับเคลื่อนตามธรรมชาติซึ่งเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ ถ้าบุคคลประสบเหตุการณ์เลวร้าย ไม่สมหวังจะทำให้เกิดความรู้สึกไว้ ความทรงจำและความรู้สึกเก็บกอดนั้นจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์

และความรู้สึกและก่อให้เกิดกลไกป้องกันตนเองทางจิต (defense mechanisms) ซึ่งเป็นสิ่งที่นักจิตวิทยา กลุ่มนี้ให้ความสำคัญ

ความหมายของสุขภาพจิตตามแนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) หมายถึง การไม่ปรากฏอาการซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงความผิดปกติทางจิต เช่น ความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า

ความหมายของสุขภาพจิตตามแนวคิดทฤษฎีมนุษยนิยม (Humanistic Theory) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นการพัฒนาที่ทำให้บุคคลบรรลุซึ่งศักยภาพขั้นสูงสุด

ความหมายของสุขภาพจิตตามแนวคิดพฤติกรรมนิยม (Behaviorism Theory) ได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึงการเรียนรู้ หรือการรู้ใหม่เพื่อตอบสนองต่อปัญหาที่ต้องเผชิญในสภาพแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งสกินเนอร์ (B.F. Skinner) ได้เสนอความคิดเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิตเพราะเป็นสิ่งที่ไม่ได้แต่จะดูความผิดปกติทางจิตตรงปัญหาในการเรียนรู้ของบุคคล ดังนั้น ในขณะที่แนวคิดจิตวิเคราะห์พิจารณาปัญหาตรงที่เป็นรากฐานของพฤติกรรมและอาการที่แสดงถึงความผิดปกติทางจิตแต่นักพฤติกรรมนิยมจะเน้นตรงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาโดยตรงเพราะมีความเชื่อว่าความบกพร่องของการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสาเหตุให้เกิดความผิดปกติทางจิต

ความหมายของสุขภาพจิตตามแนวคิดของนักชีวเคมีได้ให้ความหมายไว้ว่า สภาพชีวิตที่เป็นสุข มีชีวิตที่สมดุลทั้งเรื่องงาน ชีวิตส่วนตัวและสังคม มีการเจริญเติบโต และพัฒนาตนเองอยู่เสมอ มีสมดุลในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น เข้าใจตนเองในเรื่องพรสวรรค์และขีดจำกัด นอกจากนี้ยังเข้าใจในเรื่องความแน่นอนและไม่แน่นอนในชีวิต

ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือผู้ที่เข้าใจตนเองและเห็นคุณค่าในตนเองเข้าใจผู้อื่น พึงพอใจในเรื่องของการมีสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สามารถตัดสินใจและมีความรับผิดชอบต่อการกระทำ มีความยืดหยุ่น เป็นธรรมชาติ เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคม มีความสมดุลทั้งเรื่องงาน และสันทนาการ สามารถเผชิญปัญหาและรู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น นอกจากนี้ยังเป็นบุคคลที่มีการพัฒนาตนเองอยู่เสมอ และการที่จะเป็นผู้มีสุขภาพจิตดีได้เช่นนี้ จะต้องมียุทธศาสตร์ที่แสดงออกถึงการดูแลตนเอง เพื่อให้มีลักษณะของสุขภาพจิตที่ดีดังที่กล่าวมาแล้ว

### 2.3 คุณภาพชีวิต (Quality of Life)

**ความหมายและความสำคัญของคุณภาพชีวิต**

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดคำว่า “คุณภาพชีวิต (Quality Of Life)” ว่าเป็น "การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับตำแหน่งของตนในชีวิตในบริบทของวัฒนธรรมและระบบค่านิยมที่พวกเขาอาศัยอยู่และสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและข้อกังวล" (International Encyclopedia of Public Health, 2008)

องค์การศึกษา วิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization: UNESCO) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิต ว่า หมายถึง ประสบการณ์ในชีวิตทุกๆ ด้านของบุคคล โดยรวมถึงความพอใจทางวัตถุที่เป็นความจำเป็นพื้นฐาน ความพอใจในการพัฒนาตนเอง รวมถึงความพอใจความเท่าเทียมกันของระบบเศรษฐกิจในสังคม โดยมีความสัมพันธ์กับกลุ่มชุมชน สถาบันชาติ ทั้งนี้คุณภาพชีวิตจะมีความแตกต่างกันตามวัฒนธรรมของสังคม (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization: UNESCO, 2010)

เวนเกอร์ และคณะ (1984) ให้คำจำกัดความ คุณภาพชีวิต ว่าเป็น "การรับรู้ของแต่ละคนเกี่ยวกับการทำงานและความเป็นอยู่ของเขาหรือเธอในด้านต่างๆ ของชีวิต"

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต หมายถึง ชีวิตที่มีคุณภาพ มีความสมบูรณ์ทั้งด้านสุขภาพ ร่างกายและจิตใจ สามารถดำรงชีวิตให้สอดคล้องตามสภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม สภาพแวดล้อมในการดำเนินชีวิตและทรัพยากรที่มีอยู่ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2550)

EUROSTAT Statistics Explained เป็นหน่วยงานที่ทำงานด้านหัวข้อและข้อมูลทางสถิติเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในสหภาพยุโรป (European union: EU) อธิบายในรูปแบบที่เข้าใจได้ง่ายเพื่อที่แสดงถึงแง่มุมต่างๆ ของคุณภาพชีวิต รวมถึงตัวบ่งชี้ที่ใช้แบบดั้งเดิมเป็นตัวชี้วัดการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) โดยจัดทำเป็นสารานุกรมสถิติยุโรป โดยมีอิธานส์ทางสถิติที่อธิบายคำศัพท์ ได้นำเสนอสถิติทุกๆ 4 ปี สำหรับการเผยแพร่สถิติและอธิบายข้อมูลทางสถิติล่าสุด คือ พ.ศ. 2564

นอกจากนี้ EUROSTAT Statistics Explained ได้กล่าวถึงผลลัพธ์ของคุณภาพชีวิต ซึ่งได้อ้างอิงถึงขอบเขตที่บุคคลมีประสบการณ์ชีวิตเชิงบวกผ่านบ้าน โรงเรียน ที่ทำงาน และสภาพแวดล้อม ในชุมชน การวัดคุณภาพชีวิตของบุคคลเป็นสิ่งที่ท้าทายในการประเมินเพราะทุกคนมีความเป็นตัวของตัวเอง การศึกษาข้อมูลทางสถิติมี 8 มิติ ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ของวัตถุ ผลผลิตหรือกิจกรรม หลักสุขภาพ การศึกษา การใช้เวลาว่างและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ความมั่นคงทางเศรษฐกิจและความปลอดภัย ทางกายภาพ ธรรมชาติและสิทธิขั้นพื้นฐาน สภาพแวดล้อมทางธรรมชาติและความเป็นอยู่

สุขภาพซึ่งเป็น 1 ใน 8 มิติคุณภาพชีวิตที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้เผยแพร่แนวคิดเกี่ยวกับตัวชี้วัดต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพว่า สุขภาพที่เจ็บป่วยไม่เพียงแต่บ่อนทำลายคุณภาพชีวิตของบุคคลและครอบครัวเท่านั้น แต่ยังทำให้อายุขัยสั้นลงได้อีกด้วย ในระดับส่วนรวมสุขภาพที่ไม่ดีเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมโดยการลดทุนมนุษย์ที่มีอยู่ในสังคม ดังนั้น ชีวิตที่ยืนยาวและมีสุขภาพดีอาจไม่ใช่แค่เป้าหมายส่วนตัวเท่านั้น แต่ยังบ่งบอกถึงความเป็นอยู่ที่ดีในสังคมและความสำเร็จด้วย (EUROSTAT Statistics Explained, 2021)

Handbook of Social indicators and Quality of Life Research เป็นหนังสือที่ ทบทวนชี้ให้เห็นถึงพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของสาขาวิชา รวมถึงประวัติศาสตร์ของคุณภาพชีวิตในด้านการแพทย์และสุขภาพจิตด้วย ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโครงการคุณภาพชีวิตการทำงาน (Quality of Work) ได้กล่าวถึงแนวคิดหลักของคุณภาพชีวิตไว้หลายประการ ได้แก่ ความสุขจิตวิทยา เชิงบวก และความอยู่ดีมีสุขในเชิงอัตวิสัย ความสัมพันธ์ระหว่างจิตวิญญาณและศาสนากับคุณภาพชีวิต ได้รับการตรวจสอบเช่นเดียวกับผลของความสำเร็จทางการศึกษาต่อคุณภาพชีวิตและการตลาดและความสัมพันธ์กับการเติบโตทางเศรษฐกิจ นับเป็นหนังสือที่สร้างภาพรวมของการศึกษาด้านคุณภาพชีวิต ในช่วงปีแรกๆ ของศตวรรษที่ 21 ซึ่งสามารถปรับปรุงให้ทันสมัยและมีวิวัฒนาการภาคสนามและศตวรรษที่เป็ตออก โดยกล่าวถึงวิธีการและประเด็นปัญหาที่ควรพิจารณาในการวัดและวิเคราะห์คุณภาพชีวิตจากมุมมองเชิงปริมาณ (Kenneth C. Land, Alex C. Michalos, M. Joseph Sirgy, 2012)

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้ให้ความหมายของ “คุณภาพชีวิต” เมื่อ พ.ศ.2540 ว่า “คุณภาพชีวิต คือ การดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคมหนึ่ง ในช่วงเวลาหนึ่งๆ องค์ประกอบของความเป็นพื้นฐานที่เหมาะสม อย่างน้อยก็น่าจะมีอาหารที่เพียงพอ มีเครื่องนุ่งห่ม มีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม มีสุขภาพกายและจิตใจ ได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐาน มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งได้รับการบริการพื้นฐานที่จำเป็น ทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม เพื่อประกอบการดำรงชีพอย่างยุติธรรม”

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ได้กำหนดหลักการสำคัญของแผนพัฒนาฯ ข้อ 2 คือ ยึด “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” มุ่งสร้างคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดีสำหรับคนไทย พัฒนาคอนให้มีความเป็นคนที่สมบูรณ์มีวินัย ใฝ่รู้ มีความรู้ มีทักษะ มีความคิดสร้างสรรค์ มีทัศนคติที่ดี รับผิดชอบต่อสังคม มีจริยธรรมและคุณธรรม พัฒนาคอนทุกช่วงวัยและเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ รวมถึงการสร้างคนให้ใช้ประโยชน์และอยู่กับสิ่งแวดล้อมอย่างเกื้อกูล อนุรักษ์ฟื้นฟูใช้ประโยชน์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2564)

พุทธจิตวิทยา ให้ความหมายของ คุณภาพชีวิต หมายถึง สภาวะความพร้อมของบุคคลทั้งใน ด้านร่างกายจิตใจ (อารมณ์) ปัญญาและสังคม เป็นการดำรงชีวิตของมนุษย์ในภาวะที่มีระดับเหมาะสม ตาม ความจำเป็นพื้นฐานในสังคมหนึ่ง ๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ สามารถแสวงหาปัจจัยและบริการต่าง ๆ และยังคง ครอบคลุมไปถึงนามธรรมอันมีคุณค่าต่าง ๆ ที่จะช่วยให้ชีวิตนั้นน่าอยู่ยิ่งขึ้น สามารถปรับตนเองให้เข้ากับ ธรรมชาติและปรับธรรมชาติให้เข้ากับตนเองโดยไม่เบียดเบียนธรรมชาติและสังคมไม่เบียดเบียนผู้อื่น บุคคล สังคมและประเทศสามารถกำหนดมาตรฐานคุณภาพชีวิตแตกต่างกันไปตามความเหมาะสม และสามารถ เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะการณ์ตามยุคสมัย แต่ในที่สุดก็คือ มีชีวิตที่ดีมีคุณภาพ (ขวัญใจ ทองศรี, 2564)

วิฑูรย์ สิมะโชคดี (2564) ได้สรุป “คุณภาพชีวิต” ว่า มักจะหมายถึง “การกินดีอยู่ดี” ซึ่ง ครอบคลุมถึงการมีรายได้ที่มั่นคง มีการทำงานที่ดี มีการศึกษาดี มีชีวิตครอบครัวที่อบอุ่น มีสุขภาพแข็งแรง มี เสรีภาพ และมีความปลอดภัยในการดำรงชีวิต เป็นต้น แต่ผู้คนจำนวนมากไม่น้อยมักจะเอา “คุณภาพชีวิต” ไป ผูกติดกับเรื่องของ “การ (มี) เงิน” หลายคนเชื่อว่าเมื่อมีรายได้มากขึ้น คุณภาพชีวิตก็จะดีขึ้น เพราะ สามารถใช้จ่ายใช้สอยได้มากขึ้น มีบ้าน มีเสื้อผ้า มีสิ่งอำนวยความสะดวก มีการศึกษาสูง ไปทานอาหารดีๆ ได้ ไปท่องเที่ยวได้ หามอดี ๆ ได้ และอื่นๆ อีกมากมาย ที่ทำให้ชีวิตมีความสะดวกสบายขึ้น มีความสุขมาก ขึ้น และได้รับการยอมรับจากสังคมมากขึ้น ในขณะที่อีกหลายคนมองว่า การมีรายได้ดีต้องแลกกับงานที่ หนักขึ้น เครียดขึ้น ทำให้เวลาที่อยู่กับครอบครัวน้อยลง อันเป็นเหตุให้คุณภาพชีวิตลดลง และยังอ้างถึง United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization: UNESCO ซึ่งได้ให้ความหมาย ของ “คุณภาพชีวิต” เมื่อ ค.ศ.1981 ว่า “คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกของการอยู่อย่างพอใจต่อองค์ประกอบ ต่างๆ ของชีวิตที่มีส่วนสำคัญมากที่สุดของบุคคล”

สรุปความหมายของคุณภาพชีวิต คือ สภาวะความเป็นอยู่ของคนที่สามารถดำรงชีวิตได้โดย ปราศจากข้อขัดข้องทั้งทางร่างกาย จิตใจ มีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี และมีสภาพแวดล้อมที่ดีก่อให้เกิด ความพึงพอใจกับปัจจัยต่างๆ รอบด้านอันจะนำไปสู่การพัฒนาประเทศในด้านสังคมและเศรษฐกิจอย่างมี ประสิทธิภาพ

### องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

ระดับคุณภาพชีวิตของมนุษย์แต่ละคนย่อมมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะมีองค์ประกอบมากมาย Denham (1991 : 48) เสนอว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ สิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ทางสังคม สุขภาพกาย สุขภาพจิต รวมถึงบุคลิกภาพและประวัติในอดีต สามารถวัดระดับ คุณภาพชีวิตด้วยตัวชี้วัด

ขวัญใจ ทองศรี (2564) ได้เขียนว่า เนื่องจากเป้าหมายของแต่ละบุคคลที่มีความพึงพอใจในระดับต่างกัน ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง อีกทั้งทัศนคติและการรับรู้ต่อเรื่องคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลก็เป็นเรื่องที่แตกต่างกัน คนต้องประเมินด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม มิติแต่ละมิติของคุณภาพชีวิตไม่ได้แสดงบทบาทแยกจากกันแต่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน รวมกันก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ การจะวัดคุณภาพชีวิตให้ได้อย่างสมบูรณ์ แต่ปัจจัยพื้นฐานที่แตกต่างย่อมไม่สามารถใช้เป็นบรรทัดฐานวัดได้อย่างชัดเจนนัก อย่างไรก็ตามคุณภาพชีวิตที่ดีตามแนวพุทธจิตวิทยานั้น ย่อมต้องมีหลักธรรมประกอบอยู่และถือเป็นตัววัดได้ว่าชีวิตนั้นมีคุณภาพหรือไม่ ซึ่งการวัดผลสุดท้ายคือความสุขที่ได้รับ เนื่องจาก“ความสุข”มักจะถูกนำมาใช้ร่วมกับ คุณภาพชีวิต”เสมอมา ดังนั้น การวัดคุณภาพชีวิตจึงสามารถสะท้อนการวัดความสุขของบุคคลในระดับที่น่าเชื่อถือได้เสมอ

## 2.4 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's self-care Theory)

Dorothea Elizabeth Orem นักทฤษฎีและผู้คิดริเริ่มทฤษฎีการพยาบาล ได้เขียนแนวคิดหลักในทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม ซึ่งประกอบด้วยทฤษฎีย่อย 3 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care Deficit) และ ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System) (เมธาวิทย์ ไชยะจิตรกำจร, 2556; Orem, 2001)

### ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care)

ทฤษฎีการดูแลตนเองนี้ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่าง ๆ ทางด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเอง โดยอธิบายแนวคิดที่สำคัญ ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Self-care) แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factors) (เมธาวิทย์ ไชยะจิตรกำจร, 2556; Orem, 2001) ดังนี้

1. การดูแลตนเอง (Self-care: SC) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำ ด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก เมื่อการกระทำนั้นมีประสิทธิภาพย่อมมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคลเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Self-care requisites) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี

และวัฒนธรรมของกลุ่ม ชุมชน ครอบครัว ซึ่งบุคคลที่กระทำการดูแลตนเองนั้นเป็นผู้ที่ต้องใช้ความสามารถหรือพลังในการกระทำที่จงใจ (deliberate) ประกอบด้วย 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะการพิจารณาและตัดสินใจ (Intention phase) เป็นระยะที่มีการหาข้อมูลเพื่อพิจารณาและตัดสินใจเลือกกระทำโดยหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องว่าคืออะไร เป็นอย่างไร จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ทดสอบ และเชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในขั้นตอนนี้ความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญเพราะจะช่วยให้เกิดกระบวนการคิดเชิงวิทยาศาสตร์มากกว่าการใช้ความรู้สึก นอกจากนี้ยังต้องอาศัยสติปัญญาในการที่จะตัดสินใจที่จะกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะการกระทำและผลของการกระทำ (Productive phase) เป็นระยะที่เมื่อตัดสินใจแล้วจะกำหนดเป้าหมายที่ต้องการและดำเนินการกระทำกิจกรรมให้ไปสู่เป้าหมายที่กำหนด ในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลทางด้านสรีระที่จะกระทำกิจกรรม (psychomotor action) และมีการประเมินผลการกระทำเพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้น

2. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency: SCA) หมายถึง คุณสมบัติที่ซับซ้อน หรือพลังความสามารถของบุคคลที่เอื้อต่อการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างจงใจ แต่ถ้าเป็นความสามารถในการดูแลบุคคลอื่นที่อยู่ในความรับผิดชอบ เรียกว่า Dependent-care Agency ความสามารถนี้ประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) เป็นความสามารถของมนุษย์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรับรู้และเกิดการกระทำ ซึ่งแบ่งออกเป็น ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) ความสามารถที่จะกระทำ (Doing) และ คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำประกอบด้วย

- 1) ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ การอ่าน การเขียน การใช้เหตุผล อธิบาย
- 2) หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึกทั้งการสัมผัส ได้แก่ การมองเห็น การได้กลิ่นและการรับรส
- 3) การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง
- 4) การเห็นคุณค่าในตนเอง
- 5) นิสัยประจำตัว
- 6) ความตั้งใจและสนใจสิ่งต่างๆ
- 7) ความเข้าใจในตนเองตามสภาพที่เป็นจริง
- 8) ความหวังใยในตนเอง

- 9) การยอมรับในตนเองตามสภาพความเป็นจริง
- 10) การจัดลำดับความสำคัญของการกระทำรู้จักเวลาในการกระทำ
- 11) ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

ระดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components) เป็นคุณลักษณะที่จำเป็นและเฉพาะเจาะจง สำหรับการกระทำอย่างจงใจเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำ ซึ่งประกอบด้วย

- 1) ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบ
- 2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้สามารถปฏิบัติกิจกรรม
- 3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเอง
- 4) ความสามารถที่จะใช้เหตุผล
- 5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำในการดูแลตนเอง
- 6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามการตัดสินใจ
- 7) มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจาก ผู้ที่เหมาะสม และสามารถนำความรู้ไปใช้ได้
- 8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการกระทำ
- 9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง
- 10) มีความสามารถที่จะปฏิบัติกรดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้อง การดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

ระดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) ประกอบด้วย

- 1) ความสามารถในการคาดคะเน เป็นความสามารถที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับข้อมูล ความหมายและความจำเป็นของการกระทำ รู้ปัจจัยภายในภายนอกที่สำคัญ เพื่อประเมินสถานการณ์
- 2) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ตนสามารถและควรกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นในการดูแลตนเอง
- 3) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงการเตรียมการเพื่อการดูแลตนเอง

3. ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand: TSCD) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรม (Action demand) การดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็นต้องกระทำในช่วง เวลาหนึ่ง เพื่อที่จะตอบสนองต่อความจำเป็นในการดูแลตนเอง (Self-care Requisites) ความต้องการ การดูแลตนเอง ทั้งหมด เป็นเป้าหมายสูงสุดของการดูแลตนเองที่จะถึงซึ่งภาวะสุขภาพ หรือความผาสุก

กิจกรรมที่จะต้องกระทำทั้งหมดนี้จะทราบได้จากการพิจารณาการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่ง การดูแลที่จำเป็น (Self-care requisites: SCR) หมายถึง กิจกรรมที่ต้องการให้บุคคลกระทำหรือกระทำ เพื่อบุคคล อื่น ซึ่งมี 3 ด้านดังนี้

ด้านที่ 1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-care Requisites: USCR) เป็น ความต้องการของมนุษย์ทุกคนตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ เพื่อให้คงไว้ซึ่งโครงสร้าง และหน้าที่สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลและความผาสุก ซึ่งความต้องการจะมีความแตกต่างกันในแต่ละ บุคคลทั้งทางด้านคุณภาพหรือปริมาณตามอายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคมวัฒนธรรม และ แหล่งประโยชน์ กิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการนี้ (Action demand) ประกอบด้วย

- 1) คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำและอาหารที่เพียงพอ
- 2) คงไว้ซึ่งการขับถ่าย และการระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 3) คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 4) รักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 5) ป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ
- 6) ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถ

ของตนเอง (promotion of normalcy)

ด้านที่ 2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites: DSCR) เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับระยะพัฒนาการของบุคคล สถานการณ์ และ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของวงจรชีวิต เป็นความต้องการที่อยู่ภายใต้ความต้องการการดูแลตนเอง ที่จำเป็นโดยทั่วไปแต่แยกตามพัฒนาการเพื่อเน้นให้เห็นความสำคัญและความเฉพาะเจาะจง ดังนี้

1) พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการ ที่จะช่วยให้บุคคลเจริญก้าวสู่วุฒิภาวะตามระยะพัฒนาการ เช่น ทารกในครรภ์และในกระบวนการคลอด ทารกแรกเกิด วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีความต้องการการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงตาม โครงสร้างและหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลง

2) ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาความเครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากภาวะวิกฤต เช่น ขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวในสังคม การสูญเสียเพื่อน คู่ชีวิต ทรัพย์สินสมบัติ หรือการเปลี่ยนแปลงย้ายที่อยู่ เปลี่ยนงาน เป็นต้น

3) ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปราะบางทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-care Requisite: HDSCR) เป็นความต้องการที่สัมพันธ์กับความผิดปกติทางพันธุกรรมและความเปราะบางของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล และผลกระทบของความผิดปกติ ตลอดจนวิธีการวินิจฉัยโรคและการรักษา

4) มีการแสวงหาและคงไว้ซึ่งการช่วยเหลือที่เหมาะสม

5) รับรู้ สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการ

6) ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันพยาธิสภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

7) รับรู้และสนใจในการป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงการรักษาหรือจากโรค

8) ดัดแปลงอัตมโนทัศน์หรือภาพลักษณ์ ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลทางสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงเพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

9) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลจากการวินิจฉัยโรคและการรักษาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

ในการประเมินความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปราะบางทางสุขภาพจำเป็น ต้องคำนึงถึงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก และยังมีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการ

4. ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors: BCFs) เป็นคุณลักษณะบางประการหรือปัจจัยทั้งภายในและภายนอกของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมด ปัจจัยพื้นฐานนี้ยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในบทบาทของพยาบาล ประกอบด้วย 11 ปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ สังคมชนบทธรรมเนียม ประเพณี ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมสภาพที่อยู่อาศัย แหล่งประโยชน์ต่างๆ และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care Deficit)

เป็นแนวคิดหลักในทฤษฎีของโอเรม แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้มีได้ใน 3 แบบ ดังนี้

แบบที่ 1. ความต้องการที่สมดุล (Demand is equal to abilities: TSCD=SCA)

แบบที่ 2. ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ (Demand is less than abilities: TSCD < SCA)

แบบที่ 3. ความต้องการมากกว่าความสามารถ (Demand is greater than abilities TSCD: >SCA)

ความสัมพันธ์ของแบบที่ 1 และแบบที่ 2 นั้น บุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ ถือว่าไม่มีภาวะพร่อง (no deficit) ส่วนความสัมพันธ์แบบที่ 3 เป็นความไม่สมดุลของความ สามารถไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด จึงมีผลทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ความพร่องในการดูแลตนเองเป็นได้ทั้งบกพร่องบางส่วนหรือทั้งหมด และความพร่องในการดูแลตนเองเป็นเสมือนเป้าหมายทางการพยาบาล

### ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System)

เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลได้รับการดูแลถูกนำมาใช้ปกป้องและดูแลตนเองโดยใช้ความสามารถทางการพยาบาล

ระบบการพยาบาล เป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามความสามารถและความต้องการการดูแลของผู้รับบริการ ซึ่งระบบการพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ระบบ โดยอาศัยเกณฑ์ความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ (Hanucharomkul, 2001; Orem et al., 2001)

ระบบที่ 1 ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) เป็นบทบาทของพยาบาลที่ต้องกระทำเพื่อทดแทนความสามารถของผู้รับบริการ โดยสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ขดเซยภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ช่วยประคับ ประคอง และปกป้องจากอันตรายต่าง ๆ แก่ผู้ที่มีความต้องการระบบการพยาบาลในลักษณะนี้ คือ

1) ผู้ที่ไม่สามารถจะปฏิบัติในกิจกรรมที่จะกระทำอย่างจริงจังไม่ว่ารูปแบบใดๆ ทั้งสิ้นเช่น ผู้ป่วยที่หมดสติ หรือ ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ได้แก่ ผู้ป่วยอัมพาตผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว

2) ผู้ที่รับรู้และอาจจะสามารถสังเกต ตัดสินใจเกี่ยวกับดูแลตนเองได้ และไม่ควรถูกเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวใด ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยด้านออร์โธพีดิกส์ที่ใส่เฝือก หรือกระดูกหลังหัก

3) ผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ในตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาจิต

ระบบที่ 2 ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) เป็นระบบการพยาบาลให้การช่วยเหลือที่ขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะช่วยผู้ป่วยสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยร่วมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ผู้ป่วยจะพยายามปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องที่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการ ดูแลตนเองที่จำเป็นเท่าที่สามารถทำได้ ส่วนบทบาทของพยาบาลจะต้องปฏิบัติกิจกรรม การดูแลบางอย่างสำหรับผู้ที่ยังไม่สามารถกระทำได้ เพื่อชดเชยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองและกระตุ้นให้มีการพัฒนาความสามารถในอนาคต การพยาบาลระบบนี้ผู้ป่วยต้องมีบทบาท ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเองแก่ผู้ที่มีความต้องการ ระบบการพยาบาลในลักษณะนี้ คือ

- 1) ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวจากโรคหรือการรักษา แต่สามารถเคลื่อนไหวได้บางส่วน
- 2) ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเองตามความต้องการการดูแลตนเองที่

จำเป็น

- 3) ขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำในกิจกรรมการดูแลตนเอง

ระบบที่ 3 ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติดูแลตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจและคอยกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยคงความพยายามที่จะดูแลตนเองและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง

ระบบการพยาบาลทั้ง 3 ระบบดังกล่าวข้างต้น เป็นกิจกรรมที่พยาบาลและผู้ป่วยกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยสามารถกระทำได้ 5 วิธี ดังนี้

วิธีที่ 1 การกระทำให้หรือกระทำแทน (acting for or doing for)

วิธีที่ 2 การชี้แนะเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการกระทำได้(guiding)

วิธีที่ 3 การสนับสนุนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายาม และป้องกันไม่ให้เกิด

ความล้มเหลว (supporting)

วิธีที่ 4 การสอน เพื่อช่วยพัฒนาความรู้และทักษะที่เฉพาะ (teaching)

วิธีที่ 5 การสร้างสิ่งแวดล้อม (providing an environment)

การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency: NA) เป็นความสามารถของพยาบาลที่ได้จากการศึกษา และมีกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถทางการพยาบาล คือ

1. ความรู้
2. ประสบการณ์
3. ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ
4. ทักษะทางสังคม
5. แรงจูงใจในการให้การพยาบาล
6. แนวคิดของตนเองเกี่ยวกับการพยาบาล

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม เป็นทฤษฎีที่ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีย่อย และ 6 โมโนทัศน์ ที่มีความสัมพันธ์กัน

#### ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมกับกระบวนการพยาบาล

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้โดยการประยุกต์ใช้ตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลที่สามารถใช้ได้ตั้งแต่ขั้นประเมินสภาพเป็นต้นไปตามแนวคิดของโอเรม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวินิจฉัยและพรรณนา (Diagnosis and Prescription) เป็นขั้นตอนที่ระบุถึงความพร่องในการดูแลตนเอง โดยมีขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการในการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน รวมทั้งปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง จากนั้นพิจารณา ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถกับความต้องการการดูแลตนเองเพื่อบ่งชี้ถึงภาวะพร่องในการดูแลตนเอง และเขียนข้อวินิจฉัย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นออกแบบและวางแผน (Design and Plan) เป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องเมื่อทราบถึงความพร่องในการดูแลตนเองแล้ว จากนั้นทำการเลือกระบบการพยาบาลให้เหมาะสมแล้วนำมาวางแผน โดยมีการกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Expected- Outcome) และกำหนดกิจกรรม การพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นปฏิบัติการพยาบาลและควบคุม (Regulate and Control) เป็นขั้นตอนที่พยาบาลนำกิจกรรมมาลงมือปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายคือการบรรลุความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมด (TSC) และในตอนนี้ยังรวมถึงการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่ และปกป้องหรือพัฒนาความสามารถหรือไม่ และนำข้อมูลย้อนกลับเข้าสู่การประเมินสภาวะอีกครั้ง

สรุปทฤษฎีของโอเรม เป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง ความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งเกิดจากความสามารถที่ไม่เพียงพอจะกระทำการดูแลจำเป็นทั้งหมดของตนเองได้ จึงนำระบบการพยาบาลเข้าไปช่วยเหลือ ดังเช่นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หากผู้ป่วยไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิตได้จนเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ดังนั้น ผู้ป่วยจึงต้องได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องของตนเองด้วยวิธีการทำให้ การชี้แนะ การสอน การสนับสนุน และส่งเสริมผู้ป่วย เพื่อรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพความผาสุกและคุณภาพชีวิตที่ดี

## 2.5 หลักสูตรการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ (The Elderly Caregivers Training Course)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร กำหนดวิสัยทัศน์ เป็นสถาบันการศึกษาวชิชาชีพการพยาบาลที่มุ่งสร้างเสริมสุขภาวะครอบครัวและชุมชนท้องถิ่น ภายใต้ “การร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ” อย่างต่อเนื่องของบุคลากรสถาบันและองค์กรท้องถิ่น โดยมีพันธกิจ คือ “มีใจรักบริการในชุมชนท้องถิ่น” และพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยราชภัฏ พ.ศ. 2547 ที่กำหนดให้เป็นมหาวิทยาลัยเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น ดังนั้น นอกจากคณะพยาบาลศาสตร์ มีหน้าที่ในการจัดการเรียนการสอนเพื่อผลิตพยาบาลที่มีคุณภาพออกสู่สังคมแล้วยังมีหน้าที่บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตบริการของมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชรด้วย คณะพยาบาลศาสตร์จึงได้จัดโครงการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุขึ้น

หลักสูตรการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ ได้พัฒนาขึ้นจากคณะกรรมการซึ่งเป็นคณาจารย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ โดยนำคู่มือของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขมาใช้ประยุกต์และได้ปรับเพิ่มเติมบางวิชาและรูปแบบการเรียนรู้เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์และพื้นที่การอบรมโดยจัดเนื้อหาวิชาแบ่งเป็นภาคทฤษฎี ภาคทดลองและภาคปฏิบัติ รวมทั้งมีการฝึกงานทั้งในสถานบริการและฝึกงานในชุมชน ระยะเวลาอบรมจำนวน 420 ชั่วโมง มีกำหนดการวัดผลและประเมินผลการศึกษา

1. ผู้เข้าอบรมต้องมีเวลาเรียนไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80 ของเวลาเรียนในแต่ละวิชา
2. เกณฑ์ในการประเมิน ดังนี้
  - ผ่านการทดสอบและประเมินภาคทฤษฎี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80
  - ผ่านการทดสอบและประเมินภาคปฏิบัติ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80
  - ผ่านการทดสอบและประเมินผลด้านทักษะการปฏิบัติ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80

- ผ่านการทดสอบและประเมินผลด้านคุณธรรม จริยธรรม ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 100

### รายละเอียดเนื้อหาวิชา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ได้ดำเนินการจัดการอบรมหลักสูตร การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยนำแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 420 ชั่วโมง ของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มาเป็นสาระหลัก มีการประยุกต์สาระบางส่วน และเพิ่มเติมแผนการสอนบางแผนเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ รวมเนื้อหาวิชาการอบรมเนื้อหา ดังนี้

#### 1. ความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ด้านการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ และตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ เป้าหมายการเรียนรู้คือ ต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์โครงสร้างทางประชากรของประเทศไทย สถานการณ์ผู้สูงอายุ สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ และเหตุผลความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความรู้พื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุอีกทั้งสร้างความตระหนักให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุในการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่ดีต่อไป โดยเรียนรู้ภาคทฤษฎีด้วยรูปแบบ/วิธีการสอนแบบบรรยายและถาม – ตอบคำถามกลุ่มใหญ่

#### 2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องแนวคิดและทฤษฎีผู้สูงอายุกระบวนการชราและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ เป้าหมายการเรียนรู้คือ ต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องแนวคิดและทฤษฎีผู้สูงอายุ กระบวนการชรา และการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุ และสร้างความตระหนักในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งมีความแตกต่างจากกลุ่มวัยอื่นๆ โดยเรียนรู้ภาคทฤษฎีด้วยรูปแบบ/ วิธีการสอนแบบบรรยายและถาม – ตอบคำถามกลุ่มใหญ่

#### 3. โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุอาการ พฤติกรรมเสี่ยงการป้องกันและการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพสามารถนำความรู้ไปถ่ายทอดได้อย่างถูกต้อง โดยเรียนรู้ภาคทฤษฎีด้วยรูปแบบ/วิธีการสอนแบบบรรยาย ถาม – ตอบคำถามกลุ่มใหญ่และฝึกทำแบบประเมิน/แบบทดสอบและแปลผล

#### 4. ภาวะวิกฤติกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถสังเกต และให้การดูแลปฐมพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะวิกฤติได้ มีเป้าหมายการเรียนรู้คือ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลช่วยเหลือ ปฐม

พยาบาลเบื้องต้นในภาวะวิกฤติได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย โดยเรียนรู้ภาคทฤษฎีด้วยรูปแบบ/วิธีการสอนแบบบรรยาย ชักถาม และ ฝึกปฏิบัติ

#### 5. การช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น มีเป้าหมายการเรียนรู้คือ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น สามารถดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ โดยเรียนรู้ภาคทฤษฎีพร้อมกับปฏิบัติ ด้วยรูปแบบ / วิธีการสอนแบบบรรยาย ชักถาม และ ฝึกปฏิบัติ

#### 6. การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เนื่องจากความชราภาพ

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป้าหมายการเรียนรู้คือ ให้เข้าใจวัตถุประสงค์ ขั้นตอนแนวทาง และประเด็นสำคัญของการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ รวมทั้งนำทักษะที่ได้มาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้อย่างเหมาะสม และสามารถบูรณาการความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้ โดยเรียนรู้ภาคทฤษฎีพร้อมกับปฏิบัติ

#### 7. การใช้ยาในวัยสูงอายุ

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับยาในวัยสูง อายุสามารถดูแลช่วยเหลือการใช้ยาในผู้สูงอายุตามคำสั่งผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้อย่างถูกต้องปลอดภัย วัตถุประสงค์เฉพาะคือ สามารถบอกความสำคัญและหลักของการใช้ยาเบื้องต้น บอกประเภทของยาที่ใช้บ่อยในผู้สูงอายุและเตรียมยาหรือจัดยาให้ผู้สูงอายุได้ถูกต้อง ด้วยรูปแบบ/วิธีการสอนแบบบรรยาย สาธิตตัวอย่าง ยา ถาม-ตอบคำถามกลุ่มใหญ่

#### 8. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ: อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เรื่องอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ วัตถุประสงค์เฉพาะคือ ให้มีความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เรื่องอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ และสามารถนำไปใช้ได้ถูกต้อง ด้วยรูปแบบ / วิธีการสอนแบบบรรยาย ชักถาม แสดงบทบาทสมมติ/การฝึกปฏิบัติ

9. สุขภาพจิตกับผู้สูงอายุ / การดูแลตนเองเพื่อคลายเครียด ธรรมชาติและ ความเปลี่ยนแปลง ทางจิตใจของวัยสูงอายุ

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความรู้ ความเข้าใจในธรรมชาติของ ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับธรรมชาติและ ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ และมีแนวทางในการปรับตัวให้เหมาะสม กับธรรมชาติของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป วัตถุประสงค์เฉพาะคือ สามารถเข้าใจใน

ธรรมชาติและ ความเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของวัยสูงอายุ และสามารถปรับตัวให้เหมาะสม มีสุขภาพจิตที่ดี ด้วยรูปแบบ / วิธีการสอนแบบบรรยาย ถาม-ตอบ คำถามกลุ่มใหญ่

#### 10. การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุได้ วัตถุประสงค์เฉพาะคือ สามารถอธิบายการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุตามการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพได้ ให้คำแนะนำ/วางแผนการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านแก่ผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม เช่น ห้องน้ำ ห้องนอน บันได ข้าวของเครื่องใช้ บริเวณทางเดินฯ ได้ ด้วยรูปแบบ/วิธีการสอนแบบบรรยาย ทำกิจกรรมกรณีศึกษา หรือกิจกรรมกลุ่มในการออกแบบสภาพแวดล้อมผู้สูงอายุ

#### 11. ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของภูมิปัญญาชาวบ้านที่สามารถนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป้าหมายการเรียนรู้คือ มีความรู้ ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของภูมิปัญญาชาวบ้าน เพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในด้านกายบำบัด ด้านจิตบำบัด ด้านอาหารบำบัด ฯลฯ อันจะนำไปสู่ช่วยการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุให้มีชีวิตอย่างมีความสุขสบาย ด้วยรูปแบบ/วิธีการสอนแบบบรรยาย กรณีศึกษา ถาม - ตอบ คำถามกลุ่มใหญ่ และฝึกปฏิบัติ

#### 12. สิทธิผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญ / กฎหมายแรงงานที่ควรรู้

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องสิทธิประโยชน์ ของผู้สูงอายุตามกฎหมาย วัตถุประสงค์เฉพาะคือ สามารถบอกถึงสิทธิของผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เรื่อง การประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และกฎหมายแรงงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุได้ ด้วยรูปแบบ/ วิธีการสอนแบบบรรยาย ถาม - ตอบ คำถามกลุ่มใหญ่

#### 13. บทบาทและจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ ในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุและจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ วัตถุประสงค์เฉพาะคือ มีความรู้ ความเข้าใจ ในบทบาทและจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความตระหนัก มีทัศนคติ คุณธรรม จริยธรรมที่ดีในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ และสามารถปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยรูปแบบ / วิธีการสอนแบบบรรยาย ฝึกปฏิบัติ

#### 14. การจัดกิจกรรมนันทนาการเพื่อผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความหมาย

ความสำคัญ ประโยชน์ ลักษณะและประเภทของนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถเลือกกิจกรรมนันทนาการให้แก่ผู้สูงอายุได้ถูกต้องตามหลักการ ด้วยรูปแบบ / วิธีการสอนแบบบรรยาย ศึกษาตัวอย่างการจัดกิจกรรมนันทนาการจากต่างประเทศ และฝึกปฏิบัติ

#### 15. แนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุในยุคโควิด

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 และมาตรการการป้องกันด้วยปัจจัย 4 ได้แก่ เครื่องนุ่งห่ม อาหาร ยารักษาโรค และที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม สามารถป้องกันดูแลการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ผู้สูงอายุรวมทั้งตนเองได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ด้วยรูปแบบ / วิธีการสอนแบบบรรยาย และปฏิบัติ

#### 16. การเสริมทักษะด้านภาษาอังกฤษ

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุได้ วัตถุประสงค์เฉพาะคือ มีความเข้าใจและอธิบายความหมายของคำศัพท์ที่เกี่ยวข้อง กับผู้สูงอายุได้ ฝึกทักษะการอ่านภาษาอังกฤษที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและค้นคว้าและศึกษาคำศัพท์ผู้สูงอายุได้ด้วยตนเอง ด้วยรูปแบบ / วิธีการสอนแบบบรรยาย และทำกิจกรรมกรณีศึกษาหรือกิจกรรมกลุ่ม

#### 17. เสริมทักษะด้านคอมพิวเตอร์

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถใช้คอมพิวเตอร์เบื้องต้นได้ เป้าหมายการเรียนรู้ คือ มีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการใช้คอมพิวเตอร์เบื้องต้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการทำงานดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยรูปแบบ / วิธีการสอนแบบบรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติ ถาม – ตอบคำถามกลุ่มใหญ่และทำกิจกรรมกรณีศึกษาหรือกิจกรรมกลุ่ม

#### 18. การฝึกปฏิบัติงาน

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยฝึกปฏิบัติงาน 180 ชั่วโมง แบ่งเป็นฝึกปฏิบัติงานในสถานบริการในการดูแลผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม (กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นสังคม และชุมชนได้ (กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง (ติดบ้าน) กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พิการ / ทูพพลภาพ (ติดเตียง)) และการฝึกปฏิบัติงานในชุมชนตามกลุ่มศักยภาพผู้สูงอายุ 3 กลุ่มเช่นเดียวกับฝึกปฏิบัติงานในสถานบริการ ยกเว้นเรื่องการจัดสภาพ แวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุทั้งภายในอาคารและบริเวณภายนอกอาคารแทนการจัดสภาพ แวดล้อมบริเวณเตียง/ห้องพักผู้สูงอายุในสถานบริการเท่านั้น

## 2.6 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อภาษาไทย (WHOQOL THAI - BREF)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้จัดทำคู่มือแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อใช้ประโยชน์ในการอธิบายถึงการการใช้เครื่องมือ WHOQOL และพัฒนาเป็น WHOQOL-100 และ WHOQOL-BREF ตามลำดับในการประเมินคุณภาพชีวิต โดยให้ผู้ใช้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความรู้พื้นฐานในการพัฒนาเครื่องมือนำร่องของ WHOQOL การอธิบายคุณสมบัติทางจิตและอำนวยความสะดวกในการบริหารและคะแนนที่ได้รับจากการวัด

ในภาพรวมของเครื่องมือซึ่งริเริ่มจากการนำร่อง ที่เรียกว่า WHOQOL ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาได้ปรับปรุงพัฒนาเครื่องมือจาก WHOQOL เป็น WHOQOL-100 สำหรับประเมินการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับตำแหน่ง สถานะของชีวิตในบริบทของวัฒนธรรมและระบบค่านิยมที่บุคคลอาศัยอยู่และเกี่ยวข้องกับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความกังวล ได้รับการพัฒนาร่วมกันในสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม 15 แห่ง และตอนนี้ได้รับการทดสอบจากศูนย์ภาคสนาม 37 แห่ง ด้วยข้อคำถามการประเมิน 100 คำถามด้วย 29 ภาษา โดยให้รายละเอียดหลายมิติของคะแนนข้ามด้านหลักและข้อคำถามย่อยของคุณภาพชีวิต จากนั้นไม่นานได้มีการพัฒนาเป็น WHOQOL-BREF มีรายการประเมินเหลือเพียง 26 ข้อคำถาม ซึ่งการประเมินนำร่องของ WHOQOL มี 24 ข้อคำถาม จาก 6 ด้านหลักของคุณภาพชีวิต

ประโยชน์ของเครื่องมือ WHOQOL-100 และ WHOQOL-BREF สามารถใช้ในทางการแพทย์ การวิจัย การตรวจสอบ การกำหนดนโยบาย และในการประเมินประสิทธิภาพและข้อดีที่เกี่ยวข้องกับการรักษา นอกจากนี้ยังสามารถใช้เพื่อประเมินความผันแปรของคุณภาพชีวิตในวัฒนธรรมต่างๆ รวมถึง เปรียบเทียบกลุ่มย่อยภายในวัฒนธรรมเดียวกัน และเพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงข้ามเวลาเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ชีวิต

สาระสำคัญของคู่มือ แบ่งออกเป็น 8 บท ดังนี้

บทที่ 1 เป็นการอธิบายแนวความคิด ความเป็นมา เหตุผลในการพัฒนา และวิธีการที่ใช้ในการพัฒนาเครื่องมือการประเมินนำร่องของ WHOQOL และการปรับปรุงเครื่องมือนำร่อง WHOQOL เดิมเพื่อพัฒนาเป็น WHOQOL-100

บทที่ 2 เป็นการรายงานการทดสอบคุณสมบัติแบบวัดพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน) ของ WHOQOL-100

บทที่ 3 เป็นการให้แนวทางสำหรับการเตรียมและการบริหาร WHOQOL-100

บทที่ 4 เป็นการให้แหล่งข้อมูลสำหรับนักวิจัยที่ต้องการพัฒนา WHOQOL-100 ในภาษาใหม่ ๆ

บทที่ 5 และ 6 เป็นการจัดทำโครงร่างการพัฒนา คุณสมบัติของการวัดทางจิตวิทยาเป็นแบบวัดพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน และขั้นตอนการบริหารสำหรับ WHOQOL-BREF

บทที่ 7 เป็นการสรุปการใช้งานที่เสนอสำหรับ WHOQOL-100 และ WHOQOL-BREF

บทที่ 8 เป็นการให้รายละเอียดขั้นตอนการให้คะแนน

การพัฒนา WHOQOL มีเหตุผลหลัก 3 ประการ คือ

ประการที่หนึ่ง เนื่องมาจากความคิดริเริ่มขององค์การอนามัยโลก ในการพัฒนาการประเมินคุณภาพชีวิตเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุในหลายปีที่ผ่านมาในวงกว้างมุ่งเน้นการวัดสุขภาพ นอกเหนือไป จากตัวชี้วัดสุขภาพแบบเดิม ๆ เช่น การตายและการเจ็บป่วย (เช่น World Bank, 1993; WHO, 1991) รวมถึงมาตรการของผลกระทบของโรคและการด้อยค่าต่อกิจกรรมและพฤติกรรมประจำวัน เช่น รายละเอียดผลกระทบจากการเจ็บป่วย (Bergner, Bobbitt, Carter et al, 1981), การรับรู้มาตรการด้านสุขภาพ (Nottingham Health Profile; Hunt, McKenna and McEwan, 1989) และมาตรการด้านความทุกข์ทรมาน/สถานการณ์การทำงาน (เช่น MOS SF-36, Ware และคณะ, 1993) มาตรการเหล่านี้ในขณะที่เริ่มแบ่งให้การวัดผลกระทบของโรคไม่ได้ประเมินคุณภาพชีวิตด้วย ซึ่งได้รับการอธิบายอย่างเหมาะสมว่าเป็น "การวัดที่ขาดหายไปในเรื่องสุขภาพ" (Fallow field, 1990).

