

ผลกระทบการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่อความรู้  
ความเครียด สุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิต ของ  
ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย



ภัทรียา นภาลัย

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

กุมภาพันธ์ 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

ผลกระทบการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่อความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต  
พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัด  
เชียงราย



การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
หลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
กุมภาพันธ์ 2566  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC TOWARD KNOWLEDGE, STRESS, MENTAL HEALTH,  
SELF-CARE BEHAVIORS AND QUALITY OF LIFE AMONG ELDERLY PATIENTS WITH NON-  
COMMUNICABLE DISEASES CHIANG RAI PROVINCE



An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment  
of the Requirements for the Master of Public Health Degree

February 2023

Copyright 2022 by University of Phayao

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

เรื่อง

ผลกระทบการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่อความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต  
พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัด  
เชียงราย

ของ ภัทรีญา นภาลัย

ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
ของมหาวิทยาลัยพะเยา

..... ประธานกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมคิด จุฑา)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง  
(รองศาสตราจารย์ ดร. เกษแก้ว เลียงเพราะ)

..... อาจารย์บัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยพะเยา  
(นายแพทย์ สรวิต บุญญสิริ)

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์  
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุกิจ พันธุ์พิมานมาศ)

- เรื่อง:** ผลกระทบการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่อความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย
- ผู้ศึกษาค้นคว้า:** ภัทธริยา นภาลัย, การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง: ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2565
- อาจารย์ที่ปรึกษา:** รองศาสตราจารย์ ดร. เกษแก้ว เสียงเพราะ
- คำสำคัญ:** โควิด-19, ความรู้เกี่ยวกับโควิด-19, ความเครียด, สุขภาพจิต, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อ ความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL กำหนดปัจจัย 3 กลุ่มปัจจัย คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สถานะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข คุณภาพชีวิต และปัจจัยเสริม ได้แก่ ผู้ดูแล การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และกลุ่มตัวอย่าง 450 คน เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง และได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ แบบวัดความเครียด (SPST-20) แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต (GHQ-28) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF-THAI) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติอ้างอิง แบบ Univariable analysis การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย (Simple Regression Analysis) และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Pearson correlation coefficient) ผลการศึกษา ปัจจัยนำพบว่าความรู้ที่เกี่ยวกับโควิด-19 ความเครียด สุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.01) การดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ( $p$ -value < 0.05) ปัจจัยเอื้อพบว่า จำนวนโรคเรื้อรังร่วม และการตรวจโควิด-19 มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ( $p$ -value < 0.05) ตัวแปรโรคแทรกซ้อนพบว่า ผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ( $p$ -value < 0.05) และปัจจัยเสริมพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง ( $p$ -value < 0.05) พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.01) การอภิปรายผลชี้ให้เห็นความสำคัญของความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจากโรคโควิด-19 ต่อผู้สูงอายุและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 นอกจากนี้ยังมีอัตราความเครียด และปัญหาสุขภาพจิตสูงในผู้สูงอายุในช่วงการระบาด การจัดกิจกรรมมุ่งเน้นโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ

**Title:** IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC TOWARD KNOWLEDGE, STRESS, MENTAL HEALTH, SELF-CARE BEHAVIORS AND QUALITY OF LIFE AMONG ELDERLY PATIENTS WITH NON-COMMUNICABLE DISEASES CHIANG RAI PROVINCE

**Author:** Pattareeya Napalai, Independent Study: M.P.H., University of Phayao, 2022

**Advisor:** Assistant Professor Katekaew Seangpraw , Ph.D.

**Keywords:** COVID-19, Knowledge, Stress, Mental Health, Self-care behaviors, Quality of life, Elderly, NCDs, Elderly Patients with Non-Communicable Diseases

### ABSTRACT

The purpose of this cross-sectional study was to look into the effects of the COVID-19 outbreak on the knowledge, stress, mental health, self-care behaviors, and quality of life of elderly people with noncommunicable diseases in Chiang Rai province. The PRECEDE - PROCEED MODEL was used in this study to define the following factors: (1) Predisposing factors such as gender, age, marital status, educational level, occupation, income adequacy, smoking, alcohol consumption, knowledge, stress, and mental health. (2) Enabling factors include health status, access to public health services, and quality of life. (3) Reinforcing factors include caregivers, access to health information, and self-care behaviors. The study included 450 elderly people who were diagnosed with chronic noncommunicable diseases such as hypertension, diabetes, stroke, and chronic kidney disease. Data collection was done from interviews using questionnaires. The instruments used in the research were interviews: the Stress Scale (SPST-20), the Mental Health Problem Screening Questionnaire (GHQ -28), the World Health Organization Quality of Life Assessment Scale (WHOQOL - BREF - THAI) and self-care behaviors. Data was collected and analyzed using descriptive statistics, and correlation was tested using Univariable analysis, Simple Regression, and the Pearson correlation coefficient. According to the findings of the predisposing factors study, covid-19 knowledge, stress, and mental health were statistically related to self-care behaviors (p-value 0.01), and alcohol use was related to quality of life (p-value 0.05). In terms of enabling factors, the number of chronic diseases and COVID-19 testing were found to be negatively correlated with self-care behaviors (p-value 0.05). Complications variables showed that those with diabetes, hypertension, and dyslipidemia were positively correlated with self-care behaviors (p-value < 0.05). In terms of reinforcing factors, it was discovered that information received was related to self-care behavior (p-value 0.05), and self-care behaviors were significantly related to elderly quality of life (p-value 0.01). The discussion emphasized the importance of COVID-19 knowledge and self-care behaviors on the elderly, as well as improving the quality of life of the elderly with noncommunicable diseases during the COVID-19 outbreak. Moreover, during the epidemic, there was a high rate of stress and mental health problems among the elderly. The intervention focuses on health education programs for the elderly suffering from noncommunicable diseases like hypertension, diabetes, hyperlipidemia, and heart disease.

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ซึ่งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมคิด จูหว่า นายแพทย์สรวิศ บุญญฐิติ รองศาสตราจารย์ ดร.เกษแก้ว เสียงเพราะ มหาวิทยาลัยพะเยา และ อาจารย์ปาริชาติ อัจจงศ์บริรักษ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ ทั้งทางด้านวิชาการ และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจน แกะข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมทั้งให้การสนับสนุนและให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ และขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตลอดการศึกษา จนสามารถนำมาใช้ในการศึกษาค้นคว้า ด้วยตนเองฉบับนี้ได้เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอแม่จัน และเจ้าหน้าที่ อาสาสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน รพ.สต.จันจว้า ทุกท่าน ที่ได้ร่วมดำเนินงานวิจัย และสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย ครั้งนี้ และขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ เพื่อน ๆ พี่ ๆ หลักรัฐสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ ปีการศึกษา 2563 ทุกท่าน และเจ้าหน้าที่คณะสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่คณะแพทยศาสตร์ ที่ให้ความช่วยเหลือดูแล ประสานงาน เอาใจใส่ และให้กำลังใจ ในด้านต่าง ๆ ทุก ๆ ด้านกับผู้วิจัยเสมอมา

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และบุคคลในครอบครัวที่ได้สนับสนุน ทางด้านกำลังใจ ทุนทรัพย์ และการปลูกฝังรากฐานในการศึกษาให้กับผู้วิจัยเสมอมาให้มีความรัก ในการเรียนรู้ และเป็นแรงผลักดันให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น อดทน เพียรพยายามให้เกิด ความสำเร็จในการศึกษาในครั้งนี้ และขอขอบคุณทุกท่าน ๆ ที่มีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้ที่ไม่ได้ กล่าวถึง ณ ที่นี้ที่ให้ความช่วยเหลือทุกท่าน

ภัทรียา นภาลัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง .....	ญ
สารบัญภาพ .....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ที่มาและความสำคัญ .....	1
คำถามการวิจัย.....	10
วัตถุประสงค์ .....	11
สมมติฐานของการวิจัย.....	11
ขอบเขตของการวิจัย .....	12
ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา.....	12
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	12
ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย.....	16
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	17
ส่วนที่ 1 ผู้สูงอายุ.....	18
ส่วนที่ 2 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง .....	27
ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวข้องกับโรคไวรัสโคโรนา 2019.....	30
ส่วนที่ 4 ความเครียด .....	37
ส่วนที่ 5 สุขภาพจิต.....	43

ส่วนที่ 6 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	45
ส่วนที่ 7 งานวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ.....	73
ส่วนที่ 8 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	80
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	82
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	82
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	86
การดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล .....	93
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	99
ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ ข้อมูลปัจจัยนำ ข้อมูลปัจจัยเอื้อ ข้อมูลปัจจัยเสริม .....	99
ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเอง.....	107
ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์คุณภาพชีวิต .....	109
ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในช่วงการระบาดโรคโควิด 19 จังหวัดเชียงราย .....	111
บทที่ 5 บทสรุป.....	119
สรุปผลการวิจัย .....	119
อภิปรายผลการวิจัย.....	120
ข้อเสนอแนะ .....	127
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ .....	127
ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป .....	127
ข้อจำกัด.....	127
บรรณานุกรม .....	130
ภาคผนวก .....	147
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองโครงการวิจัย .....	148

ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์งานวิจัย .....	149
ภาคผนวก ค การวิเคราะห์คะแนนความรู้จำแนกรายข้อ .....	158
ภาคผนวก ง คะแนนความเครียดจำแนกรายข้อ .....	160
ภาคผนวก จ คะแนนสุขภาพจิตจำแนกรายข้อ.....	166
ประวัติผู้วิจัย.....	170