ประการที่สอง การวัดสถานะสุขภาพส่วนใหญ่ได้รับการพัฒนาในอเมริกาเหนือและสหราชอาณาจักร และการแปลมาตรการเครื่องมือวัดเหล่านี้เพื่อใช้ในการตั้งค่าอื่น ๆ ใช้เวลานานและด้วยเหตุผลที่ไม่น่าพอใจหลายอย่าง (Sartorius and Kuyken, 1994; Kuyken, Orley, Hudelson and Sartorius, 1994)

ประการที่สาม รูปแบบยาที่มีกลไกเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับกำจัดโรคและอาการเท่านั้น ตอกย้ำความจำเป็นในการนำความเห็นอกเห็นใจมาเป็นองค์ประกอบในการดูแลสุขภาพ ดำเนินการโดยมีเป้าหมายหลัก มุ่งพื้นฐานคือผู้ป่วยที่มีความเป็นอยู่ที่ดี โดยเรียกร้องให้มีการประเมินคุณภาพชีวิตในการดูแลสุขภาพ ความสนใจมุ่งเน้นไปที่สุขภาพ และการแทรกแซงที่เกิดขึ้นจะให้ความสนใจเพิ่มขึ้นในด้านความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วย

องค์การอนามัยโลก มีความคิดริเริ่มในการพัฒนาการประเมินคุณภาพชีวิตจึงเกิดขึ้นทั้งจากความ ต้องการอย่างแท้จริงด้วยมาตรการวัดคุณภาพชีวิตระดับสากล และตอกย้ำความมุ่งมั่นในการส่งเสริม แนวทางเพื่อสุขภาพและการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นในนิยามขององค์การอนามัย โลก คือ “ภาวะแห่งความผาสุกทางกาย จิตใจ และสังคม มิใช่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ”

ภูมิหลังและแนวคิดในการพัฒนาของ WHOQOL เนื่องจากยังขาดคำจำกัดความของคำว่า “คุณภาพชีวิต” ที่ตกลงกันในระดับสากล ในเบื้องต้นจึงมีการกำหนดนิยามแนวคิด โดยองค์การอนามัยโลก นิยามคำว่า คุณภาพชีวิต คือ “การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับตำแหน่งในชีวิตในบริบทของวัฒนธรรมและ ระบบค่านิยมในที่พวกเขาดำเนินชีวิตและสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและข้อกั่วงวลสิ่ง ที่เกี่ยวข้อง” ในวงกว้างของการจัดระดับแนวความคิดที่หลากหลายผสมผสานเรื่องสุขภาพร่างกาย สภาวะ จิตใจระดับต่างๆ เข้าด้วยกันอย่างซับซ้อน ความเป็นอิสระ ความสัมพันธ์ทางสังคม ความเชื่อส่วนบุคคล และความสัมพันธ์กับลักษณะเด่นของสิ่งแวดล้อม คำจำกัดความนี้สะท้อนมุมมองที่ว่าคุณภาพชีวิตหมายถึง การประเมินแบบอัตนัยซึ่งอาจมีอคติทางความคิดเห็นซึ่งจัดไว้ในบริบททางวัฒนธรรม สังคม และ สิ่งแวดล้อม (เพราะฉะนั้น คุณภาพชีวิตไม่อาจเทียบได้ง่ายๆ กับคำว่า "ภาวะสุขภาพ" "วิถีชีวิต" "ความพึง พอใจในชีวิต" "สภาพจิตใจ" หรือ "ความเป็นอยู่ที่ดี") เพราะ WHOQOL ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิต "ที่ รู้" ของผู้ตอบแบบสอบถาม ไม่ได้คาดหวังว่าจะมีวิธีการของการวัดในรายละเอียดเกี่ยวกับอาการ โรค หรือสภาวะใด ๆ หรือความทุกข์ผลภาพตามการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลและเป็นกลาง แต่ผลการที่รับรู้ของโรค และการแทรกแซงด้านสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคล ดังนั้น WHOQOL จึงประเมินแนวคิดหลาย มิติที่รวมเอาการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ภาวะทางจิตสังคม และด้านอื่น ๆ ของชีวิต

วิธีการ/กระบวนการ WHOQOL-100 ได้รับการพัฒนาขึ้นมาโดยใช้วิธีการข้ามวัฒนธรรมที่เป็น เอกลักษณะ ของ WHOQOL วิธีการพัฒนามีลักษณะเฉพาะ ดังนี้

คุณลักษณะที่ 1 ของกระบวนการ WHOQOL คือ การวัดที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการทำงาน ร่วมกันสู่การพัฒนาเครื่องมือระดับสากล (Bullinger, 1994; Kuyken, Orley, Hudelson and Sartorius, 1994) จุดมุ่งหมาย คือ การพัฒนาเครื่องมือเพื่อคุณภาพชีวิตเพียงขึ้นเดียวในหลายสถานการณ์ร่วมกัน ดังนั้น ศูนย์ภาคสนามที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมหลายแห่งจึงมีส่วนร่วมในการสร้างเครื่องมือของ คุณภาพชีวิต การเขียนคำถาม การเลือกคำถาม การหามาตราส่วนคำตอบ และการทดสอบนำร่อง การหา ค่ามาตรฐาน ความเท่าเทียมกันระหว่างการตั้งค่าและการแปลอยู่ในแนวคิดต้น ๆ ของกระบวนการพัฒนา เพื่อให้มั่นใจว่าการทำงานร่วมกันมีความเป็นสากลอย่างแท้จริง มีการคัดเลือกศูนย์ภาคสนามที่มีความ แตกต่างในระดับของอุตสาหกรรมด้านบริการสุขภาพที่มีอยู่ และอื่นๆ ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการวัดคุณภาพ ชีวิต เช่น บทบาทของครอบครัว การรับรู้เวลา การรับรู้ของตนเอง ศาสนาที่โดดเด่น

คุณลักษณะที่ 2 ของกระบวนการ WHOQOL คือ การป้อนข้อมูลซ้ำ ๆ ของนักวิจัยคุณภาพชีวิต การรวบรวมและแก้ไขข้อมูลนี้ในระดับรากหญ้าในแต่ละขั้นตอนของการพัฒนาเครื่องมือ ซึ่งทำให้มั่นใจได้ว่าทั้งความเชี่ยวชาญที่มีอยู่ในการประเมินคุณภาพชีวิตและมุมมองของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพและผู้ป่วยรวมกันสร้างเครื่องมือ ในการประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันมากขึ้น ว่ามุมมองของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง (Smart and Yates, 1987; Calman, 1987; Breslin, 1991; Gerin, Dazord, Boissel et al, 1992; Patrick and Erikson, 1993) การยอมรับการวัดนี้ต่อผู้ป่วยถือเป็นเรื่องพื้นฐาน ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและนักวิจัยมักใช้เครื่องมือ WHOQOL และที่สำคัญเครื่องมือนี้เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเหล่านี้เช่นกัน

คุณลักษณะที่ 3 ของกระบวนการ WHOQOL คือ การใช้วิธีการแปลขององค์การอนามัย โลกที่ได้รับการทดลองและทดสอบแล้ว องค์การอนามัยโลกมีประสบการณ์มากมายในการแปล การวัดสถานะสุขภาพและถูกนำไปใช้ทั่วไป

ในการประเมินนำร่องของ WHOQOL แบ่งออกเป็น 6 ด้านและ 29 ข้อคำถาม ดังนี้

ด้านที่ 1 ด้านร่างกาย

1. ความเจ็บปวดและไม่สบาย
2. พลังงานและความเหนื่อยล้า
3. กิจกรรมทางเพศ
4. การนอนหลับและพักผ่อน
5. หน้าที่การทำงานทางประสาทสัมผัส

ด้านที่ 2 ด้านจิตใจ

6. ความรู้สึกเชิงบวก
7. การคิด การเรียนรู้ ความจำ และสมาธิ
8. ความนับถือตนเอง
9. รูปลักษณ์และการแสดงออกทางร่างกาย
10. ความรู้สึกด้านลบ

ด้านที่ 3 ด้านระดับความเป็นอิสระ

11. การขับเคลื่อน
12. กิจกรรมในชีวิตประจำวัน
13. การพึ่งพาสารทางยาและเครื่องช่วยทางแพทย์
14. การพึ่งพาสารที่ไม่ใช่ยา (แอลกอฮอล์ ยาสูบ ยา)

15. ความสามารถในการสื่อสาร
16. ความสามารถในการทำงาน
- ด้านที่ 4 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม
17. ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล
18. การสนับสนุนทางสังคม
19. กิจกรรมในฐานะผู้ให้บริการ/ผู้สนับสนุน
- ด้านที่ 5 ด้านสิ่งแวดล้อม
20. เสรีภาพ ความปลอดภัยและความมั่นคงทางร่างกาย
21. สิ่งแวดล้อมในบ้าน
22. ความพอใจในการทำงาน
23. ทรัพยากรทางการเงิน
24. สุขภาพและการดูแลสังคม: การเข้าถึงและคุณภาพ
25. โอกาสที่จะได้รับข้อมูลและทักษะใหม่ๆ
26. การเข้าร่วมและโอกาสในการพักผ่อนหย่อนใจ/ กิจกรรมยามว่าง
27. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (มลพิษ/เสียง/การจราจร/ภูมิอากาศ)
28. การขนส่ง
- ด้านที่ 6 ด้านจิตวิญญาณ/ศาสนา/ความเชื่อส่วนบุคคล



รูปที่ 1 WHOQOL

ศูนย์ภาคสนามที่เข้าร่วมพัฒนาและการทดสอบเครื่องมือนำร่องของ WHOQOL มี 15 ศูนย์ภาคสนาม 15 ประเทศ และ 12 ภาษา ดังนี้

ที่	ศูนย์ภาคสนาม	ประเทศ	ภาษาที่ใช้
1	ซาเกร็บ	โครเอเชีย	โครเอเชีย
2	ทิลเบอร์ก	เนเธอร์แลนด์	ดัตช์
3	เมลเบิร์น	ออสเตรเลีย	อังกฤษ (ออสเตรเลีย)
4	บาธ	สหราชอาณาจักร	อังกฤษ (สหราชอาณาจักร)
5	ซีแอตเทิล	สหรัฐอเมริกา	อังกฤษ (สหรัฐอเมริกา)
6	ปารีส	ฝรั่งเศส	ฝรั่งเศส
7	เปียร์-เซวา	อิสราเอล	ฮีบรู
8	เดลี	อินเดีย	ฮินดี
9	โตเกียว	ญี่ปุ่น	ญี่ปุ่น
10	เซนต์ปีเตอส์เบิร์ก	รัสเซีย	รัสเซีย
11	ฮาราเร	ซิมบับเว	โชนา
12	ปานามา ซิตี้	ปานามา	สเปน (ปานามา)
13	บาร์เซโลนา	สเปน	สเปน
14	มัทราส	อินเดีย	ทมิฬ
15	กรุงเทพมหานคร	ประเทศไทย	ไทย

นอกจากนี้ยังมีศูนย์ภาคสนามอีก 3 แห่ง คือ บาร์เซโลนา เดลี และโตเกียว ได้เข้าร่วมในขั้นตอนนี้ของการพัฒนา WHOQOL ซึ่งทั้ง 3 ประเทศนี้ได้แปลคำถามหลัก ดำเนินการกลุ่มสนทนา ซึ่งได้รับการรับรองว่าภาษาของคำถามคือใช้ตามความเหมาะสมของท้องถิ่น เดลีและโตเกียว ได้เสนอแนะคำถามระดับชาติซึ่งได้เพิ่มไว้ในเครื่องมือนำร่องสำหรับการทดสอบ จากนั้นกลุ่มประสาน งาน WHOQOL ได้รวบรวมคำถามทั้งหมดจากทุกศูนย์ศูนย์ภาคสนามเพื่อ "รวมกลุ่มคำถามจากทั่วโลก" ประมาณ 1,800 คำถาม การวิเคราะห์เนื้อหาของคำถามระบุจำนวนมาก ในขั้นสุดท้ายได้มีการตัดสินใจใช้มาตรวัดเจตคติแบบลิเคิร์ต (Likert rating scale) ซึ่งเป็นมาตรวัดทางจิตวิทยา มีค่าคะแนน 5 ระดับ

การพัฒนาสู่ WHOQOL-100

การพัฒนาจาก WHOQOL เป็น WHOQOL-100 มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการชี้แจงแนวคิดในการพัฒนา WHOQOL-100 ใช้ระเบียบวิธีตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญระดับนานาชาติ ผลผลิตที่ได้รับ คือ คำจำกัดความของคำว่า คุณภาพชีวิต ภายใต้วัตถุประสงค์เพื่อกำหนดนิยามคุณภาพชีวิตและแนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตระดับสากล

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการนำร่องเชิงคุณภาพ ใช้ระเบียบวิธีตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จัดสนทนากลุ่มจัดเวทีผู้เชี่ยวชาญเพื่อจัดทำคำถามทั่วไป ผลผลิตที่ได้รับ คือ คำจำกัดความของด้านและหมวดต่าง ๆ กลุ่มคำถามทั่วโลก ภายใต้วัตถุประสงค์เพื่อสำรวจแนวคิดคุณภาพชีวิตข้ามวัฒนธรรม และการสร้างคำถาม

ขั้นตอนที่ 3 เป็นการพัฒนาการนำร่อง ใช้ระเบียบวิธีบริหารงานของ WHOQOL นำร่อง โดยการจัดตั้งศูนย์ภาคสนาม 15 แห่ง กลุ่มเป้าหมายผู้ตอบแบบสอบถาม คือ ผู้ป่วย 250 คน และ ผู้ที่มีสุขภาพดี 50 คน จากแต่ละในศูนย์ภาคสนามทั้ง 15 แห่ง ผลผลิตที่ได้รับคือการจัดทำแบบสอบถาม มาตรฐาน 277 คำถาม ภายใต้วัตถุประสงค์เพื่อปรับแต่งโครงสร้าง WHOQOL และการลดคำถามที่รวบรวมจากทั่วโลก

ขั้นตอนที่ 4 เป็นการปรับแต่ง ใช้ระเบียบวิธีวิเคราะห์ข้อมูลนำร่องของ WHOQOL ผลผลิตที่ได้รับคือรายการประเมิน 100 ข้อ ภายใต้วัตถุประสงค์เพื่อปรับแต่งโครงสร้าง WHOQOL

ขั้นตอน	ระเบียบวิธี	ผลผลิต	วัตถุประสงค์
1) การชี้แจงแนวคิด	การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญระดับนานาชาติ	คำจำกัดความของ QOL	กำหนดนิยามคุณภาพชีวิตและแนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตระดับสากล
2) การนำร่องเชิงคุณภาพ	การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ -จัดสนทนากลุ่ม -จัดเวทีผู้เชี่ยวชาญเพื่อ -จัดทำคำถามทั่วไป	คำจำกัดความของโดเมนและแง่มุมต่างๆ กลุ่มคำถามทั่วโลก	การสำรวจแนวคิดคุณภาพชีวิตข้ามวัฒนธรรมและการสร้างคำถาม
3) การพัฒนานำร่อง	จัดตั้งศูนย์ภาคสนาม 15 แห่ง กลุ่มเป้าหมายที่ผู้ตอบแบบสอบถาม คือผู้ป่วย 250 คน และผู้มีสุขภาพดี 50 คน ของแต่ละศูนย์ฯ ทั้ง 15 แห่ง	การจัดทำแบบสอบถามมาตรฐาน 277 คำถาม	-ปรับแต่งโครงสร้าง WHOQOL -การลดคำถามที่รวบรวมจากทั่วโลก

ขั้นตอน	ระเบียบวิธี	ผลิตผล	วัตถุประสงค์
4) การปรับแต่ง	การวิเคราะห์ข้อมูลนำร่องของ WHOQOL	การประเมิน 100 รายการ	ปรับแต่งโครงสร้าง WHOQOL

ในการประเมินนำร่องของ WHOQOL -100 แบ่งออกเป็น 6 ด้านและ 24 ข้อคำถาม ดังนี้

ด้านที่ 1 ด้านร่างกาย

1. ความเจ็บปวดและไม่สบาย
2. พลังงานและความเหนื่อยล้า
3. การนอนหลับและพักผ่อน

ด้านที่ 2 ด้านจิตใจ

4. ความรู้สึกเชิงบวก
5. การคิด การเรียนรู้ ความจำ และสมาธิ
6. ความนับถือตนเอง
7. รูปลักษณ์และรูปลักษณ์ของร่างกาย
8. ความรู้สึกด้านลบ

ด้านที่ 3 ด้านระดับความเป็นอิสระ

9. การเคลื่อนไหว
10. กิจกรรมในชีวิตประจำวัน
11. การพึ่งยาหรือการรักษา
12. ความสามารถในการทำงาน

ด้านที่ 4 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม

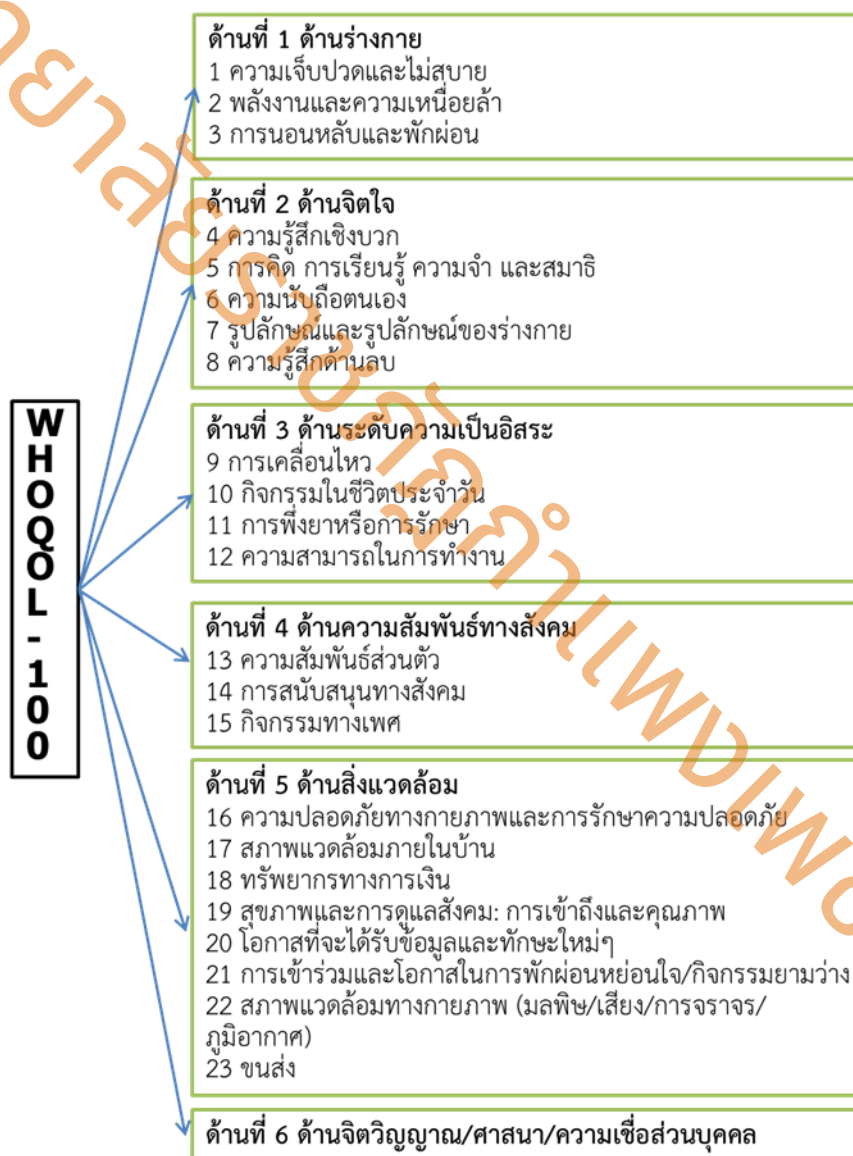
13. ความสัมพันธ์ส่วนตัว
14. การสนับสนุนทางสังคม
15. กิจกรรมทางเพศ

ด้านที่ 5 ด้านสิ่งแวดล้อม

16. ความปลอดภัยทางกายภาพและการรักษาความปลอดภัย
17. สภาพแวดล้อมภายในบ้าน
18. ทรัพยากรทางการเงิน

19. สุขภาพและการดูแลสังคม: การเข้าถึงและคุณภาพ
20. โอกาสที่จะได้รับข้อมูลและทักษะใหม่ๆ
21. การเข้าร่วมและโอกาสในการพักผ่อนหย่อนใจ/ กิจกรรมยามว่าง
22. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (มลพิษ/เสียง/การจราจร/ภูมิอากาศ)
23. ชนสง

ด้านที่ 6 ด้านจิตวิญญาณ/ศาสนา/ความเชื่อส่วนบุคคล



รูปที่ 2 WHOQOL-100

ศูนย์ภาคสนามที่เข้าร่วมพัฒนาและการทดสอบเครื่องมือนำร่องของ WHOQOL-100 มี 38 ศูนย์  
ภาคสนาม 37 ประเทศ และ 30 ภาษา

ที่	ศูนย์ภาคสนาม	ประเทศ	ภาษาที่ใช้
1	โซเฟีย	บัลแกเรีย	บัลแกเรีย
2	กว่างโจว	จีน	จีน
3	เมลเบิร์น	ออสเตรเลีย	จีน
4	ฮ่องกง	ฮ่องกง	จีน
5	ซาเกร็บ	โครเอเชีย	โครเอเชีย
6	โบนิส	สาธารณรัฐเช็ก	เช็ก
7	โคเปนเฮเกน	เดนมาร์ก	เดนมาร์ก
8	ทิลเบิร์ก	เนเธอร์แลนด์	ดัตช์
9	เมลเบิร์น	ออสเตรเลีย	อังกฤษ
10	วิกทอเรีย ซีซี	แคนาดา	อังกฤษ
11	บาส	อังกฤษ	อังกฤษ
12	ซีแอตเทิล	สหรัฐอเมริกา	อังกฤษ
13	ทาลลินน์	เอสโตเนีย	เอสโตเนีย
14	ปารีส	ฝรั่งเศส	ฝรั่งเศส
15	ริมูสกี พิคิว	แคนาดา	ฝรั่งเศส
16	มันไฮม์ และ โลป์ซิก	เยอรมนี	เยอรมัน
17	เปียร์-เขว่า	อิสราเอล	ฮีบรู
18	เดลี	อินเดีย	ฮินดี
19	ฮังการี	ฮังการี	ฮังการี
20	โบโลญญา	อิตาลี	อิตาลี
21	โตเกียว	ญี่ปุ่น	ญี่ปุ่น
22	โซล	เกาหลี	เกาหลี
23	รัฐกลันตัน	มาเลเซีย	มาเลย์
24	แบร์กีน	นอร์เวย์	นอร์เวย์
25	พอนัน	โปแลนด์	ขัด

ที่	ศูนย์ภาคสนาม	ประเทศ	ภาษาที่ใช้
26	ปอร์ตู อาเลเกร	บราซิล	โปรตุเกส
27	เซนต์ปีเตอร์สเบิร์ก	รัสเซีย	รัสเซีย
28	ฮาราเร	ซิมบับเว	โซนา
29	บราติสลาวา	สโลวาเกีย	สโลวาเกีย
30	ลาปลาตา	อาร์เจนตินา	สเปน
31	ปานามาซิตี	ปานามา	สเปน
32	บาร์เซโลน่า	สเปน	สเปน
33	โมลนดาล	สวีเดน	สวีเดน
34	มัทราส	อินเดีย	ทมิฬ
35	กรุงเทพฯ,	ไทย	ไทย
36	อิซเมียร์	ตุรกี	ตุรกี
37	ราวัลปินดี	ปากีสถาน	อูรดู (ปากีสถาน)
38	ลูซากา	แซมเบีย	โลซี

#### WHOQOL-BREF

ในขณะที่ WHOQOL-100 อนุญาตให้มีการประเมินโดยละเอียดของแง่มุมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจยาวเกินไปสำหรับการใช้งานบางอย่าง ตัวอย่างเช่น ในการศึกษาทางระบาดวิทยาที่เรื่องคุณภาพชีวิตเป็นเพียงหนึ่งในตัวแปรที่น่าสนใจซึ่งในกรณีนี้หากมีรายการประเมินสั้นขึ้น สะดวก และแม่นยำ จะมีหน่วยงานเต็มใจเข้าร่วมในการศึกษามากขึ้น (Berwick et al, 2534) ดังนั้น องค์การอนามัยโลกจึงได้ทดลองพัฒนาจาก WHOQOL-100 เป็น WHOQOL-BREF โดยพัฒนารายการประเมินคุณภาพชีวิต ดังนี้ แบ่งออกเป็น 4 ด้านและ 24 ข้อคำถาม

##### ด้านที่ 1 ด้านร่างกาย

1. ความเจ็บปวดและไม่สบาย
2. พลังงานและความเหนื่อยล้า
3. การนอนหลับและพักผ่อน
4. การเคลื่อนไหว
5. กิจกรรมในชีวิตประจำวัน

6. การพึ่งยาหรือการรักษา

7. ความสามารถในการทำงาน

ด้านที่ 2 ด้านจิตใจ

8. ความรู้สึกเชิงบวก

9. การคิด การเรียนรู้ ความจำ และสมาธิ

10. ความนับถือตนเอง

11. รูปลักษณ์และลักษณะที่ปรากฏ

12. ความรู้สึกด้านลบ

13. จิตวิญญาณ/ศาสนา/ความเชื่อส่วนบุคคล

ด้านที่ 3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม

14. ความสัมพันธ์ส่วนตัว

15. การสนับสนุนทางสังคม

16. กิจกรรมทางเพศ

ด้านที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อม

17. ความปลอดภัยทางกายภาพและการรักษาความปลอดภัย

18. สภาพแวดล้อมภายในบ้าน

19. ทรัพยากรทางการเงิน

20. สุขภาพและการดูแลสังคม: การเข้าถึงและคุณภาพ

21. โอกาสที่จะได้รับข้อมูลและทักษะใหม่ๆ

22. การเข้าร่วมและโอกาสในการพักผ่อนหย่อนใจ/กิจกรรมยามว่าง

23. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (มลพิษ/เสียง/การจราจร/ภูมิอากาศ)

24. คนสง



รูปที่ 3 WHOQOL-BREF

กลุ่มประสานงาน WHOQOL ได้เพิ่มคำถามมาตรฐาน 40 ข้อ โดยมีวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้การ ถ่วงน้ำหนักของหมวดและด้าน รายการที่สอดคล้องกับ 29 หมวดของกลุ่มนาร่องของ WHOQOL โดย บางแง่มุมมีมากกว่า 1 รายการเพื่อสะท้อนถึงเนื้อหา การวิเคราะห์เนื้อหาของคำถามระบุจำนวนมาก ใน ขั้นสุดท้าย ได้มีการตัดสินใจใช้มาตรวัดแบบ Likert Scale ซึ่งเป็นมาตรวัดทางจิตวิทยา มีค่าคะแนน 5 ระดับ ในเครื่องมือ

สรุปแนวคิดในการริเริ่มการใช้เครื่องมือจาก WHOQOL พัฒนาสู่ WHOQOL-100 และ WHOQOL-BREF มีประโยชน์หลายอย่าง รวมถึงการใช้ในทางการแพทย์ การวิจัย การตรวจสอบ การ กำหนดนโยบาย และในการประเมินประสิทธิภาพและข้อดีที่เกี่ยวข้องกับการรักษา นอกจากนี้ ยังสามารถ ใช้เพื่อประเมินความผันแปรของคุณภาพชีวิตในวัฒนธรรมต่างๆ รวมถึงเปรียบเทียบกลุ่มย่อยภายใน วัฒนธรรมเดียวกันและเพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงข้ามเวลาเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ใน ชีวิต

#### WHOQOL-BREF-THAI

เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life Brief – Thai, WHOQOL-BREF-THAI)

ภายหลังจากที่องค์การอนามัยโลก ได้จัดทำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตในแบบล่าสุดที่เรียกว่า WHOQOL-BREF โดยมีวัตถุประสงค์ให้เป็นเครื่องมือชี้วัดการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิต ประเทศไทย ในฐานะที่เป็นประเทศหนึ่งที่ได้เข้าร่วมเป็นศูนย์กลางคานาในการจัดทำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตตั้งแต่การ สร้างเครื่องมือนาร่องที่เรียกว่า WHOQOL และได้เข้าร่วมการพัฒนาในแบบใหม่ที่เรียกว่า WHOQOL-100 ต่อมาองค์การอนามัยโลกได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมาจนถึง เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การ อนามัยโลกชุดย่อเรียกว่า WHOQOL-BREF

นายแพทย์และผู้เชี่ยวชาญของประเทศไทย ได้ร่วมมือกันพัฒนาเป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย เรียกว่า WHOQOL-BREF-THAI ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต ที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่า “คุณภาพชีวิต” ซึ่งหมายถึงการประเมินค่าที่เป็นอัตนัย (Subjective) ที่ยึดแน่นกับบริบททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อม เพราะฉะนั้นนิยามของคุณภาพ ชีวิต เน้นไปที่การรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบไม่ได้คาดหวังที่จะเป็นวิธีการที่จะวัดในรายละเอียดของ อาการโรค หรือสภาพต่าง ๆ แต่ถือเป็นการประเมินผลของโรคและวิธีการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิต

คุณสมบัติของเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องชี้ วัดที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง

1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม จากนั้นคณะทำงานพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ได้ทบทวนและปรับปรุงด้านภาษาในเครื่องมือ WHOQOL-BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษา และนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน นำมาปรับปรุง ข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำ ๆ 3 รอบ

การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL - 100 ฉบับภาษาไทย ที่ได้รับการยอมรับจากองค์การอนามัยโลกอย่างเป็นทางการ

วิธีการใช้ WHOQOL-BREF-THAI ใช้เป็นแบบวัดที่ผู้ตอบสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ในผู้ที่มีอายุ 15-60 ปี ไม่จำกัดเพศ ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านออก เขียนได้ อาจใช้วิธีให้บุคคลอื่นอ่านให้ฟังและผู้ตอบแบบประเมินเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตแบบ WHOQOL-BREF-THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) ซึ่งมีองค์ประกอบ ของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มี ความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลงกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์ อื่น ๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่ามีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะ ได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่ามีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมใน เวลารว่าง เป็นต้น

การตั้งข้อคำถามแบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยให้กลุ่มที่ 1 มีข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ (ข้อ 2, 9, 11) และกลุ่มที่ 2 มีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 23 ข้อ การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ใช้ Likert Scale แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้		กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้	
ตอบ ไม่เลย ให้	5 คะแนน	ตอบ ไม่เลย ให้	1 คะแนน
ตอบ เล็กน้อย ให้	4 คะแนน	ตอบ เล็กน้อย ให้	2 คะแนน
ตอบ ปานกลาง ให้	3 คะแนน	ตอบ ปานกลาง ให้	3 คะแนน
ตอบ มาก ให้	2 คะแนน	ตอบ มาก ให้	4 คะแนน
ตอบ มากที่สุด ให้	1 คะแนน	ตอบ มากที่สุด ให้	5 คะแนน

การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน เมื่อได้รวมคะแนนทุกข้อ จากผู้ตอบแบบสอบถามให้นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

คะแนน	26 – 60 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
คะแนน	61 – 95 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ
คะแนน	96 – 130 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้

ด้าน	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
สุขภาพกาย	7 – 16	17 – 26	27 - 35
จิตใจ	6 – 14	15 – 22	23 - 30
สัมพันธ์ภาพทางสังคม	3 – 7	8 – 11	12 - 15

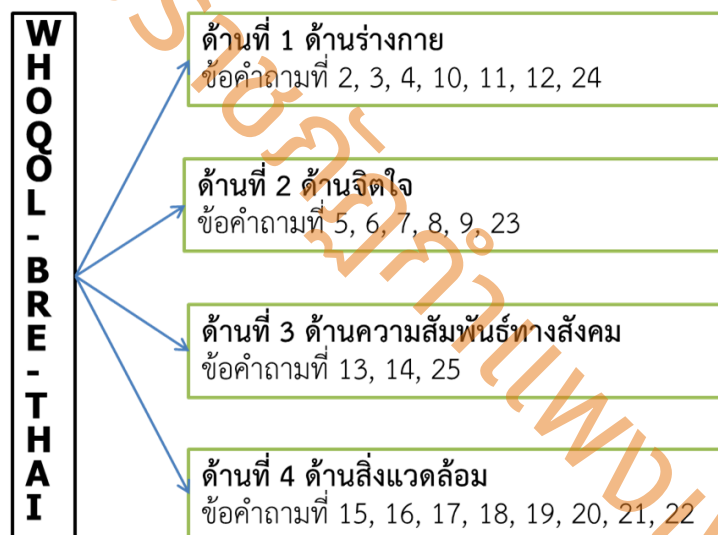
สิ่งแวดล้อม	8 – 18	19 – 29	30 – 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 – 60	61 – 95	96 - 130

ข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 26 ข้อ ถูกกำหนดเป็น 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24
2. องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 5, 6, 7, 8, 9, 23
3. องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อคำถามที่ 13, 14, 25
4. องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อคำถามที่ 15, 16, 17, 18, 19, 20,

21, 22

ส่วนข้อ 1, 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้



รูปที่ 4 WHOQOL-BREF-THAI

การวิเคราะห์ข้อมูล ให้นำทุกข้อคำถามตามคะแนนที่ได้รับนำมาคิดค่าเฉลี่ยทั้งหมด และคะแนนของแต่ละองค์ประกอบด้วยเพื่อใช้เปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น ๆ

การนำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ฉบับย่อนี้ ไปใช้ประโยชน์ สามารถนำไปใช้ในการทดลองทางคลินิก ใช้หาคะแนนพื้นฐาน (baseline scores) ในพื้นที่ ๆ ต้องการ และสามารถชี้วัดการเปลี่ยนแปลง

ระดับคุณภาพชีวิต เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาที่ใช้มาตรการอย่างหนึ่งอย่างใด ทั้งยังคาดหวังว่าเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI จะมีประโยชน์อย่างยิ่งในกรณีที่มีการดำเนินของโรคนั้น ๆ ดูเหมือนว่าอาการจะดีขึ้น หรือรุนแรงขึ้นเพียงบางส่วน และในกรณีที่มีการรักษาอาจจะเป็นแค่การบรรเทาอาการให้ดีขึ้นมากกว่าจะเป็นการรักษาให้หายขาด ในทางคลินิกเครื่องมือชี้วัด WHOQOL-BREF-THAI สามารถช่วยแพทย์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา สามารถบ่งชี้ถึงความเป็นไปได้ว่าการรักษานั้นได้ผลดี และเสียค่าใช้จ่ายมากหรือน้อย แพทย์สามารถนำมาใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงระดับของคุณภาพชีวิตจากการรักษาได้

ในอนาคต WHOQOL-BREF จะมีประโยชน์ในการวิจัยเพื่อวางนโยบายทางสุขภาพ เพราะเครื่องมือถูกพัฒนาขึ้นมาให้ใช้ได้ไม่จำกัดวัฒนธรรม ไม่จำกัดผู้ให้บริการทางการแพทย์ ผู้ใช้และในแง่ของกฎหมาย จากความเป็นสากลของแบบวัด สามารถเปรียบเทียบคะแนนกันได้ในเชิงระบาดวิทยา หรือในกรณีการศึกษาที่ต้องใช้การสะสมข้อมูลจากหลาย ๆ ศูนย์จะช่วยให้มั่นใจและยอมรับข้อมูลที่ได้

ข้อจำกัดของการนำ WHOQOL-BREF-THAI ไปใช้

1. การนำ WHOQOL-BREF-THAI ไปใช้กับประชาชนบางกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้สูงอายุอาจจะมีปัญหาในการใช้ เนื่องจากในการพัฒนาแบบวัดไม่ได้ศึกษาบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แนวทางแก้ไขหากมีปัญหากเกิดขึ้นจากการตอบคำถามอาจจะ เปลี่ยนไปใช้วิธีสัมภาษณ์ตามข้อความที่มีอยู่ แล้วให้ผู้ตอบเป็นผู้ประเมินคำตอบด้วยตนเอง หากผู้ตอบมีข้อสงสัยไม่เข้าใจผู้สัมภาษณ์สามารถอธิบายเพิ่มเติมตามกรอบหรือขอบเขตที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเอาไว้ในแต่ละหมวดได้

2. ข้อคำถามบางข้อยังมีจุดอ่อนในความเข้าใจคำถามอยู่บ้าง โดยเฉพาะข้อคำถามที่เกี่ยวกับเรื่องเพศเป็นคำถามที่ค่อนข้างมีปัญหาอยู่บ้าง ทั้งนี้เนื่องจากคำถามที่ต้องการบางข้อเป็นการยากที่จะใช้เพียงคำถามเดียวแล้วให้ผู้ตอบเข้าใจได้อย่างถูกต้องตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ แนวทางแก้ไขในกรณีที่น่าไปใช้แล้วเกิดปัญหาไม่เข้าใจคำถามคือ การอธิบายเพิ่มเติมตามกรอบหรือขอบเขตที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ในแต่ละข้อคำถามได้

## 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชไมพร พิกุลน้อย (2561) ได้ทำการศึกษาเรื่องการเสริมแรงจิตใจให้แก่ caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีค่าการประเมิน ADL น้อยกว่า 12 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความมั่นใจและสามารถเลือกแบบแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม ผู้ดูแลสามารถทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดีและสามารถให้คำแนะนำข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพแก่ผู้ดูแลท่านอื่นได้อย่างถูกต้อง ใช้วิธีสำรวจกระบวนการทางความคิด การปรับทัศนคติมองโลกในแง่บวกที่ควรจะเป็นการปรับความชอบหรือนิสัยหรือการจัดลำดับความคิดของตนเอง ดำเนินการโดยจัดประชุมทีมสหวิชาชีพร่วมดำเนินโครงการ และร่วมวางแผนการดูแลรักษา ทบทวนวรรณกรรมเพื่อนำองค์ความรู้มาใช้ให้เหมาะสมและประเมินความต้องการของกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็น caregiver ในกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการเรียนรู้กลุ่มๆ ละ 5-10 คน โดยนำวิธีปฏิบัติของ caregiver ที่ประสบความสำเร็จมาเป็นตัวอย่าง รวมทั้งเรื่องราวของ Dead case มารายงาน และประเมินความต้องการของ caregiver ด้วยการสอบถาม และสัมภาษณ์ บันทึกข้อมูลและเพิ่มช่องทางการติดต่อคลินิกสูงอายุของโรงพยาบาล โดยผ่าน LINE application ด้วยการสแกน QR code สรุปผลการดำเนินการเพื่อนำไปพัฒนาพร้อมข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. สร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียงทุกชุมชนทั่วกรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้
2. จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการเรียนรู้จากการดูแลผู้สูงอายุเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
3. ส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลทาง QR Code ทาง Application LINE หรือ e-book มากขึ้นโดยการเพิ่มเครือข่าย Free Wi-Fi ทั่วกรุงเทพมหานคร

ณัฐกร นิลเนตรและเพ็ญวิภา นิลเนตร (2561) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในอำเภอบึงสามพัน จังหวัดมหาสารคาม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิต ของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในอำเภอบึงสามพัน จังหวัดมหาสารคาม วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดมหาสารคาม โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ 2) เป็นผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรองดัชนีความสามารถในชีวิตประจำวันว่าเป็นผู้สูงอายุติดเตียง 3) เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุติดเตียง มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือเครือญาติ อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุติดเตียง ในอำเภอบึงสามพัน จังหวัดมหาสารคาม ทำหน้าที่รับผิดชอบหลักในการดูแลปฏิบัติกิจกรรมช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน และมีเกณฑ์คัดออก คือ 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่อยู่ในพื้นที่ในช่วงระหว่างเก็บข้อมูล 2) มีความบกพร่องทางร่างกายที่ไม่สามารถให้ข้อมูลกับผู้เก็บข้อมูลได้ ผลการวิจัย

พบว่า 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.4 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 29.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.3 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.6 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 57.6 มีรายได้ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 52.0 รายได้ส่วนใหญ่มีไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 76.4 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.0 มีระยะเวลาการนอนหลับน้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 50.0 มีความรู้สึกไม่เป็นภาระในการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 56.6 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุในอดีต ร้อยละ 59.4 มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ 94.3 กลุ่มที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับแหล่งความรู้มาจากแพทย์พยาบาล และบุคลากรที่มีสุขภาพ ร้อยละ 41.4 และส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุติดเตียงกับผู้ดูแลเป็นบุตร ร้อยละ 41.5 2) ข้อมูลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่มีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำอยู่ในระดับเหมือนปกติ ร้อยละ 73.6 การนอนไม่หลับเพราะกังวลใจในระดับไม่มากกว่าปกติ ร้อยละ 40.6 การทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่างๆในระดับเหมือนปกติ ร้อยละ 63.2 การตัดสินใจในเรื่องต่างๆในระดับเหมือนปกติ ร้อยละ 62.3 ตั้งเครียดอยู่ตลอดเวลาในระดับไม่มากกว่าปกติ ร้อยละ 37.7 ความสามารถเอาชนะความยากลำบากในระดับไม่เลย ร้อยละ 39.6 ความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันในระดับเหมือนปกติ ร้อยละ 75.5 การเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆในระดับเหมือนปกติ ร้อยละ 73.6 ความรู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมองในระดับไม่เลย ร้อยละ 62.3 เสียความมั่นใจในตัวเองในระดับไม่เลย ร้อยละ 55.7 คิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่าในระดับไม่เลย ร้อยละ 80.2 และมีความสุขโดยรวมในระดับเหมือนปกติ ร้อยละ 78.3

ณัชชพา หลงผาสุข, สุปรีดา มั่นคง และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2561) ได้ทำการวิจัยเรื่องภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา วิธีดำเนินการวิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นญาติผู้ดูแลทั้งเพศชายและหญิงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงที่บ้านในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 50 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ผลการวิจัย พบว่า ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุประเมินว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยของการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี หากพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการและการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ในระดับดี และด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง กิจกรรม ที่มีคะแนน สูงที่สุดคือ การหาวิธีได้อยู่ในที่ที่มีอากาศ

ถ่ายเทได้รับอากาศบริสุทธิ์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่มีคะแนนน้อยสุด ได้แก่ การหาเวลาพักผ่อน หย่อนใจ ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุต้องใช้ความพยายามในการดูแลตนเองบางกิจกรรมเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล สำหรับกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าต้องใช้ความพยายามในการดูแลตนเองมากขึ้นกว่าเดิมมากที่สุดคือ การจัดการกับความเครียดหรืออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และกิจกรรมการดูแลตนเองที่ลดลงมากที่สุด คือ การมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม โดยมีข้อเสนอแนะผลจากการศึกษาสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานที่บุคลากรทางสุขภาพควรจะแนะนำหรือวางแผนช่วยเหลือให้ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุหาเวลาพักผ่อนจากการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงเพื่อมาดูแลตนเองและรักษาสมดุลระหว่างการดูแลตนเองกับการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงได้อย่างเหมาะสม

วรรณวิมล เมฆวิมล (2554) ได้ทำการวิจัยเรื่องภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร ใช้ระเบียบการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 234 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ด้วยสถิติไคสแควร์ สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัจจัยทางชีวสังคมของบุคลากร พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ทำงานสายสนับสนุน สังกัดคณะมนุษยศาสตร์ฯ มีอายุระหว่าง 21 - 30 สถานภาพสมรสโสด การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ไม่มีอาชีพอิสระเสริม มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท และมีชั่วโมงการทำงาน ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมง 2) ภาวะสุขภาพกายของบุคลากร พบว่าส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับเหมาะสม นานๆจะมีอาการปวดหลังหรือปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เมื่อมีอาการปวดปล่อยให้หายเอง ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี โรคที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ โรคกระเพาะอาหาร รองลงมา ภูมิแพ้ ไมเกรน ข้อหรือกล้ามเนื้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง โคเลสเตอรอลหรือไขมันในเส้นเลือดสูง ตามลำดับ ส่วนใหญ่ติดตามอาการเจ็บป่วยโดยไม่ได้รับการรักษาหรือไปพบแพทย์ 3) ระดับภาวะสุขภาพจิตของบุคลากร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิต เท่ากับคนทั่วไป 4) พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร พบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ตนเอง การเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และเมื่อมีปัญหาสุขภาพจะปรึกษากับแพทย์ การตรวจดูการอาการผิดปกติของร่างกายด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติบ่อยครั้ง

วัลลภา อันดารา (2561) ได้ทำการวิจัยเรื่องการศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนบ้านเอื้ออาทรบางเขน (คลองถนน) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ พฤติกรรม

สุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนบ้านเอื้ออาทร กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนในชุมชนบ้านเอื้ออาทรบางเขน (คลองถนน) จำนวน 98 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิตและแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะสุขภาพกาย และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.87 และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.86 และ 0.74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และโคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีภาวะอ้วนระดับที่ 1 (ดัชนีมวลกายระหว่าง 25.00 - 29.99) มากที่สุด ร้อยละ 33.67 มีความดันโลหิตระดับสูง (ความดันโลหิต มากกว่า 130 - 139/80 - 89 mmHg) มากที่สุด ร้อยละ 61.22 ส่วนภาวะสุขภาพจิตพบว่า มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 48.99 แต่อย่างไรก็ตามยังมีกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 22.44 2) พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.18 3) พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต และภาวะสุขภาพจิต โดยมีขนาดของความสัมพันธ์ปานกลาง ( $V = 0.67, 0.69$  และ  $0.56$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการให้ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย และการลดการสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา

ศศิธร สุขจิตต์, จงรัก ดวงทอง, พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย และวรวุฒิ ฐะระคำ (2561) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลป่าเช่า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลป่าเช่า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลการทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ จำนวน 162 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสโนว์บอล (snowball sampling) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.8 มีอายุเฉลี่ย  $45.49 \pm 12.4$  ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.1 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 41.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของ ครอบครัว 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 40.7 ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะเป็นบุตร ร้อยละ 61.7 พักอาศัยที่บ้านของตนเอง ร้อยละ 92.6 ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 1 คน ร้อยละ 69.8 ช่วงอายุที่ดูแลมากที่สุด คือ 61-70 ปี ร้อยละ 49.1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.4 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 29.9 และดูแลผู้สูงอายุมาเป็นเวลา 2 ปี ร้อยละ

36.4 ผู้ดูแลมีระดับความรู้ความสามารถในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.4 มีความเครียดอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 67.3 และมีการรับรู้พลังอำนาจตนเองอยู่ในระดับ ปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.64 จากการศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านศักยภาพของผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ย 3.20 ด้านการสนับสนุนจากชุมชนและสังคม มีค่าเฉลี่ย 3.08 และด้านปัจจัยแวดล้อมของผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ย 3.01 ผู้ดูแลมีความต้องการพัฒนาและเสริมศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุมากทั้งด้านศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ย 3.46 ด้านการประสานงาน การสนับสนุนจากชุมชนและสังคมโดยรวม มีค่าเฉลี่ย 3.42 ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังลังเลและไม่มั่นใจว่าสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งชุมชนยังไม่ตระหนัก และเห็นความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ จึงควรนำข้อมูลนี้ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสภาวะและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

สุชาภา คล้ายมณี และคนอื่น ๆ (2561) ได้ทำการวิจัยเรื่องภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลและส่งเสริมภาวะสุขภาพนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ให้มีสุขภาพดี โดยศึกษาสถานการณ์ด้านปัญหาภาวะสุขภาพของนักศึกษา พัฒนาหาแนวปฏิบัติการดูแลและส่งเสริมสุขภาพนักศึกษาที่เหมาะสม และประเมินผลการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ผู้ร่วมวิจัย คือ นักศึกษาพยาบาลที่ศึกษาอยู่ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ระหว่างปีการศึกษา 2558 -2560 จำนวน 667 คน ผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องหลัก จำนวน 10 คน กระบวนศึกษาแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแล และส่งเสริมสุขภาพนักศึกษา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติ และสังเกต 3) การสะท้อนการปฏิบัติ และ 4) การปรับปรุง โดยใช้แบบสอบถามประเมินภาวะสุขภาพและความพึงพอใจของนักศึกษา ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ ที่สร้างขึ้น มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแคว์ จัดกลุ่มวิเคราะห์ที่เนื้อหาและเทคนิคสามเส้า (p-value < .05) ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติการดูแลและส่งเสริมสุขภาพนักศึกษาที่พัฒนาขึ้นแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ 2) การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับปัญหาสุขภาพ 3) การดูแลและส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องตามปัญหาที่พบ และ 4) การสนับสนุนปัจจัยที่เอื้อต่อการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ โดยพบว่าภาวะสุขภาพของนักศึกษาก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 ซึ่งปัญหาภาวะสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะโลหิตจางลดลงจากร้อยละ 34.5 เหลือร้อยละ 13.7 นักศึกษามีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจาก 3.53 คะแนน เป็น 4.02 คะแนน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) ผลการวิจัยครั้งนี้ ส่งผลถึงภาวะสุขภาพของนักศึกษาที่ดีขึ้น ภายหลังได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพตามแนวปฏิบัติ การดูแลและส่งเสริม

สุขภาพที่พัฒนาขึ้น จึงควรนำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปใช้ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพนักศึกษา โดยพัฒนาและปรับปรุงเพื่อนำไปสู่รูปแบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพนักศึกษาที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของวิทยาลัย ซึ่งจะทำให้ศึกษามีภาวะสุขภาพที่แข็งแรงและสมบูรณ์ อันจะส่งผลต่อการพัฒนาสติปัญญา และผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ดีของนักศึกษาอย่างยั่งยืนต่อไป

Michelly Guedes de Oliveira Araújo, และคนอื่น ๆ (2562) ได้ทำการวิจัยเรื่องการดูแลผู้ดูแล: คุณภาพชีวิตและภาระของผู้ดูแลที่เป็นผู้หญิง (Caring for the carer: quality of life and burden of female caregivers) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตและภาระของผู้ดูแลที่เป็นผู้หญิง การออกแบบงานวิจัยการดำเนินการและระยะเวลา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวางและเชิงปริมาณ การศึกษาได้ดำเนินการในบ้านของผู้ดูแลนอกระบบ(ที่ไม่เป็นทางการ) ที่ลงทะเบียนใน Family Health Strategy (FHS) ของเมือง Campina Grande/PB ตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงกรกฎาคม 2559 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: เกณฑ์การรวมและการยกเว้น ประชากรประกอบด้วยผู้ดูแลที่เป็นผู้หญิงอย่างไม่เป็นทางการที่มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวในเมือง Campina Grande/PB ซึ่งมีผู้ดูแลทั้งสิ้น 534 คน ตัวอย่างได้มาจากการติดต่อกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน (Community Health Workers: CHWs) ของ FHS ทั้งหมดในเมือง การสุ่มตัวอย่างจำนวนจำกัดส่งผลและกลุ่มตัวอย่างผู้หญิงจำนวน 224 คน พวกเขาผ่านเกณฑ์การคัดเลือก: เป็นผู้ดูแลอย่างน้อย 6 เดือนและมีอายุมากกว่า 18 ปี เกณฑ์การยกเว้นมีปัญหาในการสื่อสาร และจดทะเบียนใน FHS ในชนบท วิธีการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ภาคตัดขวาง และเชิงปริมาณ ดำเนินการกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้ผ่านการอบรม อาจจะเป็นญาติหรือคนใกล้ชิดที่อาสาเข้ามาดูแลผู้สูงอายุ อย่างไม่เป็นทางการนอกระบบจำนวน 224 คน ตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงกรกฎาคม 2559 ใช้เครื่องมือ 3 อย่าง: แบบฟอร์มแสดงคุณลักษณะสำหรับผู้ดูแล แบบสอบถาม WHOQOL-Bref และการสัมภาษณ์ภาระ Zarit ใช้การทดสอบต่อไปนี้: Alpha ของ Cronbach, Kolmogorov-Smirnov, Kruskal-Wallis, Spearman และ Mann-Whitney ผลการวิจัย พบว่า อายุเฉลี่ยของผู้ดูแล คือ 51.8 ปี โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.7 ส่วนใหญ่ แต่งงานแล้ว มีรายได้ต่ำและมีการศึกษาต่ำ เป็นญาติสายตรง ให้การดูแลมา 1 - 5 ปี และนำเสนอถึงความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ สถานภาพการสมรส จำนวนคนที่อาศัยอยู่กับผู้ดูแล และเวลาในการดูแลภาระงานดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต กล่าวคือ ยังมีภาระงานดูแลมากเท่าใด ชีวิตผู้ดูแลเหล่านี้ก็จะยิ่งบกพร่องมากขึ้นเท่านั้น