## สารบัญตาราง

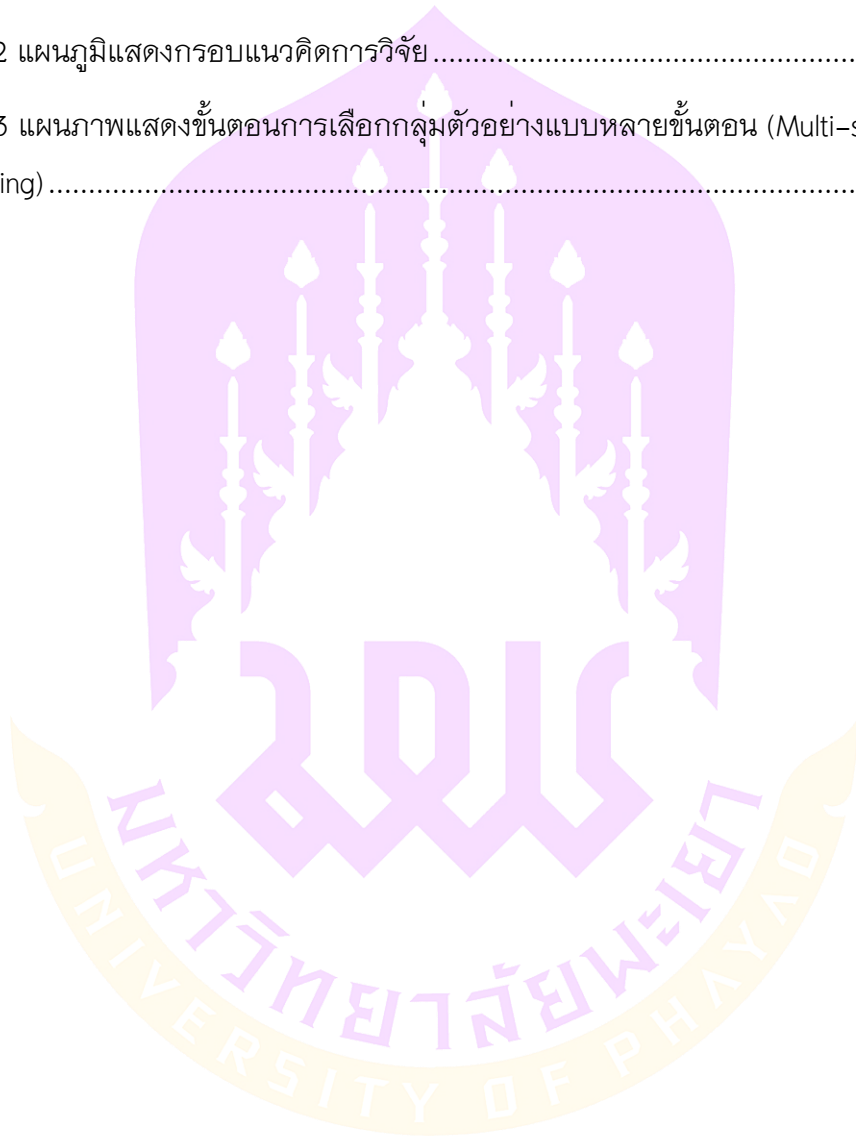
	หน้า
ตาราง 1 ตารางจัดอันดับความสำคัญของพฤติกรรม (The Behavioral Matrix).....	49
ตาราง 2 การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ.....	91
ตาราง 3 ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับนิยามตัวแปร ค่าดัชนี ตรงเชิงเนื้อหา และค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม .....	93
ตาราง 4 การวิเคราะห์สถิติ .....	95
ตาราง 5 ข้อมูลปัจจัยนำ (n = 450).....	100
ตาราง 6 ข้อมูลปัจจัยเอื้อ (n = 450) .....	103
ตาราง 7 ข้อมูลปัจจัยเสริม (n = 450) .....	106
ตาราง 8 พฤติกรรมการดูแลตนเอง (n = 450).....	107
ตาราง 9 คุณภาพชีวิตในภาพรวมจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต (n = 450) .....	109
ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ กับพฤติกรรม ดูแลตนเอง โดยสถิติอ้างอิงด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปร (Univariate analysis) ด้วยการถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย (Simple Linear Regression) .....	การ เชิงเดี่ยว 112
ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยเอื้อ กับพฤติกรรม ดูแลตนเอง โดยสถิติอ้างอิงด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปร (Univariate analysis) ด้วยการถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย (Simple Linear Regression) .....	การ เชิงเดี่ยว 114
ตาราง 12 ผลการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรม ดูแลตนเอง โดยสถิติอ้างอิงด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ (Univariate analysis) ด้วยการถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย (Simple Linear Regression) .....	การ ตัวแปรเชิงเดี่ยว 116

ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต  
 พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยสูงอายุ ที่เป็นโรคไม่ติดต่อ  
 เรื้อรัง ในช่วงการระบาดโรคโควิด 19 จังหวัดเชียงราย โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์  
 (Pearson correlation coefficient) .....118



## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1 PRECEDE-PROCEED Model.....	52
ภาพ 2 แผนภูมิแสดงกรอบแนวคิดการวิจัย.....	81
ภาพ 3 แผนภาพแสดงขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling).....	84



# บทที่ 1

## บทนำ

### ที่มาและความสำคัญ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ทางประชากรที่เกิดขึ้นในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เมื่อประชากรในแต่ละพื้นที่ ตั้งแต่ชุมชนเขตปกครองระดับต่าง ๆ ประเทศ ภูมิภาค ฯลฯ มีอายุสูงขึ้น โดยสังเกตได้จากสัดส่วนของประชากรสูงอายุหรืออายุมัธยฐานของประชากรที่เพิ่มสูงขึ้นในประชากรปิด หรือประชากรที่เปลี่ยนไป โดยไม่นับรวมการย้ายถิ่นการสูงวัยของประชากร ซึ่งมีสาเหตุมาจากการเกิดที่ลดลง และอายุของผู้คนยืนยาวขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2562) และปัจจุบันประชากรทั่วโลกสูงวัยอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2563 ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกประมาณ 727 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2593 คาดว่าจะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นกว่าสองเท่า ซึ่งมีจำนวนมากกว่า 1.5 พันล้านคน (United Nations, 2020) และในปี พ.ศ. 2563 กลุ่มประเทศอาเซียนมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 74 ล้านคน (ร้อยละ 11.09) ของประชากรทั้งหมดของกลุ่มประเทศอาเซียน (ESCAP75, 2021) ประเทศไทยมีจำนวนร้อยละของผู้สูงอายุมากเป็นประเทศอันดับที่ 2 ในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2563) ในอีกไม่เกิน 15 ปี ข้างหน้าคาดว่าจะมีประเทศไทยจะกลายเป็นระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-aged society) (เกษรา โปธิ์เย็น, 2562)

อีกทั้งผู้สูงอายุเมื่อมีอายุที่เพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเกิดขึ้นในทุกระบบของร่างกาย (Boss and Seegmiller, 1981) (ฐิติมา ว่องวิริยะวงศ์, 2558) มักเกิดภาวะสุขภาพต่าง ๆ (United Nations, 2020) กระบวนการเสื่อมสลายจะมีมากกว่ากระบวนการเจริญเติบโตการเสื่อมสลายจะเริ่มชัดขึ้นเมื่อบุคคลมีอายุระหว่าง 40-50 ปี และเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยชราเป็นผลให้เนื้อเยื่อและอวัยวะภายในของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม (Nigam, et al., 2012) ดังนั้นเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น และเข้าสู่วัยสูงอายุจึงมีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นไปในทางเสื่อมถอยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม (สุภาภรณ์ สุธหนองบัว, 2564)

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนในปี พ.ศ. 2561 การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่สำคัญ คือ กรรมพันธุ์ โรค หรือความเจ็บป่วย สิ่งแวดล้อม หรือสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ เช่น สภาพภูมิอากาศ อาหาร อาชีพ ความเครียด การออกกำลังกาย การพักผ่อน ฯลฯ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, ม.ป.ป)

โดยการตรวจร่างกายพบว่า โรคที่มักพบในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันเลือดสูง เบาหวาน ข้ออักเสบ ข้อเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง หลอดลม ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต (บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2561) อีกทั้งเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะไตวายเรื้อรัง และโรคอื่น ๆ (กรมการแพทย์, 2564)

ปัญหาเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้นก็จะมีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการเป็นโรคเรื้อรัง หรือโรคประจำตัวอันเกิดจากพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกายพันธุกรรม หรือความเสื่อมถอยของสุขภาพร่างกาย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) และจากการศึกษาภาวะปัญหาด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่เกิดจาก (Ajaero, et al., 2021) โรค ไม่ ติด ต่อ เรื้อ รัง (Non-communicable diseases: NCDs) ซึ่งเป็นโรคที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค และไม่สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ แต่เป็นโรคที่เกิดจากนิสัย หรือพฤติกรรมกรดำเนินชีวิต ซึ่งจะมีการดำเนินโรคอย่างช้า ๆ ค่อย ๆ สะสมอาการอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการของโรคแล้วมักจะเกิดการเรื้อรังของโรคด้วยจึงอาจจัดว่าโรค NCDs เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังได้ (Ajaero, et al., 2021) เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคซึมเศร้า โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และอื่น ๆ เป็นสาเหตุของอัตราการตาย และการเจ็บป่วยทั่วโลก

จากรายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า กลุ่มโรค NCDs (Noncommunicable diseases) หรือโรคไม่ติดต่อ เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติ ของจำนวนการเสียชีวิต และภาระโรคโดยรวม (กองโรคไม่ติดต่อ, 2562) และข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า ประชากรทั่วโลก เสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 38 ล้านคน ร้อยละ 68.0 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน (ร้อยละ 71.0 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2559 โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจ และหลอดเลือด (17.9 ล้านคน ร้อยละ 44) รองลงมา คือ โรคมะเร็ง (9.0 ล้านคน ร้อยละ 22) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (3.8 ล้านคน ร้อยละ 9) และโรคเบาหวาน (1.6 ล้านคน ร้อยละ 4) ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี หรือเรียกว่า “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร” มากถึง 15 ล้านคนโดยร้อยละ 85 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ และกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง โดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพ และส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมอย่างรุนแรง (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