Stajduhar, K.I. et al. (2551) ได้ทำการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของผู้ดูแลครอบครัวในการรับมือกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน (Factors influencing family caregivers' ability to cope with providing end of life cancer care at home.) มีวัตถุประสงค์เพื่อ

อธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของผู้ดูแลครอบครัวในการรับมือกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน การออกแบบงานวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเชิงสื่อความหมายเป็นแนวทางในการศึกษานี้ การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างกับผู้ดูแลครอบครัวที่กระตือรือร้น จำนวน 29 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ตามหัวข้อต่าง ๆ ผลการวิจัย พบว่า มีปัจจัย 5 ประการที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการรับมือของผู้ดูแล คือ 1) แนวทางการใช้ชีวิตของผู้ดูแล 2) ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วย 3) การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย 4) คุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ตาย และ 5) ความรู้สึกปลอดภัยของผู้ดูแล ผลการวิจัยให้ข้อมูลที่สำคัญเพื่อช่วยในการแจ้งบริการด้านสุขภาพและนโยบายที่มุ่งเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลครอบครัว

Zuzana et al. (2562) ได้ทำการวิจัยเรื่องผลกระทบของการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (The impact of caregiving on caregivers of older persons and its associated factors: a cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลกระทบต่อผู้ดูแลและกำหนดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วย วิธีการวิจัยเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางของผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 385 คน ที่เข้ารับการอบรมกับคลินิกของชุมชนในประเทศมาเลเซีย ใช้การสุ่มตัวอย่างตามความสะดวกในระหว่างระยะเวลาการศึกษากับผู้ดูแลที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 21 ปี และให้การสนับสนุนโดยไม่ได้รับค่าจ้างมากกว่าหรือเท่ากับ 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ผู้เข้าร่วมต้องกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งรวมถึงดัชนีผู้ดูแลผู้สูงอายุในยุโรป (Carers of Older People in Europe: COPE) และคะแนนความเป็นอิสระของ EASY Care Standard 2010 (เครื่องมือในการวัดความวิตกกังวลด้านสุขภาพ ความเป็นอิสระในการทำงาน ความเป็นอยู่ที่ดี) ดัชนี COPE ใช้ในการประเมินผลกระทบของการดูแลผู้ดูแลที่มีภาระงานหนัก ถูกกำหนดให้เป็นผู้ที่มีคะแนนสำหรับระดับย่อยของ COPE ทั้ง 3 ระดับเป็นบวก สำหรับภาระงานความเป็นอิสระของผู้ดูแลได้รับการประเมินโดยใช้คะแนนความเป็นอิสระของแบบสอบถาม EASY Care Standard 2010 ใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมากกว่าหรือเท่ากับตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม เพื่อกำหนดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระงานผู้ดูแล-ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแล 73 คน (19.0%) มีภาระงานหนัก โดย 2 คนมีภาระงานหนักมาก คะแนนเฉลี่ยของผู้ดูแลมีค่าด้านบวก ผลกระทบด้านลบ และคุณภาพของระดับการสนับสนุนเท่ากับ 13.0, 9.0 และ 12.0 ตามลำดับ ค่ามัธยฐานของคะแนนความเป็นอิสระของผู้ดูแล คือ 18.0 พบว่าระดับกลุ่มชาติพันธุ์และการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาระงานผู้ดูแลสรุปว่าผู้ดูแลทั้งหมดได้รับความพึงพอใจและรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนในการดูแลทั้งระดับชาติพันธุ์และการศึกษามีความสัมพันธ์กับผู้ดูแลที่ต้องรับภาระ

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม ซึ่งเน้นการดูแลตนเองระดับบุคคลและความสามารถ โอเร็ม ได้อธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี” (Orem, Taylor, & Renpenning, 2001) ดังนั้นหากผู้ดูแลผู้สูงอายุดูแลตนเองได้ดีทั้งภาวะสุขภาพทางกายและภาวะสุขภาพทางจิตก็ย่อมส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุดีไปด้วย ซึ่งเป็นปัจจัยที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุได้ดีมีประสิทธิภาพตามไปด้วย



รูปที่ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ในครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการเชิงสำรวจ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

- 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.3 การสร้างเครื่องมือวิจัย
- 3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

#### 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 202 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง จำนวน 41 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ในปีงบประมาณ 2565 และปฏิบัติหน้าที่อยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดกำแพงเพชร

เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ในปีงบประมาณ 2565 และไม่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดกำแพงเพชรระหว่างทำการวิจัย

#### 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ

3.2.1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ การศึกษา อายุ ระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุ รายได้ สิทธิประกันสุขภาพ การตรวจสุขภาพประจำปี การรับวัคซีนป้องกัน COVID19

3.2.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางกาย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นการเติมค่าในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง ประกอบด้วย 1) การวัดค่า BMI การแปลผล ได้แก่ 1) BMI  $\leq 18.50$  = น้อยกว่าปกติ ระหว่าง 18.50-22.99 = ปกติ ระหว่าง 23.00-24.99 = น้ำหนักเกิน ระหว่าง 25.00-29.99 = อ้วนระดับที่ 1(ทั่วไป) ตั้งแต่ 30.00 ขึ้นไป = อ้วนระดับที่ 2 (กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2563) 2) การวัดความดันโลหิต การแปลผล ได้แก่ ค่าความดันโลหิต  $\leq 120/80$  = ปกติ 120-129/ 80-89 = ค่อนข้างสูง  $\geq 130-139/80-89$  = สูง 3) การวัดชีพจร การแปลผล ได้แก่  $\leq 60$  ครั้ง/นาที = ปกติ 61-100 ครั้ง/นาที = ค่อนข้างสูง  $\geq 100$  ครั้ง/นาที = สูง 4) การวัดรอบเอว การแปลผล ได้แก่ น้อยกว่า 80 ซม. = ปกติ มากกว่า 80 ซม. = เกินค่ามาตรฐาน (กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2563) 5) การออกกำลังกาย การพักผ่อน การรับประทานอาหาร แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย บางครั้ง (3 วัน/สัปดาห์) ประจำ (เกือบทุกวัน)

3.2.3 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางจิต เป็นแบบสอบถามประเภททั่วไปที่มีการใช้อย่างแพร่หลายในประเทศไทย ประกอบด้วยการประเมินโรคซึมเศร้า ด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ของกรมสุขภาพจิต(กรมสุขภาพจิต, 2564) การแปลผล ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม = ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ = เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า การประเมินความเครียดด้วยแบบประเมินความเครียด (ST5) ของกรมสุขภาพจิต(กรมสุขภาพจิต, 2564) การแปลผล จากคะแนนรวม ได้แก่ 0-4 คะแนน = เครียดน้อย 5-7 คะแนน = เครียดปานกลาง 8-9 คะแนน = เครียดมาก และ 10-15 คะแนน = เครียดมากที่สุด

3.2.4 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต เป็นแบบสอบถามประเภททั่วไปที่มีการใช้อย่างแพร่หลายในประเทศไทย ได้แก่ แบบชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2564) เป็น rating scale ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม การแปลผล เรียงตามลำดับคะแนนจากคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี กลางๆ และดี ได้แก่ ด้านร่างกาย (คะแนน 7-16, 17-26, 27-35) ด้านจิตใจ (คะแนน 6-14, 15-22, 23-30) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (คะแนน 3-7, 8-11, 12-15) ด้านสิ่งแวดล้อม (คะแนน 8-18, 19-29, 30-40) คุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม (คะแนน 26-60, 61-95, 96-130)

3.2.5 แบบบันทึกภาวะสุขภาพ เป็นแบบบันทึกผลจากแบบสอบถามเพื่อคืนข้อมูลภาวะสุขภาพให้แก่กลุ่มตัวอย่าง

3.2.6 เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง และเครื่องวัดความดันโลหิต

### 3.3. การสร้างเครื่องมือวิจัย

การสร้างเครื่องมือ มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาเอกสารเกี่ยวกับหลักการ แนวคิด วิธีการสร้างแบบสอบถาม

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดวัตถุประสงค์

ขั้นตอนที่ 3 สร้างแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อายุ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2 เป็นคำชี้แจง วัตถุประสงค์ และ แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกายของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ เป็นการเติมคำในช่องว่างหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิต ซึ่งเป็นแบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต เป็น rating scale ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง

ส่วนที่ 4 แบบชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยนายแพทย์ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นผู้พัฒนาเครื่องมือมาใช้และได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง เป็น rating scale

ส่วนที่ 5 เป็นคำถามปลายเปิดซึ่งจะตอบหรือไม่ก็ได้ จำนวน 1 ข้อ

ส่วนแบบบันทึกภาวะสุขภาพ เป็นแบบบันทึกผลจากแบบสอบถามเพื่อคืนข้อมูลภาวะสุขภาพให้แก่กลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 4 นำแบบสอบถามและแบบบันทึกภาวะสุขภาพไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องในด้านเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์

ขั้นตอนที่ 5 แก้ไขและปรับปรุงให้เป็นฉบับสมบูรณ์ แล้วจึงนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางกายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่า Index of item Objective: IOC = 0.78 ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามแล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) จากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.89

### 3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมในการทำการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร และได้รับการรับรองโครงการ วิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice ตามเอกสารเลขที่ COA No.014/2022 REC No. 009/65 KPRUREC

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล(รพสต.) จังหวัดกำแพงเพชร ที่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยแนะนำผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและให้ข้อมูลตามตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และ อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามโดยละเอียด พร้อมทั้งแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม มีการตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ด้วยชุดตรวจ Antigen Test Kit การตรวจวัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว สัญญาณชีพ (ความดันโลหิต ชีพจร) ก่อนตอบแบบสอบถาม และเก็บแบบสอบถามคืน

สำหรับแบบบันทึกสุขภาพที่ได้จัดเก็บข้อมูลสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้มอบคืนและหรือ แจกผลการตรวจสุขภาพให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุรับทราบเป็นรายบุคคล เพื่อให้ นำข้อมูลไปพัฒนาสุขภาพของตนเอง และให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อเป็นแบบอย่างด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่คนในชุมชน ต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วน ของแบบสอบถาม เมื่อพบว่าข้อมูลยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์จะมีการสอบถามเพิ่มเติม

ขั้นตอนที่ 5 ผู้วิจัยประชุมคณะทำงานเพื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อมูล และ เตรียมรวบรวม เรียบเรียงทำรายงานการวิจัย

### 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผลตามค่าคะแนน ในการอธิบายตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการประมวลผลนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสรุปและอภิปรายผลตามประเด็นการศึกษาที่กำหนดไว้ในวัตถุประสงค์

## บทที่ 4

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อปัญหาการเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ จากกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาจำนวน 41 คน และใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 5 ตอน โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL BREF-THAI) ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลและนำเสนอไว้ ดังนี้

- 4.1 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ตอบแบบสอบถาม
- 4.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางกาย
- 4.3 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางจิต
- 4.4 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL -BREF-THAI)
- 4.5 ข้อเสนอแนะ และหรือ อื่นๆ

#### 4.1 ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ (n=41 )

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1	2.44
หญิง	40	97.56
รวม	41	100

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 97.56 และเป็นเพศชาย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.44

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา (n=41)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	5	12.20
มัธยมศึกษา	31	75.61
อนุปริญญาตรี	3	7.32
ปริญญาตรี	2	4.87
สูงกว่าปริญญาตรี	-	
รวม	41	100

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษา จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 75.61 จบประถมศึกษา จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 12.20 จบอนุปริญญาตรี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 7.32 และจบปริญญาตรี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.87

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ (n=41 )

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
ต่ำกว่า 30 ปี	3	7.32
30-45 ปี	12	29.27
46- 60 ปี	24	58.54
60 ปี ขึ้นไป	-	-
ไม่ตอบ	2	4.87
รวม	41	100

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 46- 60 ปี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 58.54 อันดับรองลงมาคืออายุระหว่าง 30-45 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 29.27 และอายุต่ำกว่า 30 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 7.32

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาการผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n=41 )

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
น้อยกว่า 1 ปี	18	43.90
1 ปี ขึ้นไปแต่ไม่ถึง 3 ปี	7	17.07
3 ปี-5 ปี 11เดือน	3	7.32
6 ปี - 10 ปี	6	14.63
มากกว่า 10 ปี	4	9.76
ไม่ตอบ	3	7.32
รวม	41	100

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการผู้ดูแลผู้สูงอายุน้อยกว่า 1 ปี จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 43.90 อันดับรองลงมา คือ 1 ปี ขึ้นไปแต่ไม่ถึง 3 ปีจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 17.07 และ 6 ปี - 10 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 14.63 และมากกว่า 10 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 7.32

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาการผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อวัน (n=41 )

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อวัน		
น้อยกว่า 3 ชั่วโมง	24	58.54
3 - 6 ชั่วโมง	11	26.82
7 - 9 ชั่วโมง	2	4.88
10 - 12 ชั่วโมง	-	
มากกว่า 12 ชั่วโมง	-	
ไม่ตอบ	4	9.76
รวม	41	100

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อวันน้อยกว่า 3 ชั่วโมง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 58.54 อันดับรองลงมา คือ 3 - 6 ชั่วโมงจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 26.82 และ 7 - 9 ชั่วโมง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.88

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้ต่อเดือน (n=41)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	31	75.61
10,000-20,000 บาท	6	14.63
20,000-30,000 บาท	-	
มากกว่า30,000 บาท	-	
ไม่ตอบ	4	9.76
รวม	41	100

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 75.61 อันดับรองลงมา คือ 10,000-20,000 บาท จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 14.63

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสิทธิการรักษา (n=41)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิการรักษา		
ชำระเงินเอง	1	2.44
ประกันสังคม	-	
ประกันชีวิต	-	
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	5	12.19
ประกันสุขภาพ 30 บาทรักษาทุกโรค	35	85.37
รวม	41	100

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาด้วยสิทธิประกันสุขภาพ 30 บาท รักษาทุกโรคจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 85.37อันดับรองลงมา คือ สิทธิข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 12.19 และชำระเงินเอง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.44

## 4.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางกาย

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการตรวจสุขภาพประจำปี (n=41)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การตรวจสุขภาพประจำปี		
ไม่เคยตรวจ	16	39.02
เคยตรวจ	25	60.98
รวม	41	100
ตรวจสุขภาพประจำปีครั้งสุดท้ายเมื่อ		
ปี พ.ศ. 2564	1	4.00
ปี พ.ศ. 2565	6	24.00
ไม่ระบุ	18	72.00
รวม	25	100

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 60.98 อันดับรองลงมา คือ ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 39.02 และพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ที่เคยตรวจสุขภาพประจำปีครั้งสุดท้าย ไม่ระบุจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 72.00 อันดับรองลงมา คือ ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 24.00 และเมื่อปี พ.ศ. 2564 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการตรวจค้นหาโรคไวรัสโคโรนา19 (COVID 19) (n=41 )

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การตรวจค้นหาโรคไวรัสโคโรนา19 (COVID 19)		
ไม่เคยตรวจ	-	-
เคยตรวจ	41	100
รวม	41	100
ตรวจครั้งสุดท้ายเมื่อ		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ปี พ.ศ. 2565	19	46.34
ไม่ระบุ	19	46.34
ไม่ตอบ	3	7.32
รวม	41	100

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยตรวจค้นหาโรคไวรัสโคโรนา 19 (COVID 19) จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 100 อันดับรองลงมา คือ ไม่เคยตรวจค้นหาโรคไวรัสโคโรนา 19 (COVID 19) และในกรณีตรวจครั้งสุดท้ายเมื่อ ส่วนใหญ่ตรวจเมื่อปี พ.ศ. 2565 จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 46.34 และ ไม่ระบุปี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 46.34 เท่ากัน

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 19 (COVID 19) (n=41 )

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 19 (COVID 19)		
ไม่ได้รับ	-	-
ได้รับ จำนวน 2 เข็ม	10	24.39
ได้รับจำนวน 3 เข็ม	19	46.34
ได้รับจำนวน 4 เข็ม	12	29.27
<b>รวม</b>	<b>41</b>	<b>100</b>
จำแนกตามจำนวนและร้อยละของผู้ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 19		
จำนวน 2 เข็ม	จำนวน	ร้อยละ
Sinovac + AstraZeneca	5	50
Sinovac + Pfizer	1	10
Sinovac + Sinopharm	1	10
Sinopharm 2 เข็ม	1	10
AstraZeneca 2 เข็ม	1	10
Pfizer 2 เข็ม	1	10

ไม่ระบุ	-	-
<b>รวม</b>	<b>10</b>	<b>100</b>
จำนวน 3 เข็ม	จำนวน	ร้อยละ
Sinovac + Sinovac + Pfizer	3	15.79
Sinovac + Pfizer+ Pfizer	2	10.53
Sinovac + Pfizer+ AstraZeneca	2	10.53
Sinovac + AstraZeneca + AstraZeneca	1	5.26
AstraZeneca 3 เข็ม	1	5.26
AstraZeneca + AstraZeneca+ Pfizer	5	26.31
Pfizer 3 เข็ม	4	21.06
ไม่ระบุ	1	5.26
<b>รวม</b>	<b>19</b>	<b>100</b>
จำนวน 4 เข็ม		
Sinovac + Sinovac + Pfizer+ Pfizer	8	66.67
Sinovac + Sinovac + AstraZeneca + Pfizer	1	8.33
Sinovac + AstraZeneca + Pfizer+ Pfizer	1	8.33
AstraZeneca +AstraZeneca + Pfizer+ Pfizer	2	16.67
<b>รวม</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา19 จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 100 เมื่อแยกตามจำนวนเข็ม ปรากฏดังนี้ จำนวน 2 เข็ม มีจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 24.39 จำนวน 3 เข็ม จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 46.34 และจำนวน 4 เข็ม มีจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 29.27

ผู้ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา19 จำนวน 2 เข็ม จำนวน 10 คน ได้แก่ Sinovac + Astra Zeneca จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนผู้ที่ได้รับ Sinovac + Pfizer, Sinovac + Sino pharm, Sinopharm 2 เข็ม, AstraZeneca 2 เข็ม, Pfizer 2 เข็ม อย่างละ 1 คน เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 10

ผู้ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา19 จำนวน 3 เข็ม จำนวน 19 คน ได้แก่ Astra Zeneca + AstraZeneca+ Pfizer จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 26.31, Pfizer 3 เข็ม จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 21.06, Sinovac + Sinovac + Pfizer จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15.79, Sinovac + Pfizer+ Pfizer และ Sinovac + Pfizer+ AstraZeneca จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10.53 เท่ากัน, Sinovac + AstraZeneca + AstraZeneca, AstraZeneca 3 เข็ม และไม่ระบุอย่างละ 1 คน เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 5.26

ผู้ที่ได้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา19 จำนวน 4 เข็ม จำนวน 12 คน ได้แก่ Sinovac + Sinovac + Pfizer+ Pfizer จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละร้อยละ 66.67, AstraZeneca + Astra Zeneca + Pfizer+ Pfizerจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละร้อยละ 16.67, Sinovac + Sinovac + Astra Zeneca + Pfizer และ Sinovac + AstraZeneca + Pfizer+ Pfizer อย่างละ 1 คน เท่ากันคิดเป็นร้อยละร้อยละ 8.33

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับวัคซีนอื่น ๆ (n=41)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับวัคซีนอื่น ๆ		
ไม่ได้รับ	5	12.20
ได้รับ	10	24.39
ไม่ตอบ	26	63.41
รวม	41	100
ได้รับระบุชนิด	10	
วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่	8	80
ไม่ระบุ	2	20
รวม	10	100
ได้รับครั้งสุดท้ายเมื่อ		
พ.ศ. 2564	1	10
พ.ศ. 2565	7	70

ไม่ระบุ	2	20
รวม	10	100

จากตารางที่ 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับวัคซีนอื่นๆ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 12.20 ไม่ได้  
รับวัคซีนอื่น ๆ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 24.39 ไม่ระบุ จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 63.41 เมื่อ  
ถามถึงการได้รับวัคซีนอื่น ๆ มีผู้ตอบแบบถาม จำนวน 10 คน และระบุชนิด จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ  
80 (และระบุวัคซีนที่ได้รับคือ วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่) และไม่ระบุ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20  
กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับครั้งสุดท้ายเมื่อ พ.ศ. 2564 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ได้รับครั้งสุดท้ายเมื่อ พ.ศ.  
2565 จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 70 และไม่ระบุ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามน้ำหนักและส่วนสูง (n=41)

น้ำหนัก	จำนวน	ร้อยละ	ส่วนสูง	จำนวน	ร้อยละ
40-49 กก.	4	9.76	140-149 ซม.	6	14.63
50-59 กก.	12	29.27	150-159 ซม.	24	58.54
60-69 กก.	15	36.58	160-169 ซม.	10	24.39
มากกว่า 70 กก.	10	24.39	170-179 ซม.	1	2.44
รวม	41	100	รวม	41	100

จากตารางที่ 12 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีน้ำหนัก 60-69 กก. จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ  
36.58 มีน้ำหนัก 50-59 กก. จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 29.27 มีน้ำหนักมากกว่า 70 กก. จำนวน  
10 คน คิดเป็นร้อยละ 24.39 สำหรับส่วนสูงส่วนใหญ่มีส่วนสูง 150-159 ซม. จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ  
58.54 มีส่วนสูง 160-169 ซม. จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 24.39 มีส่วนสูง 140-149 ซม.จำนวน  
6 คน คิดเป็นร้อยละ 14.63

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามดัชนีมวลกาย (n=41)

ดัชนีมวลกาย	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 18.50 กก./ม <sup>2</sup> (น้อยกว่าปกติ)	-	-
18.50 - 22.99 กก./ม <sup>2</sup> (ปกติ)	15	36.58
23.00 - 24.99 กก./ม <sup>2</sup> (น้ำหนักเกิน)	14	34.15
25.00 - 29.99 กก./ม <sup>2</sup> (อ้วนระดับ 1)	12	29.27

มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กก./ม <sup>2</sup> (อ้วนระดับ2)	-	-
รวม	41	100

จากตารางที่ 13 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 36.58 และยังมีดัชนีมวลกายน้ำหนักเกินจนถึงอ้วนระดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 34.15 และ 29.27 ตามลำดับ

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรอบเอว (n=41)

รอบเอว	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 80 ซม (ปกติ)	11	26.83
มากกว่า 80 ซม (เกินมาตรฐาน)	27	65.85
ไม่ระบุ	3	7.32
รวม	41	100

จากตารางที่ 14 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรอบเอวมมากกว่า 80 ซม จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 65.85 อันดับรองมีรอบเอวน้อยกว่า 80 ซม จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 26.83

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสัญญาณชีพ (n=41)

สัญญาณชีพ	จำนวน	ร้อยละ
ความดันโลหิต		
น้อยกว่า 120/80 มม.ล.ปรอท(ปกติ)	10	24.39
120-129/80-84 มม.ล.ปรอท(ค่อนข้างสูง)	13	31.71
130-139/85-89 มม.ล.ปรอท(สูง)	13	31.71
ไม่ตอบ	5	12.19
ชีพจร		
น้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที	2	4.88
61-100 ครั้ง/นาที	30	73.17
มากกว่า 100 ครั้ง/นาที	3	7.32
ไม่ตอบ	6	14.63
รวม	41	100

จากตารางที่ 15 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าความดันโลหิต 120-129/80-84 มล.ล.ปรอท (ค่อนข้างสูง) และ 130-139/85-89 มล.ล.ปรอท (สูง) เท่ากัน คือ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 31.71 สำหรับชีพจรส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 61-100 ครั้ง/นาที) จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 73.17

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรคประจำตัว (n=41)

โรคประจำตัว	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	31	75.61
มี ได้แก่	8	19.51
ไม่ระบุ	2	4.88
	41	100
ถ้ามี		
รับยาต่อเนื่อง	7	87.5
รับยาไม่ต่อเนื่อง	1	12.5
รวม	8	100

จากตารางที่ 16 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 75.61 มีโรคประจำตัว จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 19.51 ในจำนวนนี้มีโรคประจำตัว ได้แก่ ตับอักเสบ จำนวน 1 คน ความดันโลหิตสูง จำนวน 1 คน ความดันและเบาหวาน จำนวน 1 คน เบาหวานและไขมันในเลือดสูง จำนวน 4 คน เบาหวานและภูมิแพ้ จำนวน 1 คน ไม่ระบุโรคประจำตัว จำนวน 2 คน

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการดื่มสุรา (n=41)

การดื่มสุรา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดื่ม	33	80.49
ดื่ม	6	14.63
เคยดื่ม แต่หยุดดื่ม.....ปี	1	2.44
ไม่ตอบ	1	2.44
รวม	41	100