จากการรายงานข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 พบอัตราการเสียชีวิตอย่างหยาบอันมีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อที่สำคัญมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรไทย โดยในปี พ.ศ. 2561 โรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการตาย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท รองลงมา คือโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด พบอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 123.3 47.1 และ 31.8 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ, 2562) และในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยพบว่าประชากรผู้สูงอายุมีอัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.16 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 20.38 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1.94 และพบว่าเขตสุขภาพที่ 1 มีประชากรผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.57 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 17.84 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1.70 (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) นอกจากนี้พบว่าเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิงเท่ากับ 521.5 และ 348.2 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ จำนวนการเสียชีวิตและภาวะโรคโดยรวมซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ระดับโลก (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีสาเหตุ และประสบการณ์แตกต่างกันไปตามเชื้อชาติ ชาติพันธุ์ วัฒนธรรม และพฤติกรรมสุขภาพ อาทิ ร้อยละ 80.0 ของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำ และปานกลาง (World Health Organization, 2021) และพบว่าสาเหตุในการเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้น ส่วนใหญ่มาจากลักษณะการใช้ชีวิต และลักษณะพฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ภาวะเครียด และอื่น ๆ (World Health Organization, 2019) อีกทั้งผู้สูงอายุจำนวนมากมีความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติทางจิต ความผิดปกติทางระบบประสาท หรือปัญหาการใช้สารเสพติด และอาจมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการสำหรับปัญหาสุขภาพจิตในทุกช่วงชีวิต (World Health Organization, 2017) และผู้สูงอายุอาจเคยประสบกับความเครียดในชีวิตที่ผ่านมา พบได้ทั่วไปในคนทุกคน แต่ยังคงพบความเครียดที่มักเกิดขึ้นในชีวิตในภายหลัง เช่น การสูญเสียความสามารถอย่างต่อเนื่อง และความสามารถในการทำงานที่ลดลง เช่น ผู้สูงอายุอาจมีการเคลื่อนไหวที่ลดลง ความเจ็บปวดเรื้อรัง และความอ่อนแอ สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุต้องการการดูแลระยะยาว และบางรายงานพบว่า ผู้สูงอายุยังมีความเสี่ยงต่อการถูกล่วงละเมิด ทางร่างกาย ทางวาจา จิตใจ การเงิน และทางเพศ ละทิ้ง ละเลย และเสียศักดิ์ศรี และความเคารพอีกด้วย (World Health Organization, 2017)

ผู้สูงอายุมีความเครียด และปัญหาทางจิตใจจำนวนมากในช่วงบั้นปลายชีวิต ที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อันเนื่องมาจาก ความเครียดเรื้อรัง เช่น ความยุ่งยากในการดูแล และเหตุการณ์ในชีวิตด้านลบ เช่น ความจำเสื่อม หรือการเงินต่าง ๆ ที่ผ่านมา และพบว่าความเครียดเพิ่มความเสี่ยงของการเจ็บป่วย และโรคต่าง ๆ อีกทั้งยังพบว่าความเครียดในชีวิตเป็นตัวทำนายที่สำคัญของสุขภาพร่างกาย (de Frias and Whyne, 2015) และจากการศึกษาพบว่าสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้น มักเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น การเจ็บป่วยการเสื่อมของระบบต่าง ๆ ในร่างกายที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด ความรู้สึกกดดันตลอดจนการเปลี่ยนแปลง ทางด้านบทบาททางสังคม เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียบทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียชีวิตของคู่สมรสญาติคนใกล้ชิดหรือเพื่อน ซึ่งล้วนแต่มีผลกระทบต่อจิตใจ ของผู้สูงอายุทั้งสิ้น (สรรร กลิ่นวิจิต และคณะ, 2558) และจากการวิเคราะห์รายงาน Disability-Adjusted Life Year (DALYs) พบว่าผู้สูงอายุมีความผิดปกติทางจิต และระบบประสาทคิดเป็นร้อยละ 6.6 และมักมีความผิดปกติทางจิต ร้อยละ 15.0 (World Health Organization, 2017)

การระบาดใหญ่ของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 ถึงปัจจุบันเป็นปัญหาที่ใหญ่ที่สุดในศตวรรษนี้ และพบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศทั่วโลก เป็นจำนวนมาก (Peeri, et al., 2020) การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019; COVID-19) ถือเป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการระบาดใหญ่ (Pandemic) โควิด 19 เป็นโรคไวรัสชนิดใหม่ที่ส่งผลกระทบต่อประชาชน และแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว จากคนสู่คนผ่านละอองทางระบบทางเดินหายใจ อาการทางคลินิกของโรคโควิด 19 นั้นแตกต่างกันไป ตั้งแต่โรคที่ไม่มีอาการไปจนถึงโรคติดเชื้อรุนแรงนอกจากจะส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้ติดเชื้อแล้วยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของประชาชนเป็นวงกว้าง (World Health Organization, 2019) และองค์การอนามัยโลกได้ระบุการระบาดของโรคโควิด 19 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) (Sohrabi, et al., 2020) จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อหลาย ๆ ด้าน (กรมสุขภาพจิต, 2564) เป็นโรคระบาดที่ได้รับความวิตกกังวล ผู้คน ครอบครัว และชุมชน และในวงกว้างมากขึ้นส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และความยั่งยืน ของชาติต่าง ๆ ในโลก (UNFPA, 2020) แม้ว่าไวรัสสามารถแพร่กระจายไปยังทุกคน ทุกช่วงอายุวัยได้ จากการศึกษา และสถิติการติดเชื้อในหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก พบว่า การติดเชื้อการเจ็บป่วยรุนแรง และการตายเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในประชากรผู้สูงอายุ

ดังนั้นประเทศที่มีประชากรสูงอายุจึงมีโอกาสดิตเชื้อมากขึ้นและการเสียชีวิต (UNFPA, 2020) จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 หน่วยงานสาธารณสุขทั่วโลกได้มีมาตรการเพื่อลดการแพร่กระจายของไวรัส มาตรการเหล่านี้ ได้แก่ การเว้นระยะห่าง การใช้หน้ากากอนามัย การล้างมือ รวมทั้งนโยบายอยู่บ้าน และข้อจำกัดในการพบปะทางสังคม เป็นผลให้ประชากรทั่วไปประสบกับความรุนแรงในการเปลี่ยนแปลงชีวิตประจำวัน ส่งผลกระทบทางจิตใจมากมาย เช่น ภาวะซึมเศร้า ปัญหาการนอนหลับที่เพิ่มขึ้น และความกังวลทางการเงิน (Lebrasseur, et al., 2021) และจากการศึกษาพบว่าในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ผู้สูงอายุประสบปัญหาในการทำงาน มีอุปสรรคในการทำงานในช่วงการระบาดมากขึ้น รายได้จากการทำงาน หรือจากบุตร และดอกเบี้ยเงินออมมีสัดส่วนลดลง จากการสำรวจพบว่า 1 ใน 3 มีรายได้ไม่เพียงพอในช่วงการระบาดของโควิด 19 ด้านสุขภาพพบว่าร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุ มีรายงานว่าสุขภาพแย่ลงในช่วงโควิด 19 อาจเนื่องมาจากไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัด อาการที่รายงานมากที่สุด ได้แก่ วิดกกังวล ไม่อยากอาหาร เหนื่อย ไม่มีความสุข (กรมสุขภาพจิต, 2564)

สถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่าโรคเรื้อรังอาจส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ ปัญหาหลักที่นำไปสู่ความผิดปกติในทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความพิการ ความผิดปกติทางจิตใจ ปัญหาการเคลื่อนไหว การทำงาน ด้านการรับรู้ที่ไม่ดี การหกล้มและอุบัติเหตุ บาดแผลและการบาดเจ็บ ภาวะทุพโภชนาการ และการสื่อสาร ปัญหาของคนชรามีความเกี่ยวข้องกัน และแต่ละปัญหาอาจส่งผลให้เกิดความผิดปกติอื่น ๆ และสุดท้ายก็ส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Maresova, et al., 2019) ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงอย่างมากต่อภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตจากการระบาดของโรคโควิด 19 ผู้สูงอายุมักจะมีภาวะต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงทำให้เกิดความกังวลเป็นอย่างมากหากเมื่อติดเชื้อโรคโควิด 19 แล้วจะไม่ได้การดูแลที่เหมาะสม อีกทั้งยังเป็นกลุ่มที่มีปัญหาในการรับรู้และการเข้าถึงคำแนะนำในการป้องกัน การติดเชื้อ และมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความเหงาเมื่อถูกแยกตัวจะรู้สึกโดดเดี่ยว และนำไปสู่ภาวะเครียด ซึมเศร้า และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนำไปสู่การเสียชีวิต จากปัญหาการระบาดของโรคโควิด นอกจากพยาธิสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลงส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด 19 ได้ง่ายกว่ากลุ่มวัยอื่น และอาจมีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ (United Nations, 2020)

จากการศึกษาพบว่า การแพร่ระบาดของโควิด 19 ส่งผลกระทบต่ออย่างมีนัยสำคัญต่อบุคคลที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง บุคคลที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจ และโรคเกี่ยวกับปอด รวมถึงโรคอื่น ๆ เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะมีอาการรุนแรงขณะที่ติดเชื้อโควิด 19 (Pothisiri, Vicerra and Buathong, 2022) และพบว่าเป็นกลุ่มที่มีอัตราการเสียชีวิตจำนวนมาก (กรมควบคุมโรค, 2563) นอกจากนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากการมีผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้ การติดเชื้อโควิด 19 ยังทำให้สภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่เหล่านี้แย่ลงไปอีก (Palmer, et al., 2020) ผลกระทบเพิ่มเติมที่เกิดจากการติดเชื้อโควิด 19 เช่น การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหัวใจ ตับอ่อน ตับ และทางเดินอาหาร (Srifuefung, et al., 2021) อีกทั้งจากการศึกษาในประเทศจีน พบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด 19 มากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน (Yan, et al., 2020) และจากการวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ภาวะไต และตับเรื้อรัง มีแนวโน้มที่จะได้รับผลกระทบจากโควิด 19 เมื่อพวกเขาติดเชื้อโควิด 19 โดยผู้ป่วยที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีโอกาสสูงที่จะมีผลการรักษาที่แย่ลง และมีรูปแบบของโรคที่รุนแรงขึ้นหรือเสียชีวิต มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป (Nikoloski, et al., 2021) อีกทั้งในการศึกษาพบว่า โควิด 19 และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หากป่วยร่วมกันนั้น ได้สร้างผลกระทบทางตรงที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วยที่มีอยู่ก่อนแล้ว เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง และเบาหวานเป็นปัจจัยกระตุ้นให้โรคโควิด 19 เกิดความรุนแรง ดังนั้นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาจมีบทบาทสำคัญทั้งในการเพิ่มความไวต่อการติดเชื้อโควิด 19 รวมทั้งการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่รุนแรงขึ้นและผลกระทบทางอ้อม เช่น การหลีกเลี่ยงการใช้บริการด้านสุขภาพ เพราะกลัวการติดเชื้อ สิ่งนี้อาจนำไปสู่ความล่าช้าในการวินิจฉัยภาวะเฉียบพลัน เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) หรือโรคหลอดเลือดสมอง (Chronic Venous Insufficiency) การไม่ไปตามการนัดหมายการตรวจ หรือการยกเลิกเนื่องจากการแพร่ระบาดของโควิด 19 กระทั่งระยะเวลาในการรอคอยในขั้นตอนการวินิจฉัย และการรักษา (Nikoloski, et Al., 2021) และจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า การระบาดของโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อในระดับชุมชนอย่างมีนัยสำคัญต่อมิติต่าง ๆ ของคุณภาพของชีวิตของทุกคน (Algahtani, et al., 2021) จากการศึกษาในประเทศซาอุดีอาระเบีย พบว่าผลกระทบทางจิตใจเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตคนจำนวนมากในแต่ละวัน จากสถานการณ์โควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญ (Algahtani, et Al., 2021) และอีกการศึกษาในราชอาณาจักรซาอุดีอาระเบีย

ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับ ความเครียดจากโรคระบาดโควิด 19 กับคุณภาพชีวิตพบว่า ความเครียดในช่วงโควิด 19 ส่งผลลบกับคุณภาพชีวิต (Health-Related Quality of Life: HRQOL) ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ (Hawash, et al., 2021)

จากการสำรวจผลกระทบการระบาดของโรคโควิด 19 ต่อประชากรผู้สูงอายุไทย ตั้งแต่เริ่มมีการระบาดเกิดขึ้น ถึงวันที่ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 พบว่า มีจำนวนประชาชน ติดเชื้อจำนวน 4,682,132 คน จำนวนผู้ติดเชื้อ 67,314.37 ต่อประชากรล้านคน พบจำนวนผู้เสียชีวิตจำนวน 32,882 ราย (อัตราการป่วยตาย ร้อยละ 0.70) (กรมควบคุมโรค, 2565) เมื่อจำแนกในผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโควิด 19 ในประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม จำนวนมากถึง 597,640 คน เสียชีวิตจำนวน 22,023 ราย (อัตราการป่วยตายร้อยละ 3.68) และผู้สูงอายุยังเป็นกลุ่มอายุที่มีจำนวนการเสียชีวิตมากที่สุด (กรมควบคุมโรค, 2565)

สำหรับภาคเหนือของประเทศไทย เป็นภูมิภาคที่มีจำนวนร้อยละประชากรผู้สูงอายุ มากที่สุด 19.87 รองลงมา คือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเหนือ ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็นร้อยละ 19.87, 18.66, 16.86, 15.56 และ 15.22 ของประชากร ทั้งหมดตามลำดับ และสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในภาคเหนือ ณ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 พบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 ทั้งสิ้น 313,233 คน พบผู้เสียชีวิตจำนวน 2,739 คน (อัตราการป่วยตาย ร้อยละ 0.87) และพบในกลุ่มผู้สูงอายุ ติดเชื้อจำนวน 15,309 ราย มีผู้สูงอายุเสียชีวิตจำนวน 691 ราย (อัตราการป่วยตาย ร้อยละ 4.51) (กรมควบคุมโรค, 2565)

จังหวัดเชียงรายเป็นที่ที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น และเป็นจังหวัดที่มีประชากร ผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุจำนวนมากโดยมีจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 237,979 คน คิดเป็นร้อยละ 18.38 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) และพบปัญหา ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายในปี พ.ศ. 2564 พบว่าผู้สูงอายุมีอัตราป่วย ด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.26 โรคเบาหวาน ร้อยละ 17.67 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1.27 และโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 2.55 (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) และจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในจังหวัดเชียงรายพบว่าผู้ติดเชื้อโควิด 19 ทั้งสิ้น 11,853 คน และเสียชีวิต 221 คน (อัตราการป่วยตายร้อยละ 1.86) ส่วนใหญ่ พบว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีอัตราการเสียชีวิตมากที่สุด โดยมีจำนวนการติดเชื้อสะสม 1,495 คน (กรมควบคุมโรค, 2565) เสียชีวิตจำนวน 167 คน (อัตราการป่วยตายร้อยละ 11.17) คิดเป็นร้อยละ 75.57 ของผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตทั้งหมด (ข้อมูลณวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2565) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาทิ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2564)

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น โรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่ออย่างเป็นวงกว้าง การแพร่ระบาดของกระจายในระดับชุมชนมากขึ้น (Algahtani, et al., 2021) ในสภาวะของการระบาดของโรคโควิด 19 และสภาวะทางสุขภาพที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ ที่อาจส่งผลกระทบต่อความเครียด สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุนั้นมีสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วง อีกทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจมีความกังวลที่มากมาย ไม่ว่าจะเป็นการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การรับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ถูกปรับเปลี่ยนรูปแบบ การเข้าใจ และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการป้องกันตนเอง การแยกกักหากเมื่อเป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดหรือมีความเสี่ยงในการได้รับ และแพร่กระจายเชื้อไวรัส (Pécout, et al., 2021) อีกทั้งการสร้างมาตรการของหน่วยงานสาธารณสุขทั่วโลก เพื่อลดการแพร่กระจายของไวรัส มาตรการเหล่านี้ ได้แก่ การเว้นระยะห่าง การใช้หน้ากากอนามัย การล้างมือ รวมทั้งนโยบายอยู่บ้าน และข้อจำกัดในการพบปะทางสังคม เป็นผลให้ประชากรทั่วไปประสบกับความรุนแรง การเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวัน ความกลัวที่เกี่ยวข้องกับโควิด 19 สูง และผลกระทบทางจิตใจมากมาย เช่น ภาวะซึมเศร้า ปัญหาการนอนหลับที่เพิ่มขึ้น และความกังวลทางการเงิน (Lebrasseur, et al., 2021) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ในขณะที่เกิดการระบาดของโรคโควิด 19 และอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในระยะยาว

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดของการวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขตามกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL ของ Green and Krueter (1999) ซึ่งแนวคิดนี้เชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากหลายปัจจัย โดยเฉพาะได้นำส่วนที่ 1 ซึ่งเป็นระยะของการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมในส่วนที่เรียกว่า PRECEDE (Predisposing Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Ecological Diagnosis and Evaluation) ซึ่งเป็นระยะของการกำหนดปัจจัยที่สัมพันธ์ หรือที่มีผลต่อพฤติกรรมที่ต้องการศึกษา โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มปัจจัย คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความเครียด สุขภาพจิต ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สถานะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข และปัจจัยเสริม ได้แก่ ผู้ดูแล การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (Orem, 1985) สำหรับ ผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต และสวัสดิภาพของตนเอง และปฏิบัติเป็นประจำจนติดเป็นนิสัย ทั้งในภาวะปกติและในภาวะเจ็บป่วย เพื่อให้สุขภาพอนามัยของตนสมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ อีกทั้งยังจำเป็นต้องมีหลักฐานเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคม ความรู้ความเข้าใจ และจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดังกล่าว การศึกษาก่อนหน้านี้เกี่ยวกับโรคระบาดของโรคติดเชื้อแสดงให้เห็นว่าความรู้ และความตระหนัก การรับรู้ความเสี่ยง และความเชื่อในประสิทธิภาพ เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้คนนำพฤติกรรมการป้องกันตนเอง ในทำนองเดียวกัน การศึกษาที่ผ่านมาได้ศึกษาเกี่ยวกับโควิด 19 พบว่า ความรู้ การรับรู้ถึงการควบคุมได้ การมองโลกในแง่ดี อารมณ์ และการรับรู้ความเสี่ยง ล้วนแล้วแต่เป็นมาตรการป้องกันตนเองของประชาชน (Lee, Kang and You, 2021) การศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ พฤติกรรม พบว่า ความสัมพันธ์ของความรู้กับทัศนคติ หรือการปฏิบัติที่เกินกว่าจะเข้าใจความชุกของความรู้แต่ละข้อ (Lee, Kang and You, 2021) และความรู้ในระดับที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน และเจตคติยังเชื่อมโยงในเชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกัน (วิหมา ธรรมเจริญ, 2561) บางการศึกษาพบว่า การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารจากศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินที่ได้ให้ข้อมูลทุกวัน และมีการเน้นย้ำให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคที่มีต่อสุขภาพและอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของประชาชนที่ถูกต้องได้ ดังนั้นพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เป็น New Normal ที่แตกต่างไปจากการปฏิบัติแบบเดิม ๆ อาจจะต้องมีการเชื่อมโยงกับบริบท และกลุ่มเป้าหมายให้ฝึกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วบุญญ และทักษิภา ชัชวรัตน์, 2563)

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจการประยุกต์ใช้เครื่องมือแบบวัดความเครียดสวนปรง (Suanprung Stress Test-20) (Mahatnirunk, 2002) เป็นแบบวัดความเครียดที่สร้างขึ้นมาเพื่อวัดความเครียดที่เหมาะสมสำหรับคนไทย จากกรอบแนวคิดทางด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคมของความเครียด โดยนำมาใช้เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับความเครียดของผู้ที่จะมารับบริการ ทราบที่มาของ ความเครียด การใช้ชีวิตประจำวันที่มีผลต่อการเกิดความเครียด หรือการปรับตัวรับมือกับความเครียด และอาการของความเครียดที่เกิดขึ้นได้ และ The General Health Questionnaire (GHQ) เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg (1972) ซึ่งเป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับการยอมรับกว้างขวางที่สุดในปัจจุบันฉบับหนึ่ง และมีผู้แปลเป็นภาษาต่าง ๆ