จากตารางที่ 17 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุราจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 80.49 ดื่มสุรา จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 14.63 และเคยดื่ม แต่หยุดดื่มไม่ระบุปีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.44

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสูบบุหรี่ (n=41 )

การสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
ไม่สูบ	40	97.56
สูบ	-	
เคยสูบ แต่หยุดสูบ.....ปี	-	
ไม่ตอบ	1	2.44
รวม	41	100

จากตารางที่ 18 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 97.56 และไม่ตอบ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.44

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาที (n=41)

การออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาที	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคย	-	-
บางครั้ง (3 ครั้ง/สัปดาห์)	36	87.80
ประจำ (เกือบทุกวัน)	5	12.20
ไม่ตอบ	-	-
รวม	41	100

จากตารางที่ 19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ออกกำลังกายครั้งละ 30 นาทีเป็นบางครั้ง (3 ครั้ง/สัปดาห์) จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 87.80 และออกกำลังกายครั้งละ 30 นาทีเป็นประจำ (เกือบทุกวัน) จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 12.20

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการนอนหลับพักผ่อน(ชั่วโมง/วัน) (n=41)

การนอนหลับพักผ่อน(ชั่วโมง/วัน)	จำนวน	ร้อยละ
ไม่แน่นอน	5	12.20
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง/วัน	6	14.63
6-10 ชั่วโมง/วัน	30	73.17
ไม่ตอบ	-	
รวม	41	100

จากตารางที่ 20 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นอนหลับพักผ่อน 6-10 ชั่วโมง/วัน จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 73.17 นอนหลับพักผ่อนน้อยกว่า 6 ชั่วโมง/วัน จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 14.63 นอนหลับพักผ่อนไม่แน่นอน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 12.20

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับประทานอาหาร (n=41 )

การรับประทานอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
1. อาหารไขมันสูง เช่น คูกี้ เค้ก ของทอด หมู กระทะ แกงกะทิ		
ไม่เลย	2	4.88
บางครั้ง (3 วัน/สัปดาห์)	36	87.80
ประจำ(เกือบทุกวัน)	3	7.32
ไม่ตอบ	-	-
รวม	41	100
2. อาหารรสเค็มหรือมีเกลือโซเดียมสูง เช่น ซีอิ๊ว น้ำปลา เต้าเจี้ยว กะปิ ผงปรุงรส อาหารสำเร็จรูป		
ไม่เลย	2	4.88
บางครั้ง (3 วัน/สัปดาห์)	28	68.29
ประจำ(เกือบทุกวัน)	11	26.83
รวม	41	100
3. อาหารรสหวานหรือน้ำตาลสูง เช่น น้ำอัดลม ขนมหวาน		
ไม่เลย	3	7.32
บางครั้ง (3 วัน/สัปดาห์)	37	90.24
ประจำ(เกือบทุกวัน)	-	-
ไม่ตอบ	1	2.44
รวม	41	100
4. ผักและผลไม้		
ไม่เลย	-	-
บางครั้ง (3 วัน/สัปดาห์)	17	41.46

การรับประทานอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
ประจำ(เกือบทุกวัน)	23	56.10
ไม่ตอบ	1	2.44
รวม	41	100
5. ผลิตภัณฑ์/อาหารเสริม		
ไม่เลย	16	39.02
บางครั้ง (3 วัน/สัปดาห์)	23	56.10
ประจำ(เกือบทุกวัน)	2	4.88
ไม่ตอบ	-	-
รวม	41	100

จากตารางที่ 21 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานอาหารประเภทอาหารไขมันสูง เช่น คุกกี้ เค้ก ของทอด หมู กระทะ แกงกะทิ เป็นบางครั้ง (3 วัน/สัปดาห์) จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 87.80 รับประทานเป็นประจำ(เกือบทุกวัน) นวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 26.83 ไม่รับประทานเลย จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.88 การรับประทานอาหารรสเค็มหรือมีเกลือโซเดียมสูง เช่น ซีอิ๊ว น้ำปลา เต้าเจี้ยว กะปิ ผงปรุงรส อาหารสำเร็จรูปเป็นบางครั้ง (3 วัน/สัปดาห์)จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 68.29 รับประทานเป็นประจำ(เกือบทุกวัน) จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 26.83 และไม่รับประทานเลย จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.88 การรับประทานอาหารรสหวานหรือน้ำตาลสูง เช่น น้ำอัดลม ขนมหวาน บางครั้ง (3 วัน/สัปดาห์) จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 90.24 ไม่รับประทานเลย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 7.32 การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ(เกือบทุกวัน) จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 56.10 รับประทานเป็นบางครั้ง (3 วัน/สัปดาห์) จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 41.46 การรับประทานผลิตภัณฑ์/อาหารเสริมเป็นบางครั้ง (3 วัน/สัปดาห์) จำนวน 23 คน คิดเป็นและรับประทานเป็นประจำ (เกือบทุกวัน) จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.88 โดยรับประทานคอลลาเจน ร้อยละ 56.10 ไม่รับประทานเลย จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 39.02 จำนวน 1 คน และไม่ระบุ จำนวน 1 คน

### 4.3 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางจิต

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (n=41)

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่		
ไม่มี	39	95.12
มี	-	-
ไม่ตอบ	2	4.88
รวม	41	100
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่		
ไม่มี	39	95.12
มี	-	-
ไม่ตอบ	2	4.88
รวม	41	100

จากตารางที่ 22 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ว่าไม่รู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังเลย จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 95.12 ไม่ตอบ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.88 กรณีผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ว่าใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ไม่รู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินจำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 95.12 ไม่ตอบ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.88

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเครียด(ภายใน 1 เดือน) (n=41)

ความเครียด (ภายใน 1 เดือน)	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	31	75.61
มี	8	19.51
ไม่ตอบ	2	4.88
รวม	41	100

ความเครียด (ภายใน 1 เดือน)	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ที่มีความเครียด/อาการหรือความรู้สึก ที่เกิดในระยะ 2-4 สัปดาห์	จำนวน	ร้อยละ
1. มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก		
เป็นบางครั้ง	4	50
ไม่ตอบ	4	50
2. มีสมาธิน้อยลง		
เป็นบางครั้ง	5	62.5
ไม่ตอบ	3	37.5
3. หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ		
เป็นบางครั้ง	6	75
ไม่ตอบ	2	25
4. รู้สึกเบื่อ เซ็ง		
เป็นบางครั้ง	6	75
ไม่ตอบ	2	25
5. ไม่อยากพบปะผู้คน		
เป็นบางครั้ง	3	37.5
ไม่ตอบ	5	62.5
รวม	8	100

จากตารางที่ 23 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีความเครียด (ภายใน 1 เดือน) จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 75.61 มีความเครียด จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 19.51 และไม่ตอบ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.88 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียด จำนวน 8 คน พบว่ามีอาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2-4 สัปดาห์ด้านปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมากเป็นบางครั้ง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ไม่ระบุ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 50 มีสมาธิน้อยลงเป็นบางครั้ง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 62.5 ไม่ระบุ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจเป็นบางครั้งจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 75 ไม่ระบุ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 25 รู้สึกเบื่อ เซ็ง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 75 ไม่ระบุ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 25 และไม่อยากพบปะผู้คนเป็นบางครั้ง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 ไม่ระบุ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 62.5

#### 4.4 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

ตารางที่ 24 ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการแปลผลคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n=41)

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด	3.73	0.5	มาก
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักน้อยเพียงใด	3.17	0.59	ปานกลาง
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันใหม่ (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)	3.63	0.36	มาก
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักน้อยเพียงใด	3.54	0.12	มาก
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด	3.59	0.43	มาก
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด	3.68	0.51	มาก
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากนักน้อยแค่ไหน	4.24	0.34	มาก
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม	3.76	0.74	มาก
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน	3.56	0.5	มาก
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	3.24	0.60	ปานกลาง
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากนักน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	3.66	0.51	มาก
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด	2.51	0.42	ปานกลาง
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน	3.82	0.55	มาก

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แคไหน	2.61	0.42	ปานกลาง
15	ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน	3.61	0.51	มาก
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด	3.66	0.5	มาก
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด	3.07	0.58	ปานกลาง
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด	3.46	0.43	ปานกลาง
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด	3.44	0.37	ปานกลาง
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด	3.40	0.46	ปานกลาง
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด	3.41	0.5	ปานกลาง
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด	3.56	0.78	มาก
23	ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน	3.98	0.5	มาก
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	3.80	0.54	มาก
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่าน มีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)	3.51	0.9	มาก
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด	3.61	0.51	มาก
	รวม	3.51	0.49	มาก

จากตารางที่ 24 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีคุณภาพชีวิตผลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.51$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกพอใจในตนเองอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.24$ ) มีความพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.98$ ) รู้สึกว่าคุณชีวิตท่านมีความหมาย อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.82$ ) และสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.80$ ) ยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.76$ ) พอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.73$ ) จำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล

เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน และพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.66$ ) เท่ากัน รู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีใหม่ในแต่ละวัน และ คิดว่ามีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.61$ ) เท่ากัน รู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.59$ ) พอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน (หมายถึงการคมนาคม) อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.56$ ) พอใจกับการนอนหลับของท่านอยู่ในระดับมาก( $\bar{X}= 3.54$ ) พอใจในชีวิตทางเพศของท่าน อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.51$ ) พอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.46$ ) ได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.44$ ) มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.40$ ) รู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำ อะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวันอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.24$ ) เจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.17$ ) มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}= 3.07$ ) พอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}= 2.61$ ) พอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมาอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}= 2.51$ ) ตามลำดับ

ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการแปลผลคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (n=41)

	คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากน้อยเพียงใด	3.17	0.59	ปานกลาง
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันใหม่ (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)	3.63	0.36	มาก
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด	3.54	0.12	มาก
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	3.24	0.60	ปานกลาง
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	3.66	0.51	มาก

12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด	2.51	0.42	ปานกลาง
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	3.80	0.54	มาก
	ผลค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต	3.36	0.36	ปานกลาง

จากตารางที่ 25 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายผลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.36) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 3.80) จำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ในแต่ละวัน อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 3.66) มีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันใหม่(ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน) อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 3.63) พอใจกับการนอนหลับอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 3.54) พอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมาอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 2.51) รู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวันอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.24) เจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.17) ตามลำดับ

ตารางที่ 26 ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการแปลผลคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (n=41)

	คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มาน้อยเพียงใด	3.59	0.43	มาก
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด	3.68	0.51	มาก
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน	4.24	0.34	มาก
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม	3.76	0.74	มาก
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน	3.56	0.5	มาก
23	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน	3.98	0.5	มาก
	ผลค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต	3.52	0.50	มาก

จากตารางที่ 26 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีผลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 3.52) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สึกพอใจในตนเองอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 4.24)

อันดับรองลงมาคือ รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.98$ ) ยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.76$ ) รู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.59$ ) และมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ ลึ้นหวัง วิตกกังวลบ่อยอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.56$ ) ตามลำดับ

ตารางที่ 27 ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการแปลผลคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม (n=41)

	คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน	3.82	0.55	มาก
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่ไหน	2.61	0.42	ปานกลาง
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้ว ท่าน มีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)	3.51	0.27	มาก
	ผลค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต	3.31	0.41	ปานกลาง

จากตารางที่ 27 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมผลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.31$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่พอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.82$ ) พึงพอใจในชีวิตทางเพศอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.51$ ) และพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.61$ ) ตามลำดับ

ตารางที่ 28 ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการแปลผลคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (n=41)

	คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
15	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน	3.61	0.51	มาก
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด	3.66	0.5	มาก
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด	3.07	0.58	ปานกลาง
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตาม	3.46	0.43	ปานกลาง

	คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
	ความจำเป็นเพียงใด			
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน อย่างน้อยเพียงใด	3.44	0.37	ปานกลาง
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดอย่างน้อยเพียงใด	3.40	0.46	ปานกลาง
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านอย่างน้อยเพียงใด	3.41	0.5	ปานกลาง
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) อย่างน้อยเพียงใด	3.56	0.78	มาก
	ผลค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต	3.45		ปานกลาง

จากตารางที่ 28 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมผลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.45$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.66$ ) รู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหม ในแต่ละวันอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.61$ ) พอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน (หมายถึงการคมนาคม) อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.56$ ) พอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.46$ ) ได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.44$ ) สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.41$ ) มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.40$ ) มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.07$ ) ตามลำดับ

ตารางที่ 29 ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการแปลผลคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง  
จำแนกตามคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม (n=41)

	ผลรวมคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างน้อยเพียงใด	3.73		มาก
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด	3.61		มาก
	ผลค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต	3.67		มาก

จากตารางที่ 29 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตผลรวมของคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.67$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พอใจกับ

สุขภาพของท่านในตอนนี้อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.73$ ) และมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.61$ )

ตารางที่ 30 การแปลผลคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามค่าคะแนน (n=41)

การแปลผล คุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิต ที่ไม่ดี (26-60 คะแนน)	คุณภาพชีวิต กลางๆ (61-95 คะแนน)	คุณภาพชีวิต ที่ดี (96-130คะแนน)	ไม่ ตอบ	รวม
จำนวน	7	9	24	1	41
ร้อยละ	17.07	21.95	58.54	2.44	100

ตารางที่ 30 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตดี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 58.54 คุณภาพชีวิตกลาง ๆ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 21.95 คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 17.07 และไม่ตอบจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.44

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ และวิเคราะห์ภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อปัญหาการเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมงจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2564

ผู้วิจัยกำหนดวิธีดำเนินการวิจัยโดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ในปีงบประมาณ 2565 และปฏิบัติหน้าที่อยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 41 คน โดยมีเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ในปีงบประมาณ 2565 และไม่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดกำแพงเพชรระหว่างทำการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางกาย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 3) แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางจิต 4) แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) 5) แบบบันทึกภาวะสุขภาพ พร้อมเครื่องชั่งน้ำหนักและเครื่องวัดความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผลตามค่าคะแนน ในการอธิบายตัวแปร ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการประมวลผลนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสรุปและอภิปรายผลตามประเด็นการศึกษาที่กำหนดไว้ในวัตถุประสงค์

#### 5.1 สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัยแบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

5.1.1 สรุปผลการศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลเบื้องต้นของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงคิดเป็นร้อยละ 97.56 ระดับการศึกษาจบมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 75.61 มีอายุระหว่าง 46- 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.54 มีระยะเวลาการผู้ดูแลผู้สูงอายุน้อยกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.90 มีระยะเวลาการผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อวันน้อยกว่า 3 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 58.54 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท

คิดเป็นร้อยละ 75.61 และมีสิทธิการรักษาด้วยสิทธิประกันสุขภาพ 30 บาทรักษาทุกโรค คิดเป็นร้อยละ 85.37

5.1.2 สรุปผลการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางกาย พบว่าส่วนใหญ่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยเคยตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 60.98 ส่วนใหญ่เคยตรวจสุขภาพประจำปีครั้งสุดท้าย ร้อยละ 72.00 ในปี พ.ศ. 2565 ร้อยละ 24.00 เคยตรวจค้นหาโรคไวรัสโคโรนา 19 (COVID 19) ร้อยละ 100 เคยตรวจครั้งสุดท้ายเมื่อปี พ.ศ. 2565 ร้อยละ 46.34 ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 19 ร้อยละ 100 แยกตามจำนวน 2 เข็ม ร้อยละ 26.83 ส่วนใหญ่ได้รับ Sinovac + AstraZeneca ได้รับจำนวน 3 เข็ม ส่วนใหญ่ได้รับ AstraZeneca + AstraZeneca + Pfizer คิดเป็นร้อยละ 19.51 ได้รับ จำนวน 4 เข็ม ส่วนใหญ่ได้รับ Sinovac + Sinovac + Pfizer + Pfizer ร้อยละ 21.95 นอกจากนี้ได้รับวัคซีนอื่น ๆ ร้อยละ 12.20 โดยได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่

ภาวะสุขภาพทางกายส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าส่วนใหญ่ มีน้ำหนัก 60-69 กก. ร้อยละ 36.58 ส่วนสูง 150-159 ซม. ร้อยละ 58.54 เมื่อคำนวณดัชนีมวลกายซึ่งเป็นตัวชี้วัดมาตรฐานเพื่อประเมินสภาวะของร่างกายพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานหรือปกติ ร้อยละ 36.58 น้ำหนักเกิน ร้อยละ 34.15 อ้วนระดับ 1 หรือท่วม ร้อยละ 19.51 อ้วนระดับ 1 ร้อยละ 17.07 ด้านรอบเอวส่วนใหญ่มีรอบเอวมมากกว่า 80 ซม ร้อยละ 65.85 ด้านสัญญาณชีพมีค่าความดันโลหิต 120-129/80-84 มล.ล.ปรอท (ค่อนข้างสูง) และ 130-139/85-89 มล.ล.ปรอท (สูง) เท่ากัน คือ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 31.71 สำหรับชีพจรส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 61-100 ครั้ง/นาที) จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 73.17 และสุขภาพโดยรวมส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.61 มีบางส่วนมีโรคประจำตัว เช่น ตับอักเสบ ความดันโลหิตสูง ความดันและเบาหวาน เบาหวานและไขมันในเลือดสูง เบาหวานและภูมิแพ้ คิดเป็นร้อยละ 19.51

ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพเนื่องจากส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 80.49 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 97.56 ออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที (3 ครั้ง/สัปดาห์) เป็นบางครั้ง ร้อยละ 87.80 นอนหลับพักผ่อน 6-10 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 73.17 การรับประทานอาหารประเภทอาหารไขมันสูง เช่น คุกกี้ เค้ก ของทอด หมู กระเพาะ แกงกะทิ เป็นบางครั้ง (3 วัน/สัปดาห์) ร้อยละ 87.80 รับประทานอาหารรสเค็มหรือมีเกลือโซเดียมสูง เช่น ซีอิ๊ว น้ำปลา เต้าเจี้ยว กะปิ ผงปรุงรส อาหารสำเร็จรูปเป็นบางครั้ง (3 วัน/สัปดาห์) ร้อยละ 68.29 รับประทานอาหารรสหวานหรือน้ำตาลสูง เช่น น้ำอัดลม ขนมหวาน บางครั้ง (3 วัน/สัปดาห์) ร้อยละ 90.24 รับประทานอาหารผักและผลไม้เป็นประจำ(เกือบทุกวัน) ร้อยละ 56.10 รับประทานอาหารผลิตภัณฑ์/อาหารเสริมเป็นบางครั้ง (3 วัน/สัปดาห์) ร้อยละ 56.10

5.1.3 สรุปผลการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางจิตใจ พบว่าส่วนใหญ่ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันตอบแบบสอบถาม พบว่า ไม่รู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังเลย คิดเป็นร้อยละ 95.12 ไม่มีความเครียด (ภายใน 1 เดือน) ร้อยละ 75.61 ส่วนผู้มีความเครียดบางครั้งพบว่ามีอาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2-4 สัปดาห์ในด้านปัญหาการนอน ร้อยละ 50 มีสมาธิน้อยลง ร้อยละ 62.5 หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ ร้อยละ 75 รู้สึกเบื่อ เซ็ง ร้อยละ 75 และไม่อยากพบปะผู้คนร้อยละ 37.5

5.1.4 สรุปผลการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) พบว่าส่วนใหญ่ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีคุณภาพชีวิตผลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.44$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.56$ ) มีความรู้สึกที่ชีวิตมีความหมายอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.98$ ) ความพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.82$ ) ยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.76) และมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.68$ ) และผลคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน มีดังนี้

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ผลโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.36$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้สึกพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมาอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.80$ ) มีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวัน (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน) อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.63$ ) พอใจกับการนอนหลับอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.54$ ) จำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวันอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.66$ )

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ผลโดยรวมทั้งหมดอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.52) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ามีความแตกต่างตามลำดับค่าเฉลี่ย ได้แก่ รู้สึกพอใจในตนเองอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.24$ ) อันดับรองคือ รู้สึกว่าชีวิตมีความหมายอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.98$ ) ยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.76$ ) รู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.59) และมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวลบ่อยอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.56)

คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ผลโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.11$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้สึกพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.82$ ) อันดับรองลงมาคือพอใจในชีวิตทางเพศ (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่าน มีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์) อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.51$ ) และพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.61$ )

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ผลโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.45$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้สึกพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.66$ ) รู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.61) พอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน (หมายถึงการคมนาคม) อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.56) นอกนั้นทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.46, 3.44, 3.41, 3.40$  ตามลำดับ)

คุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม พบว่า ทั้งหมดอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.67) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้สึกพอใจกับสุขภาพของตัวเองในตอนนี้รวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.73$ ) และมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.61$ )

การแปลผลคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 58.54 มีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ ร้อยละ 21.95 มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ร้อยละ 17.07

กล่าวโดยสรุปว่า ส่วนใหญ่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมมีความรู้สึกพอใจกับสุขภาพของตัวเองในตอนนี้ และมีคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่อยู่ในระดับดี และเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี นอกนั้นพบว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมและคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการแปลผลคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุประมาณมากกว่าครึ่งหนึ่งมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นจำนวน 24 คน มีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ จำนวน 9 คน และคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเพียง 7 คน นั้นหมายความว่า เมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจนำด้านร่างกายและด้านอื่นๆ ย่อมสามารถดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุได้อย่างเต็มศักยภาพ ดังที่พระพุทธรองค์ศรีสุทโธว่า “จิตเป็นนายกาย เป็นบ่าว” อธิบายได้ว่าเรื่องทุกอย่างเริ่มต้นที่ใจ สำคัญที่ใจ สำเร็จได้ด้วยใจ ถ้าหากใจเสียหายแล้ว จะทำอะไรก็เกิดความเสียหาย ความทุกข์ร้อนจะติดตามคนนั้นไปเหมือน กับล้อเกวียนที่หมุนตามรอยเท้า โคที่ลากเกวียนไป

## 5.2 อภิปรายผล

การศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้

5.2.1 ภาวะสุขภาพทางกายของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง พบว่า ซึ่งประกอบด้วย การตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจค้นหาและได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 19 (COVID 19) ค่าดัชนีมวลกาย สัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร โรคประจำตัว พบว่า

ส่วนใหญ่ภาวะสุขภาพดี นั้นหมายถึง สถานภาพทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต สมบูรณ์แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยบ่อยครั้ง ไม่มีโรคประจำตัว หรือมีความพิการซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานหรือปกติ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี กล่าวคือ ไม่ดื่มสุรา สูบบุหรี่ และมีการออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที และนอนหลับพักผ่อน 6-10 ชั่วโมง/วัน แสดงให้เห็นว่าภาวะสุขภาพทางร่างกายของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 420 ชั่วโมง จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ กำแพงเพชร มีภาวะสุขภาพทางกายที่ดีทั้งในด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมที่ไม่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์การแพร่กระจายของโรคไวรัสโคโรนา 19 (COVID 19) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการตรวจค้นหาและฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 19 (COVID 19) 4 เข็ม และมากที่สุดคือ 3 เข็ม ทำให้เกิดความปลอดภัยและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 19 (COVID 19) แก่ผู้สูงอายุ ส่งผลให้ร่างกายแข็งแรงสามารถช่วยดูแลในการยกหรือเคลื่อนย้ายตัวผู้สูงอายุได้อย่างกระฉับกระฉ่ง

การวิเคราะห์ภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อปัญหาการเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง พบว่า ภาวะสุขภาพทางกายมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินจนถึงอ้วนระดับที่ 1 โอกาสของกลุ่มตัวอย่างอาจเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มของปัจจัยเสี่ยงของโรคอ้วนลงพุง เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคหัวใจและหลอดเลือดต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ รวมถึงโรคข้อเข่าเสื่อมได้อีกด้วย จึงควรได้รับการแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดี ห่างไกลจากการเกิดโรค และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์การแพร่กระจายของ COVID 19 ได้รับการตรวจค้นหาและรับวัคซีนป้องกัน COVID 19 มากสุด 3 เข็ม ทำให้เกิดความปลอดภัยและลดความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อไปยังผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม (Orem's self-care Theory)(Orem, 2001) ที่อุษณีย์ เพ็ชรอ่อน (2563) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการนำทฤษฎีทางการพยาบาลต่าง ๆ มาใช้ในการดูแลสุขภาพ: ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม(Orem's self-care Theory) ในส่วนของความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency: SCA) กล่าวคือ คุณสมบัติที่ซับซ้อนหรือพลังความสามารถของบุคคลที่เอื้อต่อการกระทำ ในระดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการ อาทิ ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบ มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและสามารถนำความรู้ไปใช้ได้ มีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องการดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผน การดำเนินชีวิต ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างได้นำความรู้ทั้งด้านทฤษฎีตามหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง และการฝึกปฏิบัติในสถานบริการและในชุมชน มาใช้ในการดูแลตนเอง เช่น แนวคิดเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้สูงอายุ การใช้ยา อาหารและโภชนาการ การ

ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ สุขภาพจิตกับผู้สูงอายุกับการดูแลตนเองเพื่อคลายเครียด บทบาท และจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความเครียดของผู้ดูแลและการผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น แต่ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างอาจมีความพร้อมในการดูแลตนเองแบบที่ 3 คือ ความต้องการมากกว่าความสามารถ ซึ่งเป็นความไม่สมดุลของความสามารถมีไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

5.2.2 ภาวะสุขภาพทางจิตใจ ผู้วิจัยใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 Q คือ ความรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง และ ความรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ (วันที่ตอบแบบสอบถาม) พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง และ ความรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า และข้อความถามด้านความ เครียด พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีความเครียด มีเพียงส่วนน้อยที่มีความรู้สึกเครียดเป็นบางครั้ง พบได้จากการใช้แบบประเมินความเครียดใน 5 อาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2-4 สัปดาห์ ได้แก่ มีปัญหาการนอนไม่หลับ มีสมาธิ น้อยลง หงุดหงิด กระทบกระชวย ว้าวุ่นใจ รู้สึกเบื่อ เซ็ง ไม่อยากพบปะผู้คน ทุกคนตอบว่ามีอาการเป็นบางครั้ง แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ มีภาวะสุขภาพทางจิตที่ดีโดยศึกษาจากผลการทดสอบผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าเกี่ยวกับรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังและความรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน ในจำนวน 39 คน ไม่มีความรู้สึกดังกล่าว และแม้ว่าจะมีผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนน้อยที่มีความรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวังและความรู้สึกเบื่อบ้าง หากแต่เป็นเพียงความรู้สึกที่เกิดขึ้นบางครั้งเท่านั้น ย่อมไม่เกิดปัญหาด้านอารมณ์ หรือเกิดภาวะความเครียดสะสมส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันและใช้ชีวิตได้อย่างปกติ มีจิตใจที่เบิกบานแจ่มใส สามารถควบคุมอารมณ์และปรับตัวได้ดีต่อการดูแลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ถือเป็นสัญญาณที่ดีที่ไม่ส่งผลเสียทางตรงที่จะทำให้สุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุแย่ลง ดังนั้น เมื่อวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ มีความมั่นใจและสามารถเลือกแบบแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดีและสามารถให้คำแนะนำข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพแก่ผู้ดูแลท่านอื่นได้อย่างถูกต้องซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของชไมพร พิกุลน้อย (2561) ได้ทำการศึกษาค้นคว้าเรื่องการเสริมแรงใจให้แก่ caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีค่าการประเมิน ADL น้อยกว่า 12 พบว่าการเสริมแรงใจในด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่เกิดความเครียดจะทำให้สามารถดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพต่อไปได้

5.2.3 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง พบว่า จากการแปลผลแบบสอบถามของแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI) จากการประเมินประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งและประเมิน

เหตุการณ์หรือความรู้สึกของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 41 คน มีคุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 24 คน มีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ จำนวน 9 คน และคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จำนวน 7 คน สำหรับ 1 คนไม่ตอบ เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับปานกลางตามลำดับ สอดคล้องกับกัลยกร ฉัตรแก้ว, สุปราณี แดงวงษ์ และกฤษณารีย์ แยมเพ็ง (2559) ที่ได้ทำวิจัยเรื่อง ภาระในการดูแลกับผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ ดีกว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีกว่าด้านร่างกาย ซึ่งเป็นไปตามพระพุทธรองค์ตรัสไว้ว่า “จิตเป็นนายกาย เป็นบ่าว” อธิบายได้ว่าเรื่องทุกอย่างเริ่มต้นที่ใจ สำคัญที่ใจ สำเร็จได้ด้วยใจ ถ้าหากใจเสียหายแล้ว จะทำอะไรก็เกิดความเสียหาย ความทุกข์ร้อนจะติดตามคนนั้นไปเหมือนกับล้อเกวียนที่หมุนตามรอยเท้าโคที่ลากเกวียนไป (ขวัญใจ ทองศรี, 2563) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถจะดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุได้อย่างเต็มศักยภาพด้วยสภาพจิตใจที่ดี พร้อมกับได้นำความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่ได้รับจากการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและปรับใช้กับชีวิตประจำวัน ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อันจะนำไปสู่การเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุมืออาชีพได้ในอนาคต เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยของ Michelly Guedes de Oliveira Araújo et al (2019) เรื่อง Caring for the carer: quality of life and burden of female caregivers ซึ่งสรุปไว้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการอบรมให้เป็นผู้ดูแลอย่างเป็นทางการมีความรู้สึกว่ายิ่งมีภาระงานดูแลมากเท่าใด ชีวิตผู้ดูแลเหล่านี้ก็จะยิ่งบกร่องมากขึ้นเท่านั้น ดังนั้น คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมให้เป็นผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver) ย่อมดีกว่าผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) นอกจากนี้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญของ EUROSTAT Statistics Explained (European Commission, 2020) ได้แสดงแนวคิดเกี่ยวกับตัวชี้วัดต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพชีวิตที่ยืนยาวและมีสุขภาพดีอาจไม่ใช่แค่เป้าหมายส่วนตัวเท่านั้น แต่ยังบ่งบอกถึงความเป็นอยู่ที่ดีในสังคมและความสำเร็จด้วย

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ภาวะสุขภาพทางร่างกายภาวะสุขภาพทางร่างกายจิตใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะ ดังนี้

#### 5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

นำผลการศึกษาด้านภาวะสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไปวางแผนส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ รวมทั้งนำไปบูรณาการกับการเรียนการสอนของคณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร และนำไปประยุกต์ใช้ในการทำโครงการส่งเสริมสุขภาพ รูปแบบ การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพเพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสามารถเหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

### 5.3.2 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) จากการศึกษาด้านภาวะสุขภาพทางร่างกายของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ยังพบว่ามีผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปีถึงร้อยละ 39.02 จึงจำเป็นต้องมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ ทักษะ ให้คำแนะนำและกระตุ้นเตือนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้พยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปสู่การมี พฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีโดยเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างสม่ำเสมอเพื่อประโยชน์ในการ ดูแลตนเอง และการดูแลผู้สูงอายุที่จะได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพทางกายมีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินจนถึงอ้วนระดับที่ 1 มีโอกาสเกิดโรคอ้วนลงพุงรวมทั้งโรคทางเมตาบอลิก เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 อีกทั้งโรคหัวใจและหลอดเลือดต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือด หัวใจ ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมสุขภาพกายเพื่อชะลอการเกิดโรครดังกล่าว รวมทั้งกระตุ้นให้เห็นถึง ผลกระทบต่างๆที่อาจจะเกิดจากการเป็นโรครดังกล่าวอีกด้วยโดยเฉพาะในระยะยาวจะส่งผลทำให้คุณภาพ ชีวิตของกลุ่มตัวอย่างแย่ลง

### 5.3.3 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดมากยิ่งขึ้น ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพร่วมด้วย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีสภาพ ความเป็นอยู่ เศรษฐกิจ รายได้ของครัวเรือนที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจมีผลกับการดูแลตนเอง การตรวจสุขภาพ ประจำปี ภาวะสุขภาพต่างๆ อีกด้วย

## บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). **แบบคัดกรองโรคไม่ติดต่อ**. [Online]. Available: [http://thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/Screening%20Version%20Final\\_291014.pdf](http://thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/Screening%20Version%20Final_291014.pdf). [2565, กันยายน 29]
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). **เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย**. [Online]. Available: <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqpl.pdf>. [2564, เมษายน 9]
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). **แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)**. [Online]. Available: [https://dmh.go.th/test/download/files/2Q%209Q%208Q%20\(1\).pdf](https://dmh.go.th/test/download/files/2Q%209Q%208Q%20(1).pdf). [2564, เมษายน 9]
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). **แบบประเมินความเครียด (ST5)**. [Online]. Available: <https://dmh.go.th/test/>. [2564, เมษายน 9]
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2563). **สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). **แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กัลยกร ฉัตรแก้ว, สุปราณี แดงวงษ์ และกฤษณารีย์ แย้มเพ็ง. (2559). ภาระในการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม. **วารสารมหาวิทยาลัยศรีสเทียณ**, 22(3), 352-365
- ขวัญใจ ทองศรี (2564). **คุณภาพชีวิตที่ดีตามแนวพุทธจิตวิทยา**. [Online]. Available: <https://so03.tci-thaijo.org>. [2565, กันยายน 16]
- ชุมพร ฉ่ำแสง, อุมารพร เคนศิลา, นัยนา ตั้งใจดี, ผศ.นพ.กิตตพงษ์ คงสมบูรณ์ (2555). **คุณภาพชีวิตของบุคลากรฝ่ายการพยาบาลของศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก**. [Online]. Available: [https://ir.swu.ac.th/jspui/bitstream/123456789/2497/2/Chumporn\\_C\\_R440190.pdf](https://ir.swu.ac.th/jspui/bitstream/123456789/2497/2/Chumporn_C_R440190.pdf). [2565, กันยายน 12]
- ชไมพร พิกุลน้อย. (2561). **การเสริมแรงจิตใจให้แก่ caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีค่าการประเมิน ADL น้อยกว่า 12**. [Online]. Available: <https://doi.nrct.go.th/>. [2565, กันยายน 2]

ณัฐกร นิลเนตรและเพ็ญวิภา นิลเนตร. (2561) **ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในอำเภอ วาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม**. [Online]. Available: <https://e-library.siam.edu/e-journal/wp-content/uploads/2020/03/JNSU-vol20-no39-jul-dec2019-36-44.pdf>. [2565, กันยายน 20]

ณัฏฐา ประยูรวงษ์. (2565). สถานการณ์แนวโน้มและการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ประเทศไทย. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม. [Online]. Available: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/J-PHIN/issue/view/1737419>. [2565, มกราคม 15]

ณัชศษา หลงผาสุข, สุปรีดา มั่นคง และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2561) **ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง**. [Online]. Available: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pnc/article/view/255861>. [2565, กันยายน 15]

พารุณี วงษ์ศรี, ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล. **การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มกับการดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว**. [Online]. Available: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/article/view/241977>. [2565, สิงหาคม 2]

พิมพ์ลักษณ์ รังษิณโณตร, ชัชวาล วงศ์สารี และอัมพร เจียงวิริชัยกุล. (2561). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการดูแลป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. **วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี**, 12(3), 89-100

มณี อากานันท์กุล, พรรณวดี พุฒวัฒนะ, จริยา วิหะศุภกร. (2554). ภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลไทย. **วารสารสภาการพยาบาล**, 26(4), 123-136.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2564). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563**. กรุงเทพฯ:อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน)

เมธาวิทย์ ไชยะจิตรกำธร. (2556). **การนำทฤษฎีทางการพยาบาลต่าง ๆ มาใช้ในการดูแลสุขภาพ: ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's self care Theory)**. [Online]. Available: <http://methawitpublichealth.blogspot.com/>. [2565, กันยายน 16]

ราชกิจจานุเบกษา. (2565). **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐)**. [Online]. Available: [https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1676881770-1856\\_0.pdf](https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1676881770-1856_0.pdf). [2565, กันยายน 19]

- ราชบัณฑิตยสถาน. (2544). **พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.๒๕๕๔**. [Online]. Available: <https://dictionary.orst.go.th/>. [2565, กันยายน 18]
- วรรณวิมล เมฆวิมล (2554). **ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร ใน มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา**. [Online]. Available: <https://he02.tci-thaijo.org>. [2565, กันยายน 16]
- วิฑูรย์ สิมะโชคดี. (2564). **คุณภาพคือความอยู่รอด ตอนคุณภาพชีวิต...อยู่ที่ใคร?**. [Online]. Available: [https://www.matichon.co.th/columnists/news\\_2530804](https://www.matichon.co.th/columnists/news_2530804). [2565, สิงหาคม 6]
- วารุณี มีเจริญ (2557). **การศึกษาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต**. [Online]. Available: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUTJ/article/view/252442>. [2565, กันยายน 18]
- วัลลภา อังคารา (2561). **การศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนบ้านเอื้ออาทรบางเขน (คลองถนน)**. [Online]. Available: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal/article/view/142806/106893>. [2565, กันยายน 18]
- ศศิธร สุขจิตต์, จงรัก ดวงทอง, พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย และวรวุฒิ ฐะคำ (2561). **ศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลป่าซำ อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี**. [Online]. Available: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/article/view/>. [2565, กันยายน 19]
- สิรินาถ อินทร์เข้มชื่น, เกษร สำเภาทองและนนท์ธิยา หอมขำ. (2566). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดปทุมธานี. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม, 3(3), 75-92**
- สุชาภา คล้ายมณี และคนอื่น ๆ. (2561). **ภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา**. [Online]. Available: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/article/view/200827>. [2565, กรกฎาคม 3]
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัยกุล (2557). **แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)**. [Online]. Available: <https://dmh.go.th/test/whoqol/>. [2565, กันยายน 1]
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). **ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550**. นนทบุรี: บริษัทวิกี จำกัด.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). **การคาดประมาณประชากรของ ประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง)**. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. (2564). **จำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง ประจำปี 2564 ในเขตจังหวัดกำแพงเพชร**. เอกสารอัดสำเนา สำนักรัฐมนตรี. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560).

**แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560-2564**. [Online].

Available: <http://library.nhrc.or.th/ULIB/dublin.php?ID=9265>. [2565, กันยายน 21]

อรรรรณ ม่วงวงษา. (2560). **ความหมายของแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ**. [Online]. Available:

<http://nurse.pbru.ac.th/th/>. [2565, กันยายน 21]

อุษณีย์ เพ็ชรอ่อน. (2563). **แนวทางการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

Britannica. (2021). **Education**. [Online]. Available: <https://www.britannica.com/education>. [2022, September 22]

Bullinger, Kuyken, Orley, Hudelson and Sartorius. (1994). Quality of Life Assessment across Cultures. **International Journal of Mental Health, 23, (2)**, 5-27. [Online].

Available: <https://www.jstor.org/stable/41344685>. [2022, September 12]

Dennis, Connie. N. (1997). **Self-Care Deficit Theory of Nursing: Concepts and Applications**. Missouri: Mosby-YearBook, Inc., 1997

Denham, S. A. (2003). Relationships between family rituals, family routines, and health.

**Journal of Family Nursing, 9(3)**, 305-330. [Online]. Available:

<http://jfn.sagepub.com/cgi/content/abstract/9/3/305>. [2022, September 12]

European Commission, Eurostat. **Quality of life**. [Online]. Available:

<https://ec.europa.eu/eurostat/web/quality-of-life>. [2022, September 15]

International Encyclopedia of Public Health. (2008). **Quality of Life**. [Online]. Available:

<https://www.sciencedirect.com/topics/nursing-and-health-professions/quality-of-life>. [2022, September 25]

Kemm, J., & Close, A. (1995). **Health promotion: Theory and practice**. London: Macmillan press.

- Kenneth C. Land, Alex C. Michalos, M. Joseph Sirgy. (2012). **Handbook of Social Indicators and Quality of Life Research**. [Online]. Available: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-94-007-2421->. [2022, September 29]
- M. Bullinger. **Ensuring international equivalence of quality of life measures: problems and approaches to solution**. [Online]. Available: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-79123-9\\_3](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-79123-9_3). [2022, August 15]
- Michelly Guedes de Oliveira Araújo, et al. (2019). **Caring for the carer: quality of life and burden of female caregivers**. [Online]. Available: <https://www.scielo.br/j/reben/a/v7KsZMSBxtYynm7LVTHrG7M/abstract/?lang=en>. [2022, August 5]
- N. Sartorius et al. **Translation of health status instruments**. [Online]. Available: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/027795369500112K>. [2022, August 15]
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). **Nursing: Concepts of practice (6th ed.)**. St. Louis: Mosby.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). **Health promotion in nursing practice (6th ed.)**. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Roy, C. (2009). **The Roy adaptation model (3rd ed.)**. New Jersey: Prentice Hall.
- S.M. Skevington, in Encyclopedia of Stress. (Second Edition), (2007). **Quality of Life**. [Online]. Available: <https://www.sciencedirect.com/topics/nursing-and-health-professions/quality-of-life>. [2022, August 10]
- Snhalata Parasha. (2001). **Orem's Theory**. [Online]. Available: from <https://www.slideshare.net/SnehlataParashar/orem-theory-236641582>. [2022, September 15]
- Stajduhar, K.I. et al. (2008). Factors influencing family caregivers' ability to cope with providing end of life cancer care at home. **Cancer Nursing**, 31(1), 77-85. [Online]. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18176135/#affiliation-1>. [2022, September 7]

- The WHOQOL Group. (1999). **The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization.** [Online]. Available: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/027795369500112K#!>. [2022, July 20]
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2010). **United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization (UNESCO): Creating Norms for a Complex World.** [Online]. Available: <https://doi.org/10.4324/9780203838587>. [2022, July 21]
- W. Kuyken et al. (1994). **Quality of life assessment across cultures.** Int. J. Mental Health D Sinha.
- Willem Kuyken, John Orley, Patricia Hudelson and Norman Sartorius. Quality of Life Assessment: Cross-cultural. **International Journal of Mental Health.** 23,(2), 5-27. [Online]. Available: <https://www.jstor.org/stable/41344685>. [2022, July 29]
- World Health Organization. **PROGRAMME ON MENTAL HEALTH: WHOQOL. User Manual,** review 2012. [Online]. Available: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012-3>. [2022, July 20]
- World Health Organization. (1986). **Ottawa charter for health promotion.** Geneva: World Health Organization.
- WHO. (1998). **Health Promotion Glossary.** Division of Health Promotion, Education and Communications, Health Education and Health Promotion Unit, World Health Organization. Geneva, 1-10
- United Nations Educational Scientific and Cultural Organization [UNESCO]. (1980). **Evaluation the quality of life in Belgium: Indicators of environmental quality and quality of life.** [Online]. Available: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000135765>. [2022, July 20]
- Zuzana et all. (2019). **The impact of caregiving on caregivers of older persons**

and its associated factors: a cross-sectional study. [Online]. Available:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7905146/>. [2022, September-10]

มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร  
SRM7DMD1PWS

มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร  
ภาคผนวก

**ประกาศมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร เรื่องผลการพิจารณาทุนอุดหนุนการวิจัย  
จากงบประมาณแผ่นดินประจำปีงบประมาณ 2565**

คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม (จำนวน ๔ เรื่อง)

ที่	ชื่อเรื่องวิจัย	ชื่อผู้วิจัย	งบประมาณที่อนุมัติ
๑	กระเบื้องโมเสคจากเศษวัสดุหินอ่อน พราวนกระต่าย อำเภอพราวนกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร เพื่อลดอุณหภูมิ ภายในอาคาร	อาจารย์มาณฑิลา ต้นเคน (๗๐%) ดร.พัชรรัตน์ หารไชย(๓๐%)	๓๐,๐๐๐
๒	การประยุกต์ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปใน การบริหารจัดการเอกสารกองทุน หมู่บ้าน บ้านคลองปิ่นโต ตำบลคลอง น้ำไหลอำเภอคลองลาน จังหวัด กำแพงเพชร	อาจารย์อรรถพร ชูสงฆ์ (๓๔%) อาจารย์บัณฑิต ศรีสวัสดิ์ (๓๓%) อาจารย์สาวิตรี พรหมรักษา (๓๓%) นางจินห์ระพีร์ แผงวงค์	๓๐,๐๐๐
๓	การพัฒนาศักยภาพการผลิตภัณฑ์ และสร้างมูลค่าผลิตภัณฑ์ไม้กวาด	ดร.วีระพล พลีสัตย์ (๗๐%) ดร.พัชรรัตน์ หารไชย (๓๐%) นายคมศักดิ์ หารไชย	๓๐,๐๐๐
๔	ศึกษาการผลิตเชื้อเพลิงชีวภาพ ผสมผสานจากใบอ้อยและวัสดุเหลือ ใช้ทางการเกษตร	ผู้ช่วยศาสตราจารย์นฤตม์ บุตรพลอย (๓๕%) นายภาคิน มณีโชติ(๑๕%) นางสาวนิวัติ คลิ่งสีดา(๑๕%) นายสุรเชษฐ์ ตุ่มมี (๑๕%) นางสาวกนกวรรณ เขียววัน (๑๕%) นางอรุณี คันธมาลา (๕%) นางสมหมาย พลอาจ	๓๐,๐๐๐

คณะพยาบาลศาสตร์ (จำนวน ๑ เรื่อง)

ที่	ชื่อเรื่องวิจัย	ชื่อผู้วิจัย	งบประมาณที่อนุมัติ
๑	ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุใน เขตตำบลนครชุม จังหวัด กำแพงเพชร	อาจารย์ ดร.กนกพร ไพศาลสุจารีกุล (๕๐%) อาจารย์ ดร.นำพิชญ์ ธรรมทีเวศน์ (๑๐%) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรีย์ ธรรมิกบวร (๑๐%) อาจารย์พรสุพรรณ จารุพันธ์ (๑๐%) อาจารย์ชลธิชา จีบคล้าย (๑๐%) นางสาวทิพวรรณ วงษ์ใจ (๑๐%)	๓๘,๒๙๒

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปริยานุช พรหมภาสิต)  
รักษาราชการแทน  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

## บันทึกข้อความเรื่องขอเปลี่ยนชื่อเรื่องวิจัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร  
เลขที่ ๔๐๑๔  
วันที่ ๒๐/๐๖/๒๕๖๕  
เวลา ๐๙:๑๖ น.



### บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์

ที่ คพศ.๐๑๙๑/๒๕๖๕

วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเปลี่ยนชื่อเรื่องวิจัย

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

ด้วยดิฉัน ดร.กนกพร ไพศาลสุจารีกุล และคณะ ได้รับทุนวิจัยจากงบประมาณแผ่นดิน ประจำปี ๒๕๖๕ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร เรื่อง ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตตำบลนครชุม จังหวัดกำแพงเพชร หลังจากได้ดำเนินงานมาถึงขั้นตอนการลงทดสอบเครื่องมือวิจัยในพื้นที่ตำบลนครชุม จังหวัดกำแพงเพชร แล้วพบปัญหาว่า กลุ่มตัวอย่างที่จะลงเก็บข้อมูลจริงได้ย้ายออกนอกพื้นที่เป็นจำนวนมาก และส่วนหนึ่งไม่ได้ปฏิบัติงานในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตตำบลนครชุม ทำให้เกิดผลกระทบต่องานวิจัย คือ กลุ่มตัวอย่างไม่เพียงพอในการเก็บข้อมูล

ทางกลุ่มผู้วิจัยจึงได้ประชุมและมีมติแล้วว่า ขอเปลี่ยนชื่อเรื่องวิจัยและขอปรับประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นชื่อเรื่องวิจัย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ โดยกลุ่มประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ๔๒๐ ชั่วโมงจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ๔๒๐ ชั่วโมงจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร จำนวน ๔๒ คน เพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดต่องานวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(อาจารย์ ดร.กนกพร ไพศาลสุจารีกุล)

อาจารย์

Signature Code : RudoQ๘cTJpQjhAMj๙๒QT

เรียนคณบดีที่นับถือ

เนื่องจากงานวิจัยที่ดร. กนกพร มีความประสงค์จะเปลี่ยนชื่อเรื่อง และเปลี่ยนประชากรและกลุ่มตัวอย่างมาเป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกับ โครงการบริการวิชาการซึ่งเป็นโครงการที่ใช้งบประมาณแผ่นดิน จะมีความซ้ำซ้อนกันหรือไม่ จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา



( อาจารย์ ดร.สุภาเพ็ญ ปานะวัฒน์สุทธิ )

หัวหน้าสำนักงานและบริการกิจกรรม

๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๕

Signature Code : F+dZfAnmZGKfpinA/JRn

เห็นควรพิจารณา ๑)การดำเนินการสัญญาเงินทุน เป็นเอกสาร สถาบันวิจัยกับเจ้าตัว ซึ่งระบุชื่อเรื่อง และรายละเอียดของโครงร่างวิจัย การเปลี่ยนแปลงประชากรและกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งพื้นที่ที่จะมีผลต่อวัตถุประสงค์เดิมหรือไม่อย่างไร ๒) การอบรมผู้ดูแล ๔๒๐ ชม.เป็นโครงการยุทธศาสตร์เงินแผ่นดิน ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ที่มีการเบิกจ่ายเงินในกลุ่มเป้าหมายนี้ ๓)การดำเนินการหากไม่มีผลกระทบ ใน ๑ และ ๒ เห็นควรพิจารณาเปลี่ยนแปลง



( ดร.นำพิชญ์ ธรรมทีเขตน์ )

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

Signature Code : VeVWFaQlFcuVαGUFpVQF

เรียน รองอธิการบดีฝ่ายวิจัยและศิลปวัฒนธรรมและกิจการนักศึกษา

เพื่อโปรดพิจารณา ขออนุญาตเปลี่ยนชื่อเรื่องวิจัย ความมอบสถาบันวิจัย



( นายเอนก บัวสำลี )

หัวหน้างานธุรการ

๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

Signature Code : Fbc๗Ejul&kyEpgαRZtm

เพื่อโปรดพิจารณา



( ดร.มะลิวัลย์ รอดกำเหนิด )

รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการสำนักงานอธิการบดี

๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

Signature Code : F+dbc&y๖DZE&Y+cb๑DXP

ควรให้นักวิจัยนำเสนอหรือแนบไฟล์โครงร่างวิจัยใหม่ โครงการบริการวิชาการ และรายละเอียดความต่อเนื่องของงานทั้งสอง ที่แสดงให้เห็นถึงความไม่ซ้ำซ้อนในการดำเนินงานและใช้งบประมาณ



( ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สัมภิษา ตันตสินติสม )

ผู้ช่วยศาสตราจารย์

๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๕

Signature Code : RudzQsASppQjhAMjα๒QT

เรียนอธิการบดีเพื่อโปรดพิจารณา ควรแจ้งผู้ได้รับทุนวิจัยดำเนินการ และติดต่อสถาบันวิจัยและพัฒนา



( ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชญาดา กลิ่นจันทร์ )

รองอธิการบดีฝ่ายวิจัยและศิลปวัฒนธรรมและกิจการนักศึกษา

๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๕

Signature Code : F๑dSikf&๕/VV๘๒bnbNRm

แจ้งอาจารย์ ดร.กนกพร ไพศาลสุจารีกุล ประสานกับสถาบันวิจัยฯ  
และมอบสถาบันวิจัยฯ พิจารณา



( ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชัชชัย พวกดี )

รักษาราชการแทน

๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๕

Signature Code : VeVWFaQlFcU๑NHWFJVQF

เลขที่มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร เลขที่ ๔๐๑๔

มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

## บันทึกข้อความขอปรับจำนวนและสัดส่วนงานของผู้ร่วมวิจัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร  
เลขที่ ๔๒๔๔  
วันที่ ๒๗/๐๖/๒๕๖๕  
เวลา ๐๙:๐๑ น.



### บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์

ที่ คพศ.๐๒๐๑/๒๕๖๕

วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอปรับจำนวนและสัดส่วนงานของผู้ร่วมวิจัย

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

ด้วยดิฉัน ดร.กนกพร ไชศาลสุจารีกุล และคณะ ได้รับทุนวิจัยจากงบประมาณแผ่นดิน ประจำปี ๒๕๖๕ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร เรื่อง ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตตำบลนครชุม จังหวัดกำแพงเพชร หลังจากได้ดำเนินงานมาถึงขณะนี้แล้วมีผู้ร่วมวิจัยได้ลาออกจากงาน และผู้ร่วมวิจัยบางท่านขอถอนตัวเนื่องจากติดภาระกิจงานประจำจนส่งผลให้ไม่สามารถทำงานวิจัยได้ ซึ่งงานวิจัยนี้ได้เริ่มดำเนินงานตั้งแต่ได้รับการจัดสรรทุนเมื่อวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔

จำนวนและสัดส่วนงานของผู้ร่วมวิจัยเดิม คือ

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| ๑. อาจารย์ ดร.กนกพร ไชศาลสุจารีกุล | สัดส่วนงานร้อยละ ๖๐ (หัวหน้าโครงการวิจัย) |
| ๒. อาจารย์ ดร.นำพิชญ์ ธรรมทีเวศน์  | สัดส่วนงานร้อยละ ๑๐                       |
| ๓. อาจารย์พรสุพรรณ จารุพันธุ์      | สัดส่วนงานร้อยละ ๑๐                       |
| ๔. อาจารย์ชลธิชา จับคล้าย          | สัดส่วนงานร้อยละ ๑๐                       |
| ๕. อาจารย์ทิพวรรณ วงษ์ใจ           | สัดส่วนงานร้อยละ ๑๐                       |

ดังนั้นดิฉันในฐานะหัวหน้าโครงการวิจัยขอปรับจำนวนและสัดส่วนงานของผู้ร่วมวิจัยดังนี้

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| ๑. อาจารย์ ดร.กนกพร ไชศาลสุจารีกุล | สัดส่วนงานร้อยละ ๖๐                                      |
| ๒. อาจารย์ทิพวรรณ วงษ์ใจ           | สัดส่วนงานร้อยละ ๒๐                                      |
| ๓. อาจารย์ชลธิชา จับคล้าย          | สัดส่วนงานร้อยละ ๒๐ (ได้ทำการระงับความรับผิดชอบเสร็จสิ้น |

แล้ว)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(อาจารย์ ดร.กนกพร ไชศาลสุจารีกุล)

อาจารย์

Signature Code : FaR๒BeJVfVGtxcjEWOW

เรียนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เห็นควรพิจารณาอนุมัติตามเสนอ เนื่องจาก อ. พรสวรรค์ ได้  
ลาออกไปแล้ว



( อาจารย์ ดร.สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒน์พิสุทธิ )

หัวหน้าสำนักงานและบริการกิจกรรม

๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๕

Signature Code : F๑dYfEjmp๑wLowFbKekQ

เรียน รองอธิการบดีฝ่ายวิจัยและศิลปวัฒนธรรมและกิจการ  
นักศึกษา

เพื่อโปรดพิจารณา ความมอบสถาบันวิจัย



( นายแอนง บัวลำลี )

หัวหน้างานธุรการ

๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๕

Signature Code : VeVWFaQlFcULNHVFpVOF

ความมอบสถาบันวิจัยฯ



( ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมกษา ดันตสันติสม )

ผู้ช่วยศาสตราจารย์

๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๕

Signature Code : F+NSiKdLam+PHThwxyaV

มอบสถาบันวิจัยฯ ดำเนินการ



( ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปริยานุช พรหมภลิต )

รักษาราชการแทน

อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๕

Signature Code : F๑NYyWC+JHx/vHwx๓+ec



( ดร.นำพิชญ์ ธรรมเทเวศน์ )

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๕

Signature Code : F๑dbfQgG๑x๗A๑SpjMUE

เพื่อโปรดทราบและพิจารณา ความมอบตามเสนอ



( ดร.มะลิวัลย์ รอดกำเหนิด )

รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการสำนักงานอธิการบดี

๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๕

Signature Code : F+๙bY๙y๑B๕Eusnrgnjd๔

เรียนอธิการบดีเพื่อโปรดทราบ ความมอบสถาบันวิจัยฯ



( ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชฎาดา กลิ่นจันทร์ )

รองอธิการบดีฝ่ายวิจัยและศิลปวัฒนธรรมและกิจการนักศึกษา

๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๕

Signature Code : F๑dSiKf๑/๕VbMpnLkBG๑

เลขที่มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร เลขที่ ๔๒๔๔

## เอกสารคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏ กำแพงเพชร

COA No. 014/2022  
REC No. 009/65



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร  
KamphaengphetRajabhat University Research Ethics Committee  
69 หมู่ 1 ตำบลนครชุม อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร 62000 เบอร์โทรศัพท์ 055706555

### เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ  
Study Title : The Health Status of Elderly Caregivers who completed the Elderly Care Training Course

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวกนกพร ไทศาลสุจารีกุล  
Principal investigator : Miss Kanokporn Paisansujareekul  
สังกัดหน่วยงาน : มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

ผู้ร่วมวิจัย : นางสาวชลธิชา จีบคล้าย  
Co-investigators : Miss Chonthicha Jubklay  
สังกัดหน่วยงาน : มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

ผู้ร่วมวิจัย : นางสาวทิพวรรณ วงษ์ใจ  
Co-investigators : Miss Tippawan Wongjai  
สังกัดหน่วยงาน : มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด (Expedited)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. AF 01-10	เวอร์ชัน 2.0	วันที่ 5 กรกฎาคม 2565
2. AF 02-10	เวอร์ชัน 2.0	วันที่ 5 กรกฎาคม 2565
3. AF 03-10	เวอร์ชัน 2.0	วันที่ 5 กรกฎาคม 2565
4. AF 04-10	เวอร์ชัน 2.0	วันที่ 5 กรกฎาคม 2565
5. AF 05-10	เวอร์ชัน 2.0	วันที่ 5 กรกฎาคม 2565
6. Protocol synopsis	เวอร์ชัน 2.0	วันที่ 5 กรกฎาคม 2565
7. Full Protocol	เวอร์ชัน 2.0	วันที่ 5 กรกฎาคม 2565
8. Questionnaire	เวอร์ชัน 2.0	วันที่ 5 กรกฎาคม 2565
9. health status record form	เวอร์ชัน 1.0	วันที่ 28 ธันวาคม 2564
10. Budget	เวอร์ชัน 1.0	วันที่ 28 ธันวาคม 2564

ลงนาม: \_\_\_\_\_  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชญาดา กลิ่นจันทร์)  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

วันที่รับรอง : 20 กรกฎาคม 2565

Date of Approval : July 20, 2022

วันหมดอายุ : 20 กรกฎาคม 2566

Approval Expire Date : July 20, 2023

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสลับภาษา และหรือแบบสองถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชรเท่านั้น
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชรภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชรตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน ไม่นเกิน 30 วัน ก่อนใบรับรองหมดอายุ
6. หากผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าหลังใบรับรองหมดอายุ และยังไม่ได้รับรับรองฉบับใหม่ ผู้วิจัยจะต้องหยุดดำเนินการวิจัยส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับอาสาสมัครใหม่ นับตั้งแต่หลังวันใบรับรองหมดอายุจนกว่าจะได้รับใบรับรองฉบับใหม่ ยกเว้น การวิจัยนั้นเป็นประโยชน์ต่ออาสาสมัคร หากหยุดให้ Research interventions จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่ออาสาสมัคร
7. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

\* หมายเหตุ หากผู้วิจัยมีความประสงค์ขอทราบรายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร(ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย ให้ยื่นคำร้องขอลงหน้า



ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทาง การแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความ เต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดง ความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(น.ส. กนกพร ไทศาลสุจารีกุล)

วันที่ .....เดือน..... พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน..... พ.ศ.....

Approval

20 ก.ค. 2565



## แบบบันทึกภาวะสุขภาพ



NURSE KPRU

## แบบบันทึกภาวะสุขภาพ

ชื่อ-สกุล.....

## ภาวะสุขภาพ

วันที่ตรวจ.....

1. น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม.
2. ดัชนีมวลกาย .....กก./ม<sup>2</sup>
3. รอบเอว .....ซม.
4. สัญญาณชีพ ความดันโลหิต .....มม.ปรอท  
ชีพจร.....ครั้ง/นาที
5. โรคประจำตัว  
 ไม่มี  มี ได้แก่.....  
 ถ้ามีโรคประจำตัว  
 การรับยา  รับยาต่อเนื่อง  รับยาไม่ต่อเนื่อง
6. ญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่ หรือ น้อง) มีโรคประจำตัว  
 ไม่มี  มี ได้แก่.....
7. ตรวจสอบสุขภาพประจำปี  
 ไม่ตรวจ  ตรวจ เมื่อ.....
8. การดื่มสุรา  
 ไม่ดื่ม  ดื่มจำนวน..... / วัน  เคยดื่ม แต่หยุดดื่ม.....ปี
9. การสูบบุหรี่  
 ไม่สูบ  สูบจำนวน..... / วัน  เคยสูบ แต่หยุดสูบ.....ปี
10. การออกกำลังกาย  
 ไม่เลย  บางครั้ง (3 ครั้ง/สัปดาห์)  ประจำ(เกือบทุกวัน)
11. ความเครียด  
 ไม่มี  มี ถ้ามีทำแบบประเมินความเครียดต่อ

Approval  
 20 กค. 2565 







## แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ

### ตอนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ  1) ชาย  2) หญิง
2. ระดับการศึกษา  1) ประถมศึกษา  2) มัธยมศึกษา  3) อนุปริญญา  
 4) ปริญญาตรี  5) สูงกว่าปริญญาตรี
3. อายุ  1) ต่ำกว่า 30 ปี  2) 30-45 ปี  
 3) 46- 60 ปี  4) 60 ปี ขึ้นไป
4. ระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุ  
 1) น้อยกว่า 1 ปี  2) 1 ปีขึ้นไปแต่ไม่ถึง 3 ปี  3) 3ปี-5 ปี 11เดือน  
 4) 6 ปี - 10 ปี  5) มากกว่า 10 ปี
5. ระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุต่อวัน  
 1) น้อยกว่า 3 ชั่วโมง  2) 3 - 6 ชั่วโมง  3) 7 - 9 ชั่วโมง  
 4) 10 - 12 ชั่วโมง  5) มากกว่า 12 ชั่วโมง
6. รายได้ต่อเดือน  
 ต่ำกว่า 10,000 บาท  10,000-20,000 บาท  20,000-30,000 บาท  
 มากกว่า30,000 บาท
7. สิทธิการรักษา  
 ชำระเงินเอง  ประกันสังคม  ประกันชีวิต  
 ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ  ประกันสุขภาพ 30 บาทรักษาทุกโรค

### ตอนที่ 2 คำชี้แจง วัตถุประสงค์ และ แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางกาย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ และเติมคำตอบลงในช่อง  หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านเพื่อ  
 สอบถามถึงภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1. การตรวจสุขภาพประจำปี

ไม่  เคยตรวจ

ตรวจครั้งสุดท้ายเมื่อ.....

เคยตรวจ

2. การตรวจค้นหาโรคไวรัสโคโรนา19 (COVID 19)

ไม่  เคยตรวจ ตรวจครั้งสุดท้ายเมื่อ.....

เคยตรวจ

3. การได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 19 (COVID 19)

ไม่ได้  ได้รับ จำนวน.....เข็ม  ได้รับครั้งสุดท้ายเมื่อ.....

รับ

สูตรไขว้ ชนิด  Sinovac + AstraZeneca

ชนิด

วัคซีนที่

Sinovac + Pfizer

ได้

Sinovac + Moderna

อื่นๆ ระบุ.....

สูตรเดิม  Sinovac 2 เข็ม

AstraZeneca 2 เข็ม

Pfizer 2 เข็ม

Moderna 2 เข็ม

Sinopharm 2 เข็ม

อื่นๆ ระบุ.....

กระตุ้นเข็ม 3 ชนิด

AstraZeneca

Pfizer

Moderna

อื่นๆ ระบุ.....

กระตุ้นเข็ม 4 ชนิด

AstraZeneca

Pfizer

Moderna

อื่นๆ ระบุ.....

**ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางจิต**

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ และเติมคำตอบลงในช่องคำตอบหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด

## 16. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

รายการ	มี	ไม่มี
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่		
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่		

การแปลผล

- ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า
- ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า”

ให้ส่งต่อสถานบริการสาธารณสุขเพื่อประเมินต่อยด้วยแบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9Q

## 17. ความเครียด (ภายใน 1 เดือน)

- ไม่มี  มี ถ้ามีทำแบบประเมินความเครียดต่อ

แบบประเมินความเครียด (ST5 ของกรมสุขภาพจิต)

คะแนน 0 หมายถึง แทบไม่มี คะแนน 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง

คะแนน 2 หมายถึง บ่อยครั้ง คะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ

อาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2-4 สัปดาห์		คะแนน			
		0	1	2	3
1	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก				
2	มีสมาธิน้อยลง				
3	หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ				
4	รู้สึกเบื่อ เซ็ง				
5	ไม่อยากพบปะผู้คน				

การแปลผล

- คะแนน 0-4 เครียดน้อย  คะแนน 5-7 เครียดปานกลาง
- คะแนน 8-9 เครียดมาก  คะแนน 10-15 เครียดมากที่สุด

## ตอนที่ 4 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย(WHOQOL - BREF - THAI)

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ และเติมคำตอบลงในช่องคำตอบหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด เพื่อถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยรู้สึกไม่พอใจ หรือรู้สึกแย่
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือ รู้สึกแย่ระดับกลาง ๆ
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ มากน้อยเพียงใด					
.....						
.....						
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน?(ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึก ทางเพศขึ้นแล้วท่าน มีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเอง หรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่)อยู่ในระดับใด					

การแปลผล

- คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
- คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ
- คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

**เกียรติบัตรผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Caregivers)**



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ร่วมกับ ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์ กรมอนามัย  
ขอมอบเกียรติบัตรฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

**นางนันทวรรณ สระทองอ่อน**

ได้ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) หลักสูตร ๔๒๐ ชั่วโมง  
โครงการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และเตรียมพร้อมก่อนวัยเกษียณ  
ขอให้มีความสุข ความเจริญ ประสบความสำเร็จสืบไป  
ให้ไว้ ณ วันที่ ๒๐ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๕

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปริญญช พรหมภาสิต  
รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

แพทย์หญิง ศรินนา แสงอรุณ  
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์

มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร  
SRM10MWD1PWS

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล	นางสาวกนกพร ไพศาลสุจารีกุล
วัน เดือน ปี เกิด	5 มกราคม 2517
สถานที่เกิด	จังหวัดอุบลราชธานี
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2538 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช พ.ศ. 2544 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร พ.ศ. 2556 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2562 ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์ศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม พ.ศ. 2562 ประกาศนียบัตรเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง(หลักสูตร 1 เดือน) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นร่วมกับกรมการแพทย์
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2538 - 2544 พยาบาลวิชาชีพเทคนิค งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทองไทรลาต จังหวัดสุโขทัย พ.ศ. 2544 - 2562 พยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทองไทรลาต จังหวัดสุโขทัย พ.ศ. 2546 วิทยากรวิชา “พี่เลี้ยงเด็ก” โครงการอบรมผู้บังคับบัญชา ยุวกาชาด กรมพลศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ. 2553 กรรมการฝ่ายปฐมพยาบาล งานชุมนุมยุวกาชาด พ.ศ. 2554 กรรมการฝ่ายปฐมพยาบาล งานสถาปนาคณะลูกเสือแห่งชาติ พ.ศ. 2555 กรรมการฝ่ายปฐมพยาบาล การประชุมคณะกรรมการบริหาร ลูกเสือแห่งชาติ พ.ศ. 2560 - 2563 วิทยากรโครงการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง จังหวัดสุโขทัย พ.ศ. 2562 วิทยากรโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เขต 2

พ.ศ. 2563 วิทยากรโครงการอบรม Palliative care for community nurse เขต 2

พ.ศ. 2563 วิทยากรโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการเบิกจ่ายค่าชดเชย สำหรับหน่วยงานบริการที่จัดให้มีบริการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองผ่านโปรแกรม OP-E จังหวัดอุดรธานี

พ.ศ. 2563 - ปัจจุบัน อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ กำแพงเพชร

#### ผลงานวิชาการ

พ.ศ. 2557 ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการทางการพยาบาล สำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

พ.ศ. 2560 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการชุดฝึกอบรมเรื่อง โรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

พ.ศ. 2562 การพัฒนาชุดฝึกอบรมแบบสื่อประสมเรื่องโรคเบาหวาน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

พ.ศ. 2564 Palliative Care: การดูแลให้อยู่อย่างมั่นใจพร้อมจากไปอย่างสงบ

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล	นางสาวทิพวรรณ วงษ์ใจ
วัน เดือน ปี เกิด	13 พฤศจิกายน 2503
สถานที่เกิด	จังหวัดกำแพงเพชร
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2526 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พ.ศ. 2529 ประกาศนียบัตรวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2531 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2545 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเอกบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2526 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกำแพงเพชร พ.ศ. 2531- 2549 พยาบาลวิชาชีพ งานวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลกำแพงเพชร พ.ศ. 2549 - 2563 พยาบาลวิชาชีพ งานห้องผู้ป่วยหนัก (หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก) พ.ศ. 2563 พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ) พ.ศ. 2564- ปัจจุบัน อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล นางสาวชลธิชา จับคล้าย

### ประวัติการศึกษา

- 2554 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี  
อุตรดิตถ์
- 2559 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร  
สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

### ประสบการณ์การทำงาน

- เม.ย. 2554 - มี.ค. 2559 อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอนามัย  
ชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาล  
บรมราชชนนี อุตรดิตถ์
- ก.ย. 2559 - พ.ค. 2560 อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอนามัย  
ชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
- ส.ค. 2560 - ก.ย. 2562 ผู้ช่วยอาจารย์ หลักสูตรพยาบาล  
ศาสตร์โครงการจัดตั้งวิทยาเขต  
นครสวรรค์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- มี.ค. 2563 - พ.ค. 2564 อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
บูรพา
- มิ.ย. 2564 - มิ.ย. 2566 อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลอนามัย  
ชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

### ผลงานวิชาการ

- เป็นผู้ร่วมวิจัย โครงการการพัฒนานวัตกรรมห้าห่วงออกกำลังกาย  
ประกอบท่าฤๅษีดัดตนสำหรับวัยทำงาน
- เป็นผู้ร่วมวิจัยเรื่อง พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของเด็กนักเรียน  
มัธยมศึกษาตอนต้น
- เป็นผู้ร่วมวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

- ที่มาบริการในโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
- เป็นผู้ร่วมโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากหน่วยงานจัดการร่วมกับ สสส. สำนักสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม (สำนัก 6) หน่วยจัดการ จังหวัดนครสวรรค์ (Node Flagship) ปี 2561-2562 คือ โครงการ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตำบลเขาทอง”

มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร



หนังสือรับรองการใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัยหรือสร้างสรรค์  
มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

ชื่อองค์กร/ชุมชน/ภาคธุรกิจที่นำไปใช้ประโยชน์.....องค์การบริหารส่วนจังหวัดกำแพงเพชร.....  
สถานที่ตั้ง.....ก.พหลโยธิน ต.อ่างทอง อ.เมืองกำแพงเพชร จ.กำแพงเพชร..... โทรศัพท์..... 0-5571-8280-96.....  
ขอรับรองว่าได้นำผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร เรื่อง .....ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล  
ผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ.....ของ.....อาจารย์ดร.กนกพร ไพศาลสุจารีกุล, อาจารย์ทิพวรรณ วงษ์ใจ  
และ อาจารย์ชลธิชา จีบคล้าย.....สังกัด.....คณะพยาบาลศาสตร์.....มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร  
โดยใช้ประโยชน์ใน ระหว่างวันที่.....10 ตุลาคม พ.ศ.2566.....ถึงวันที่...31...มีนาคม พ.ศ. 2567.....  
โดยวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้มีดังนี้ (สามารถระบุได้มากกว่า 1 ประเด็น)

การใช้ประโยชน์เชิงวิชาการ (โปรดระบุรายละเอียด) .....

การใช้ประโยชน์เชิงสาธารณะ (โปรดระบุรายละเอียด) .....

การใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย (โปรดระบุรายละเอียด) .....มีการนำข้อมูลจากงานวิจัยไปประกอบเป็น  
ข้อมูลการวางแผนการจัดสรรกำลังคนให้พอเพียงกับงานการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนรวมทั้งยังนำข้อมูลไปวางแผนในกาทำ  
โครงการส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีส่งผลให้มีศักยภาพ ประสิทธิภาพในการทำงานได้  
เต็มที่.....

การใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ (โปรดระบุรายละเอียด) .....

อื่นๆ (โปรดระบุรายละเอียด) .....

ทั้งนี้ผลจากการที่องค์กร/หน่วยงาน/กลุ่ม ได้นำผลงานวิจัย/งานสร้างสรรค์/งานวิชาการ มาใช้ประโยชน์ พบว่า.....  
ได้มีการปรับเปลี่ยนอัตรากำลังให้เพียงพอกับงานการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้ การส่งเสริมสุขภาพ  
ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน.....

ข้าพเจ้าขอลงนามในหนังสือรับการนำไปใช้ประโยชน์ด้วยความจริงทุกประการ

ลงชื่อ



(นายสุเทพ ษาคณา)

ตำแหน่ง รองนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน  
นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดกำแพงเพชร

วันที่ 29 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567

หมายเหตุ ๑. การใช้ประโยชน์ในเชิงสาธารณะ เช่น ผลงานวิจัยที่นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่สาธารณชนในเรื่อง  
ต่างๆ ที่ทำให้คุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจของประชาชนดีขึ้น ได้แก่ การใช้ประโยชน์ด้านสาธารณสุข ด้านการบริหารจัดการ  
สำหรับวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SME) ด้านวิถีชีวิตตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ด้านศิลปะและ  
วัฒนธรรม เป็นต้น

๒. การใช้ประโยชน์ในเชิงนโยบาย เช่น ใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัยเชิงนโยบายในการนำไปประกอบเป็น  
ข้อมูลการประกาศใช้กฎหมาย หรือกำหนดมาตรการ กฎเกณฑ์ต่างๆ โดยองค์กรหรือหน่วยงานภาครัฐและเอกชน เป็นต้น

๓. การใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ เช่น งานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ที่นำไปสู่การพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ หรือ  
ผลิตภัณฑ์ซึ่งก่อให้เกิดรายได้ หรือนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพการผลิต เป็นต้น

๔. การใช้ประโยชน์ทางอ้อมของงานสร้างสรรค์ ซึ่งเป็นการสร้างคุณค่าทางจิตใจ ยกระดับจิตใจ  
ก่อให้เกิดสุนทรียภาพ สร้างความสุข เช่น งานศิลปะที่นำไปใช้ในโรงพยาบาล ซึ่งได้มีการศึกษาและการประเมินไว้