มากกว่า 36 ภาษา Thai GHQ ที่พัฒนาขึ้น สามารถคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตได้ดี โดยบอกได้ว่าบุคคลนั้นจะมีปัญหา สุขภาพจิตหรือไม่ (Nilchaikovit, Sukying and Silpakit, 1996) และเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงการประเมินค่าที่เป็น จิตนีย (Subjective) ซึ่งฝังแน่นอยู่กับปรัชญาทางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อม เพราะฉะนั้นยามของคุณภาพชีวิตจะเน้นไปที่การรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบไม่ได้คาดหวังที่จะเป็นวิธีการที่จะวัดในรายละเอียดของอาการโรค หรือสภาพต่าง ๆ แต่ถือเป็นการประเมินผลของโรค และวิธีการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิต (Mahatnirunkul, 2002; Mahatnirunkul, Tuntipivatanaskul and Pumpisanchai, 1998)

ดังนั้น ในการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองครั้งนี้จึงนำเครื่องมือดังกล่าว มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิด (Mahatnirunk, 2002; Mahatnirunkul, Tuntipivatanaskul and Pumpisanchai, 1998) ของการศึกษาวิจัย ความเครียด สุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดเชียงรายเพื่อจะได้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับครอบครัว ชุมชน หน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานภาคเอกชนได้มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนการให้บริการ หรือการให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนเชิงนโยบายในการบริหารจัดการสังคมผู้สูงอายุในขณะที่เกิดการระบาดโรคโควิด 19 ให้มีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ปราศจากความเครียดและปัญหาทางสุขภาพจิต

### คำถามการวิจัย

1. ผลกระทบการระบาดโรคโควิด 19 ต่อความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย เป็นอย่างไร
2. ระดับความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในช่วงการระบาดโรคโควิด 19 เป็นอย่างไร
3. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในช่วงการระบาดโรคโควิด 19 อย่างไร
4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในช่วงการระบาดโรคโควิด 19 เป็นอย่างไร

## วัตถุประสงค์

### 1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

1.1 เพื่อศึกษาผลกระทบการระบาดของโรคโควิด 19 ต่อ ความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย

### 2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาระดับความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 จังหวัดเชียงราย

2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สถานะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข และปัจจัยเสริม ได้แก่ ผู้ดูแล การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 จังหวัดเชียงราย

2.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 จังหวัดเชียงราย

## สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19

2. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สถานะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19

3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ ผู้ดูแล การเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19

4. พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในช่วงการระบาดโรคโควิด 19

### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross sectional study) กำหนดขอบเขตของการวิจัยจากประชากรที่ได้มาจากผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาศัยอยู่จังหวัดเชียงราย โดยเป็นผู้ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2565

### ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

#### 1. ตัวแปรต้น ได้แก่

1.1 ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต

1.2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สถานะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข

1.3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ ผู้ดูแล การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ

#### 2. ตัวแปรตาม ได้แก่

2.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ และการเว้นระยะห่าง

2.2 คุณภาพชีวิต ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม

### นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **ปัจจัยนำ** หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมของบุคคล และก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจของบุคคล ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ ซึ่งอาจมีส่วนช่วยสนับสนุน หรือยับยั้งมิให้เกิดการแสดงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต

**1.1 ผู้สูงอายุ** หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิง และเพศชาย ที่มีสัญชาติไทย อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ไม่น้อยกว่า 2 ปี

**1.2 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง** หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง

**1.3 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง** หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป มีสัญชาติไทย และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มโรค NCDs 4 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง ที่มารับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในพื้นที่ ตำบลจันจว้า อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

**1.4 ผลกระทบของโรคโควิด 19** หมายถึง ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย ในการระบาดของโรคโควิดตั้งแต่ ระลอกที่ 1 ช่วง เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ที่ส่งผลต่อความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

**1.5 ความรู้** หมายถึง ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโควิด 19 โดยมีความเข้าใจที่อยู่ภายในของตัวบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความเป็นมากลไกการเกิดโรค อาการและอาการแสดงของโรค การแพร่กระจายเชื้อ และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรคโควิด 19

**1.6 ความเครียด** หมายถึง ภาวะของอารมณ์ ความรู้สึก ที่ถูกบีบคั้น กดดัน ทำให้มีอาการแสดงที่ต่างกัน เช่น วิตกกังวล นอนไม่หลับ ปวดหัว ซึมเศร้า และเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นทั้งทางด้านจิตใจ และร่างกาย อีกทั้งความเครียด เป็นเรื่องของร่างกายและจิตใจ ที่เกิดการตื่นตัวเตรียมรับมือกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งในช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

**1.7 สุขภาพจิต** หมายถึง สภาวะจิตใจในช่วงของการระบาดของโควิด 19 ที่มีองค์ประกอบในกลุ่มอาการอาการทางกาย กลุ่มอาการอาการวิตกกังวล กลุ่มอาการอาการนอนไม่หลับ กลุ่มอาการความบกพร่องทางสังคม และกลุ่มอาการซึมเศร้าที่รุนแรง

**2. ปัจจัยเชื้อ** หมายถึง ปัจจัยที่อาศัยอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองโดยตรง ในขณะที่เกิดสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 อาจเป็นปัจจัยสนับสนุน หรือยับยั้งให้เกิด หรือไม่ให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ สถานะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข

**2.1 สถานะสุขภาพ** หมายถึง ภาวะความ สุขสมบูรณ์ของบุคคลตามสภาพปกติ ในการดำเนินชีวิตประจำวันในการศึกษาคั้งนี้ ได้แก่ โรคประจำตัว ระยะเวลาในการรักษาโรค การรับประทานยา การตรวจหาเชื้อโควิด 19 และผลการตรวจโควิด 19

**2.2 การเข้าถึงบริการสาธารณสุข** หมายถึง สิทธิการรักษา สวัสดิการสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพขณะที่เกิดสถานการณ์การระบาดโควิด 19

**3. ปัจจัยเสริม** หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้น ได้รับการสนับสนุน เป็นผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมนั้น ซึ่งอาจช่วยสนับสนุน หรือเป็นแรงกระตุ้นในการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพนั้น เป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากบุคคล หรือกลุ่มคนที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในเรื่องนั้น การยอมรับ หรือไม่ยอมรับขณะที่เกิดสถานการณ์การระบาดโควิด 19 ในการศึกษาคั้งนี้ ได้แก่ ผู้ดูแล การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ

**3.1 ผู้ดูแล** หมายถึง บุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย เมื่อเกิดการเจ็บป่วย เกิดขึ้น ผู้ดูแลสามารถประเมินถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายผู้สูงอายุได้ และการดูแลทางด้านจิตใจขณะที่เกิดสถานการณ์การระบาดโควิด 19

**3.2 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ** หมายถึง ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ การปฏิบัติตน การดูแลตนเองในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 จากสื่อสังคมออนไลน์ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) บุคคลในครอบครัว โทรศัพท์/วิทยุ และอื่น ๆ เช่น ไปสแตอร์ สื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ

**4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care behaviors)** หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติ หรือกระทำที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ หากบุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ในการศึกษาคั้งนี้นำกรอบแนวคิดทฤษฎีของโอเรม (Orem, 1985) มาประยุกต์ใช้ในการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในช่วงการระบาดโรคโควิด 19 โดยองค์ประกอบมีดังนี้ (1) ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองทั่วไป (Universal self-care requisites) (2) ด้านการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) (3) ด้านการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisite) ในการศึกษาคั้งนี้ประยุกต์ใช้ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองทั่วไปประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ และการเว้นระยะห่าง ขณะที่เกิดสถานการณ์การระบาดโควิด 19

**5. คุณภาพชีวิต** หมายถึง คุณภาพชีวิตขณะที่เกิดสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ที่เกิดจากองค์ประกอบต่าง ๆ ในชีวิต ในการศึกษาครั้งนี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (Mahatnirunkul, 2002) ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่

**5.1 ด้านร่างกาย (Physical domain)** คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาอาศัยต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

**5.2 ด้านจิตใจ (Psychological domain)** คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียด หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

**5.3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships)** คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

**5.4 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)** คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

## ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย

1. ทราบถึงผลกระทบการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ส่งผลต่อความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย

2. ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย ในช่วงการระบาดโควิด 19

3. ทราบ ถึงผลกระทบการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย

4. ทราบถึงผลกระทบการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย

5. ทราบถึงผลกระทบการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ที่มีความสัมพันธ์ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย

6. ทราบถึงผลกระทบการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ที่มีความสัมพันธ์ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย

7. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับครอบครัว ชุมชน หน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานภาคเอกชน ได้มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนการให้บริการหรือการให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

8. เป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนเชิงนโยบายในการบริหารจัดการสังคมผู้สูงอายุในขณะที่เกิดการระบาดของโรคโควิด 19 ให้มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีปราศจากความเครียดและปัญหาทางสุขภาพจิต

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษาผลกระทบการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ต่อความเครียด สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 ผู้สูงอายุ

1. ความหมายของผู้สูงอายุ
2. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

#### ส่วนที่ 2 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1. ความหมายของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. โรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับผู้สูงอายุ

#### ส่วนที่ 3 ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคไวรัสโคโรนา 2019

1. ความเป็นมา
2. กลไกการเกิดโรค
3. อาการและอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
4. การแพร่กระจายเชื้อ
5. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
6. โควิด 19 กับผู้สูงอายุ

#### ส่วนที่ 4 ความเครียด

1. ความหมายของความเครียด
2. สาเหตุของความเครียด
3. ผลกระทบของความเครียด
4. ระดับของความเครียด
5. การประเมินความเครียด

#### ส่วนที่ 5 สุขภาพจิต

1. ความหมายของสุขภาพจิต

#### ส่วนที่ 6 แนวคิด และทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model)
2. คุณภาพชีวิต
  - 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
  - 2.2 ความสำคัญของคุณภาพชีวิต
  - 2.3 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
  - 2.4 คุณภาพชีวิตตามหลักองค์การอนามัยโลกองค์การอนามัยโลก
3. พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior)
  - 3.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (Self – care behavior's)

**ส่วนที่ 7 งานวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ**

**ส่วนที่ 8 กรอบแนวคิดการวิจัย**

**ส่วนที่ 1 ผู้สูงอายุ**

**1. ความหมายของผู้สูงอายุ**

ผู้สูงอายุ หรือบางคนเรียกว่า ผู้สูงวัย เป็นคำที่บ่งบอกถึงตัวเลขของอายุว่ามีอายุมากโดยนิยามนับตามอายุตั้งแต่แรกเกิด (Chronological age) หรือทั่วไปเรียกว่า คนแก่ หรือคนชรา จากการทบทวนวรรณกรรม และการศึกษาทั้งไทย และต่างประเทศ ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุดังนี้

องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2013) ซึ่งได้ให้ความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ” คือ บุคคลทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

สมาคมแพทย์แห่งประเทศไทย (British Medical Association, 2016) ได้ให้ความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ” คือ บุคคลทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป

สารานุกรมนิวซีแลนด์ (The Encyclopedia of New Zealand, 2018) ให้ความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ” คือ บุคคลทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (2546) ให้ความหมายคำว่า “ชรา” หมายถึง แก่ด้วยอายุขำรดทรุดโทรม แต่คำนี้ไม่เป็นที่นิยมเพราะก่อให้เกิดความหดหู่ใจ และความถดถอยสิ้นหวัง

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 กำหนดให้บุคคลที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ และมีสัญชาติไทยเป็นผู้สูงอายุ (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุฉบับที่ ๓, 20 ธันวาคม 2560)

กรมกิจการผู้สูงอายุ (2564) ได้ให้ความหมายผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ คือ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสาร ด้านการประกอบอาชีพ ฝึกอาชีพที่เหมาะสม ด้านการพัฒนาตนเองการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะ เครือข่ายชุมชน ด้านการอำนวยความสะดวก และความปลอดภัยในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ บริการสาธารณะอื่น ด้านการลดหย่อนค่าโดยสาร และการอำนวยความสะดวก ในการเดินทางการรถไฟแห่งประเทศไทย ด้านการยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ ด้านการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกรังแกหรือถูกแสวงหาประโยชน์ โดยมีขอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่น ที่เกี่ยวข้องในทางคดี และในทางการแก้ไขปัญหาครอบครัว ด้านการช่วยเหลือด้านที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง ด้านการช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพ การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี การจัดบริการสถานที่ท่องเที่ยว การจัดกิจกรรม กีฬา และนันทนาการตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติประกาศกำหนด การจัดบริการ เพื่ออำนวยความสะดวกด้านพิพิธภัณฑ โบราณสถาน หอจดหมายเหตุแห่งชาติ และการจัดกิจกรรมด้านศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรม ตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกาศกำหนด ด้านการลดหย่อนภาษีเงินได้ และการลดหย่อนภาษีให้แก่ผู้บริจาคทรัพย์สิน ให้แก่กองทุนผู้สูงอายุ และด้านกองทุนผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ได้ให้นิยาม “ผู้สูงอายุ” (Older person) ว่า หมายถึง ประชากรทั้งเพศชาย และหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป นับตั้งแต่อายุเกิด และการสูงวัยหมายถึงกระบวนการหลายมิติของการเปลี่ยนแปลง ทางร่างกาย จิตใจ และสังคม (Ajeh, et al., 2019)

ส่วนองค์การอนามัยโลกระบุว่าประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกได้คำนิยามสำหรับผู้สูงอายุ ต่างกัน ทั้งนิยามตามอายุเกิด หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือตามการกำหนดทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสภาพร่างกาย บางประเทศจึงมักจะนิยามผู้สูงอายุโดยนับจากอายุ 65 ปีขึ้นไป เป็นต้น (เกษรา โพธิ์เย็น, 2562) และได้แบ่งการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เป็น 3 ระดับ ได้แก่

“สังคมสูงอายุ” (Aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7)

“สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete-aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (หรือ ประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14)

“สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (Super-aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20

“สังคมสูงอายุ” (Ageing society) มีความหมายอีกอย่างหนึ่ง คือ หมายถึง สังคมที่ประชากรกำลังมีอายุสูงขึ้น สังเกตได้จากอัตราส่วนร้อยละของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ (เกษรา โพธิ์เย็น, 2562)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุแตกต่างกัน แต่โดยสรุปคือ ผู้สูงอายุหมายถึงผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย โดยมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม และมีความต้องการในการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต อาทิ ด้านการแพทย์ และสาธารณสุข ด้านการศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสาร ด้านการประกอบอาชีพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ด้านการอำนวยความสะดวก และความปลอดภัยในการดำรงชีวิต

สำหรับในการศึกษาคำครั้งนี้ ครังนี้ ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย ที่มีสัญชาติไทย อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ไม่น้อยกว่า 2 ปี

## 2. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในร่างกายของคนนั้นขึ้นอยู่กับกระบวนการทำงานภายในร่างกายอยู่ 2 กระบวนการ คือ กระบวนการเจริญเติบโต (growth or evolution) กับกระบวนการเสื่อมสลาย (atrophy or involution) 2 กระบวนการนี้เกิดขึ้นพร้อมกันตลอดเวลาในวัยทารกถึงวัยหนุ่มสาวกระบวนการเจริญเติบโตจะมีมากกว่ากระบวนการเสื่อมสลาย คนในวัยนี้จึงเจริญเติบโตอย่างมาก หลังจากนั้นกระบวนการเจริญเติบโตจะค่อย ๆ ลดลงขณะเดียวกันกระบวนการเสื่อมสลายจะค่อย ๆ มีมากขึ้นและเมื่อบุคคลมีอายุประมาณ 20-40 ปี กระบวนการทั้งสองจะเกิดในอัตราใกล้เคียงกันหลังจากนั้นกระบวนการเสื่อมสลายจะมีมากกว่ากระบวนการเจริญเติบโตการเสื่อมสลายจะเริ่มชัดเจนเมื่อบุคคลมีอายุระหว่าง 40-50 ปี และเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยชราเป็นผลให้เนื้อเยื่อ และอวัยวะภายในของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม (Nigam, et al., 2012) ดังนั้นเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น และเข้าสู่วัยสูงอายุจึงมีการเปลี่ยนแปลง

ของชีวิตที่เป็นไปในทางเสื่อมถอยทั้งทางร่างกายจิตใจ และสังคม (สุภาภรณ์ สุดหนองบัว, 2564) ดังนี้

## 2.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

ร่างกายของผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นไม่เท่ากัน เซลล์ต่าง ๆ ภายในร่างกายส่วนใหญ่อำนาจลดลง และมีจำนวนน้อยลง 30 เปอร์เซ็นต์ เมื่อเทียบกับคนวัยหนุ่มสาวขนาดของเซลล์ที่เหลือจะใหญ่ขึ้นเพราะมีไขมันสะสมมากขึ้น มีปริมาณน้ำภายนอกของเซลล์ยังคงเดิม หรือลดลงเพียงเล็กน้อยจึงทำให้ปริมาณทั้งหมดภายในร่างกายลดลงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้จะมีผลทำให้น้ำหนักของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดลงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแต่ละระบบของร่างกายแต่ละระบบของผู้สูงอายุ มีดังนี้

2.1.1 การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อเซลล์ต่าง ๆ จะเปลี่ยนแปลง และลดจำนวน เป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1) ผมเป็นสิ่งแรกที่เปลี่ยนแปลงให้เห็นได้อย่างชัดเจนเนื่องจากเนื้อเยื่อที่หนังศีรษะจะเหี่ยวยุบประกอบกับการไหลเวียนของโลหิตไม่ดีเส้นผมได้รับสารอาหารไม่เพียงพอทำให้เส้นผมเปลี่ยนสีจากสีเดิมเป็นสีขาวมีลักษณะแห้งเปราะ และร่วงง่าย

2) ผิวหนังเมื่อคนอายุสูงขึ้นเนื้อเยื่อต่าง ๆ จะขาดความตึงตัวไขมันใต้ผิวหนังจะลดน้อยลงเลือดจะมาเลี้ยงผิวหนังน้อยลงผิวหนังจะแห้งและบางความยืดหยุ่นจะหายไปปรากฏรอยย่น และมีจุดสีเกิดขึ้นจำนวนต่อมเหงื่อใต้ผิวหนังก็จะลดลง ทำให้ความสามารถในการควบคุมระดับอุณหภูมิภายในร่างกายลดลงผู้สูงอายุจึงมีอาการหนาวง่ายกว่าคนปกติ

3) กระดูกเนื้อเยื่อที่อยู่ระหว่างรอยต่อกระดูกสันหลังจะลดจำนวนลง ประกอบกับการสลายของแคลเซียมในกระดูกจึงทำให้เกิดการโค้งงอของกระดูกสันหลัง กระดูกเปราะและแตกง่ายข้อต่อต่าง ๆ จะเสียความยืดหยุ่นทำให้เคลื่อนไหวลำบากขนาดและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่าง ๆ ก็ลดลงด้วย

2.1.2 การเปลี่ยนแปลงของระบบสัมผัสเฉพาะ ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และประสาทสัมผัสที่ผิวหนังจะค่อย ๆ เสื่อมลงในขณะที่คนมีอายุมากขึ้นเสื่อมของอวัยวะในระบบนี้จะค่อย ๆ เสื่อมตามลำดับดังนี้

1) ตา เลนส์ของตาจะหนาขึ้นรูม่านตาจะแคบลงเรตินาจะเสื่อม และแยกหลุดออกการเปลี่ยนแปลงนี้จะทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นไม่ชัดเจนสายตาคจะแคบลง บางรายอาจเป็นต้อกระจก หรือความดันในลูกตามากทำให้เจ็บปวด

2) หู การได้ยินของผู้สูงอายุจะเสื่อมลงความเสื่อมของการได้ยิน อาจเกิดได้ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะรับคลื่นเสียง คือ เยื่อแก้วหู และกระดูกหูชั้นต่าง ๆ หรืออาจเกิดรวมกันกับความเสื่อมของประสาทหูซึ่ง ได้แก่ เซลล์ประสาทที่มีหน้าที่ในการแปลคลื่นเสียงความถี่สูงดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น บางครั้งจะได้ยินเสียง แต่ไม่รู้เรื่องราวพูดอะไร

3) จมูก และลิ้น ความสามารถในการรับกลิ่น และรสจะลดน้อยลง เพราะต่อมใต้สมองที่ทำหน้าที่นี้เสื่อมลงปุ่มรับรสต่าง ๆ ที่ลิ้นก็จะค่อย ๆ เสื่อม และตายไป ในขณะที่คนอายุเพิ่มขึ้นประมาณกว่า 2 ใน 3 ของปุ่มรับรสดังกล่าวจะตาย และเสื่อม และตายไปเมื่อคนอายุได้ 70 ปี ประสาทสัมผัสการเปลี่ยนแปลงสภาพของเซลล์ทั่วร่างกาย ทำให้ความตึงตัว และความยืดหยุ่นของผิวหนังเสียไปเป็นผลทำให้ความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกของผู้สูงอายุลดลง

2.1.3 การเปลี่ยนแปลงของหัวใจ ความสามารถในการทำงานของหัวใจ จะลดลงอัตราการเต้น และความแรงในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงทำให้ปริมาณเลือด ที่ออกจากหัวใจลดลงเลือดจึงไปเลี้ยงตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้น้อยโดยเฉพาะอวัยวะ ส่วนปลาย เช่น แขน ขา และเท้า

2.1.4 การเปลี่ยนแปลงของปอด สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อทรวงอกกระดูกซี่โครง และสันหลัง ทำให้การเคลื่อนไหวของทรวงอกถูกจำกัด ประกอบกับความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อปอด และหลอดลมจะลดลงทำให้ปอดขยายตัวไม่เต็มปริมาณอากาศตกค้างในปอดมากขึ้นสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ความสามารถในการนำออกซิเจนเข้าปอดลดลงด้วยเป็นผลทำให้ออกซิเจน ในเลือดต่ำผู้สูงอายุจึงมักเกิดอาการหอบเหนื่อยได้ง่ายโดยเฉพาะเมื่อขึ้นที่สูง หรืออยู่ในภาวะ ที่ร่างกายต้องการใช้ออกซิเจนมากกว่าปกติ

2.1.5 การเปลี่ยนแปลงของไต เซลล์ในไตจะเปลี่ยนแปลง และลดจำนวนลง ประกอบกับการไหลเวียนของเลือดในไตไม่ดีเป็นผลให้ไตของคนอายุ 70 ปี มีสมรรถภาพ ในการทำงานได้เพียงครึ่งหนึ่งของไตคนปกติที่มีอายุ 30 ปี ความสามารถในการทำงาน ของหน่วยกรองของไตในผู้สูงอายุจะลดลงร้อยละ 30-50 เมื่อเปรียบเทียบกับวัยหนุ่มสาวด้วย เหตุผลดังกล่าวทำให้ปริมาณของเสียในเลือดตกค้างในไตมากขึ้นเพราะปัสสาวะ ของผู้สูงอายุมีขนาดเล็กมีความจุต่ำประมาณ 250 ซี.ซี. หรือครึ่งหนึ่งของวัยหนุ่มสาว ทำให้มีการถ่ายปัสสาวะบ่อยบางครั้งอาจถ่ายไม่สะดวกเนื่องจากกล้ามเนื้อหูรูดเสื่อมเวลาไอ หรือจามกล้ามเนื้อจะหดเกร็งทำให้ปัสสาวะไหลได้

2.1.6 การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน เมื่ออายุมากขึ้นการผลิตฮอร์โมนทางเพศจะลดลงทั้งหญิง และชายในหญิงขนาดของเต้านมจะเล็กลงความสามารถในการมีบุตรจะหมดไปเมื่อหญิงอายุประมาณ 50 ปี สำหรับเพศชายลูกอัณฑะ และขนาดของอวัยวะเพศจะเรียวเล็กลง แต่สำหรับเพศชายความต้องการทางเพศยังคงมีอยู่ หรืออาจลดลงทั้งชายและหญิงทั้งเพศหญิง และชายนั้นต่อมต่าง ๆ เช่นต่อมธัยรอยด์จะมีขนาดเล็กลงจากอายุ 50 ปีไปแล้วทำให้การผลิตฮอร์โมนลดลงเป็นผลให้เกิดการเบื่ออาหารอ่อนเพลียตับอ่อนจะหลั่งอินซูลินน้อยลงผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มเป็นเบาหวานได้ง่าย

2.1.7 การเปลี่ยนแปลงทางโภชนาการ ความอยากอาหารของผู้สูงอายุลดลงเนื่องจากความสามารถในการรับรู้กลิ่น และรสลดน้อยลงพบว่าเมื่อคนอายุ 70 ปีความอยากอาหารลดลงร้อยละ 50 นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของเหงือก และฟันยังเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารไม่สะดวกเคี้ยวอาหารไม่ละเอียดอาหารจึงถูกย่อยไม่สมบูรณ์ประกอบกับการดูดซึมสารอาหารบางประเภทลดลงทำให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารไม่เพียงพอผู้สูงอายุบางรายมีอาการท้องผูกเนื่องจากลำไส้เคลื่อนไหวตัวช้าลงทำให้อาหารอยู่ในลำไส้นานขึ้น และมีโอกาสจับตัวเป็นก้อนแข็งในลำไส้ส่วนปลายได้มากขึ้น

## 2.2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และความจำ

การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจอารมณ์ความคิดพฤติกรรม และความจำเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และสังคมเพราะความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อจิตใจอารมณ์ความคิดพฤติกรรม และความจำของผู้สูงอายุ และเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคลรวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ สายพิณ ไชยนันท์ (2561) (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2564) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงดังนี้

2.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลต้องพึ่งลูกหลานนอนไม่หลับกลัวถูกทอดทิ้ง ฯลฯ ความกังวลเหล่านี้ส่งผลให้เกิดภาวะไม่สบายใจ และกาย เช่น ใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม อ่อนเพลียไม่มีแรง ฯลฯ แนวทางแก้ไข คือการเปลี่ยนความคิดของตนเอง และการพยายามมองในแง่ความเป็นจริงมากกว่าคิดไปล่วงหน้า

2.2.2 การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพบกับความสูญเสียได้บ่อยผู้สูงอายุบางคนเป็นโรคซึมเศร้าอันเนื่องจากความสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักนอกจากนี้ผู้สูงอายุมีอาการหงุดหงิดระแวงเอาแต่ใจตนเอง ดังนั้นบุตรหลานควรดูแลผู้สูงอายุด้วยการพูดคุย และเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้สูงอายุหางานหรือกิจกรรมให้ผู้สูงอายุทำเพื่อความเพลิดเพลิน และเกิดประโยชน์ไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว

2.2.3 การเปลี่ยนแปลงทางความคิด ผู้สูงอายุมักจะคิดซ้ำซาก ลังเล ระแวง หมกมุ่นเรื่องของตัวเอง และเรื่องในอดีต และคิดถึงปัจจุบันด้วยความหวาดกลัวกลัวถูกทอดทิ้ง กลัวถูกรังเกียจแนวทางแก้ไข คือ บุตรหลานควรหมั่นเยี่ยมเยียน หรือ ติดต่อผู้สูงอายุเป็นประจำ

2.2.4 การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ผู้สูงอายุมักเอาแต่ใจตัวเองรู้จึ้นชอบยุ่งเรื่องคนอื่น หรืออาจมีปัญหาทางเพศในสังคมไทยมักไม่พูดถึงเรื่องเพศ ความเป็นจริงผู้สูงอายุเพศชายส่วนใหญ่มักมีความต้องการทางเพศอยู่ แต่ในเพศหญิง อาจไม่พบว่ามีความต้องการทางเพศทำให้เกิดปัญหาขึ้นระหว่างคู่สมรสแนวทางแก้ไขปัญหา คือ การเข้าพบแพทย์เพื่อรับคำปรึกษา

2.2.5 การเปลี่ยนแปลงของความจำ ผู้สูงอายุมักจำปัจจุบันไม่ค่อยได้ และชอบคำถามซ้ำ ๆ ทำให้คนที่คุยด้วยเกิดความเบื่อหน่ายบางรายจำผิดพลาด เป็นภาวะที่เรียกว่าสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีอาการสูญเสียความจำรุนแรงมากจนมีส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวันดังนั้นผู้สูงอายุเหล่านี้ควรต้องพบแพทย์เพื่อหาแนวทางการรักษา และต้องใช้สมุดบันทึกช่วยจำบุตรหลานต้องเข้าใจ และให้ความดูแลและมัตระวังไม่ให้ออกจากบ้านคนเดียวมิเช่นนั้นผู้สูงอายุอาจหลงทางได้

### 2.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

นอกจากความเสื่อมของร่างกาย และความเครียดทางจิตใจจะเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพแล้วการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และวัฒนธรรมก็เป็นสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัวจนก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางกาย และจิตใจตามมาดังนั้นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ (ธิดารัตน์ มิ่งกุล, 2561; สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2564) สรุปได้ดังนี้

2.3.1 การเปลี่ยนรูปแบบของสังคม ในอดีตครอบครัวไทยเป็นครอบครัวใหญ่ มีผู้สูงอายุเป็นผู้นำผู้ให้ความรู้ผู้ถ่ายทอดวิชาการ และสนับสนุนการพัฒนาคความก้าวหน้าให้แก่บุตรหลาน และอยู่ในฐานะที่ควรเคารพบูชายอมรับนับถือ แต่ในปัจจุบันสังคมไทยเปลี่ยนไปในลักษณะสังคมอุตสาหกรรมที่มี แต่การแข่งขันมองเห็นประโยชน์ของตนเอง การพึ่งพาอาศัยลดลงการเรียนรู้ของชนรุ่นใหม่ส่วนใหญ่ได้มาจากภายนอกทำให้ผู้สูงอายุต้องพบกับความว้าเหวอ้างว้างโดดเดี่ยวรู้สึกถูกทอดทิ้ง และขาดที่พึ่งทางใจ (Sudnongbua, 2011)

2.3.2 การเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงานตลอดจนบทบาทในครอบครัวย่อมเปลี่ยนแปลงไปผู้สูงอายุ

ที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัวซึ่งมีหน้าที่ให้การดูแล และหาเลี้ยงครอบครัวต้องกลับกลายเป็นผู้พึ่งพาอาศัยเป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจ และบทบาททางสังคมที่เคยมีมีความรู้สึกตนเองหมดความสำคัญปัจจัยเหล่านี้ก่อให้เกิดความอับอายและคิดว่าตนเองเป็นตัวปัญหา หรือเป็นภาระของสังคม

2.3.3 ความคับข้องใจทางสังคมการปลดเกษียณ และการที่บุตรหลานหรือสังคมต่างหวังดีที่จะให้ผู้สูงอายุหยุดรับผิดชอบในภารกิจต่าง ๆ ที่เคยปฏิบัติทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก ทั้งนี้เพราะการเป็นผู้สูงอายุมิได้หมายความว่าเป็นผู้ขาดสมรรถภาพในการทำงาน แต่ความมีอายุกลับทำให้คนเรารู้สึกต้องการยอมรับมากขึ้น

2.3.4 การลดความสัมพันธ์กับชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนไปในแง่หน้าที่รับผิดชอบงานที่ต้องใช้ความคิดความฉับไวลดลงเปลี่ยนไปเป็นคนคอยรับคำปรึกษา การยอมรับ และการพิจารณาอบหมายงานของชุมชนจะน้อยลงทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่ม และไม่กล้าแสดงออกสมรรถภาพถดถอยความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยลดลงต้องเปลี่ยนไปสู่สภาพสังคมกลุ่มใหม่ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในชุมชนมาก่อนเกิดความเครียดสูง

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุทั้งทางภาวะร่างกายจิตใจ และสังคมดังกล่าวล้วนแล้วแต่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งสิ้น และนำมาสู่การให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

จากการที่ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายจิตใจ และสังคม การดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ครอบคลุมทั้ง 3 มิติ (ร่างกาย จิตใจ และสังคม) ดังกล่าวจึงเป็นสิ่งที่ควรคำนึงเพื่อป้องกันปัญหาอันอาจเกิดขึ้น และเพื่อเป็นการคงไว้ หรือส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุทั้งนี้ผู้ที่มีส่วนในการดูแลผู้สูงอายุ คือ บุตรหลานญาติ และเจ้าหน้าที่ของรัฐในการดูแลผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 3 ด้านดังนี้ คือ

1. ความสำคัญในการดูแลด้านร่างกายการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ในผู้สูงอายุจะพบได้เร็ว หรือช้าขึ้นขึ้นอยู่กับการดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคล แต่ลักษณะต่าง ๆ ที่พบได้บ่อย และเห็นได้ชัดในผู้สูงอายุ คือ ผิวหนังย่นสลายตาเปลี่ยนการเคลื่อนไหวช้าลงมวลกระดูกลดลงกระดูกหักง่ายสูญเสียความต้องการทางเพศการเคี้ยว และการกินอาหารลำบาก อาหารไม่ย่อย ท้องอืด ท้องผูก ปวดและหัวใจทำงานน้อยลง ผู้สูงอายุจะเหนื่อยง่ายและที่สำคัญ คือ ปัญหาความจำ และภาวะหลงลืมจะเกิดขึ้นซึ่งปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้สามารถบรรเทาและแก้ไขได้หากได้รับการดูแลสุขภาพตั้งแต่เริ่มแรกเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพร่างกายผู้สูงอายุให้มีสุขภาพะที่ดีลดภาวะแทรกซ้อนอันเกิดจากโรคเรื้อรัง และดำรงตนในชีวิตประจำวันได้อย่างปกติจึงมีแนวทางในการดูแลทางด้านร่างกาย 8 กิจกรรมหลักดังต่อไปนี้

1.1 การได้อาหารที่มีพลังงานเพียงพอ (ในกรณีที่สูงอายุติดเตียงหรือไม่ได้ออกจากบ้านควรได้รับแคลเซียม 1,500 มิลลิกรัม/วันอาจรวมกับวิตามินดี)

1.2 หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่แอลกอฮอล์

1.3 ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไขมันในเลือดสูงน้ำตาลในเลือด

1.4 ตรวจสอบการมองเห็น และการได้ยินและแก้ไขเนื่องจากเป็นสาเหตุของอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ หรือจัดสิ่งแวดลอมภายในบ้านให้เหมาะสมต่อการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ

1.5 ตรวจสุขภาพปาก และฟันสม่ำเสมอ

1.6 ออกกำลังกาย หรือบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอนอกจากมีผลดีต่อการทำงานของหัวใจ และหลอดเลือดแล้วยังช่วยให้อารมณ์ และการเข้าสังคมดีขึ้น ช่วยให้อ่อนล้าป้องกันท้องผูก

1.7 หมั่นพบปะสังสรรค์กับครอบครัวเพื่อนฝูง และผู้ใกล้ชิดสม่ำเสมอว่างทำจิตใจให้มีความสุข และทำกิจกรรมหากมีอาการเจ็บป่วยควรพบแพทย์ แต่เริ่มมีอาการและเมื่อพบว่าเป็นโรคเรื้อรัง หรือมีปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจ และหลอดเลือดควรได้รับการดูแลจากแพทย์อย่างสม่ำเสมอ และปฏิบัติตามคำแนะนำจากแพทย์

1.8 ตรวจสุขภาพผู้สูงอายุเป็นประจำทุกปีเพื่อประเมินสภาวะร่างกาย และค้นหาโรคต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นผลเสียต่อสุขภาพ

2. ความสำคัญในการดูแลด้านจิตใจอารมณ์ และจิตใจ ที่มีการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุอาจเกิดมาจากมีเวลาว่างมากเกินไปเพราะเกษียณอายุจากการทำงานแล้วจึงรู้สึกที่ตัวเองถูกลดคุณค่าลงความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัวเริ่มมีน้อยลงซึ่งอาจทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว และซึมเศร้า นอกจากนั้นยังอาจเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยโดยเฉพาะผู้สูงอายุติดเตียงหรือช่วยเหลือตนเองได้น้อยการเลื่อนของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายของผู้สูงอายุนั้นทำให้ผู้สูงอายุมีอาการที่แปรปรวนง่ายซึ่งหงุดหงิดใจน้อยโกรธง่ายหากผู้สูงอายุมีขาดการดูแลด้านจิตใจเป็นระยะเวลายาวนานอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า และอาจฆ่าตัวตายได้ในที่สุดนอกจากนี้แล้วการให้การดูแลทางสังคมจิตใจ ด้วยการให้ทักษะการสื่อสารเพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้เข้าใจถึงปัจจัยต่าง ๆ ทางด้านสังคมจิตใจที่มีผลต่อภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและสามารถหาแนวทางในการแก้ไขปัญหานั้น

ของตนเองได้อย่างเหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุรับมือกับสภาวะอารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้ และยังช่วยเพิ่มขีดความสามารถของสถานบริการ ในการรองรับปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ประเทศไทยต้องเผชิญในทศวรรษนี้ ดังนั้นการดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญเพราะหากผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี สุขภาพทางกายก็จะดีตาม (สุจริต สุวรรณชีพ และคณะ, 2558)

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ไปในทางเสื่อม ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเกิดภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้งายจากปัญหาด้านร่างกาย เพราะความเสื่อม ทำให้มีความไม่สุขสบาย ส่งผลต่อสภาพอารมณ์ของผู้สูงอายุ ประกอบกับบทบาททางสังคมลดลง และอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น จึงทำให้ผู้สูงอายุ ซึมเศร้าได้ง่าย (นริสา วงศ์พนารักษ์, 2557)

## ส่วนที่ 2 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

### 1. ความหมายของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ โรคที่มีสาเหตุมาจากปัจจัย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และมลภาวะทางอากาศ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Peters, et al., 2019)

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable diseases: NCDs) หรือที่เรียกว่าโรคเรื้อรัง มีแนวโน้มว่าจะเป็น เป็นระยะเวลานาน และเป็นผลจากปัจจัยทางพันธุกรรม สรีรวิทยา สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมรวมกัน กลุ่มโรคหลักของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจ และหลอดเลือด (เช่น หัวใจวาย และโรคหลอดเลือดสมอง) มะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหอบหืด) และโรคเบาหวาน (World Health Organization, 2022)

โรคไม่ติดต่อคือโรคที่ไม่สามารถถ่ายทอดโดยการสัมผัสแต่เพื่อพัฒนาผ่านพันธุกรรม ในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงทางความเสื่อม หรือพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (Nicola Skyers, 2022)

โรคไม่ติดต่อเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมดำเนินชีวิต ซึ่งจะมีการดำเนินโรค อย่างช้า ๆ ค่อย ๆ สะสมอาการอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการของโรคแล้วมักเกิดการเรื้อรัง ของโรคด้วยสาเหตุหลักที่สำคัญ คือ พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรับประทานอาหารรสจัด เช่น หวานจัด เค็มจัด อาหารที่มีไขมันสูง อาหารบึ้งย่าง

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย การนอนดึก การมีความเครียดสูง และการรับประทานยา โดยไม่ปรึกษาแพทย์ ซึ่งคนที่มีพฤติกรรม การดำเนินชีวิต ดังกล่าวมักมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้มากกว่า บุคคลอื่น ๆ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560)

การดูแลตนเองช่วยลดปัญหาโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้ โดยบุคคลจะต้องทราบ ถึงผลของการป่วยเป็นโรคเรื้อรังต่อสุขภาพของตนเอง และผลกระทบกับคนในครอบครัว เพื่อจะได้ปรับรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เคยปฏิบัติ โดยเริ่มต้นจากปัจจัยสำคัญที่สุด คือ อาหารที่รับประทานไม่ควรเป็นอาหารที่หวานจัด อาหารที่มีไขมันสูง และอาหารรสเค็ม เครื่องดื่มก็เช่นกัน น้ำหวาน น้ำอัดลม รวมทั้งเครื่องดื่มที่หวานมัน เช่น กาแฟปั่น กาแฟเย็น ชาเย็น ควรหลีกเลี่ยง เพราะอาหาร และเครื่องดื่มเหล่านี้นำมาซึ่งโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน ซึ่งไม่ใช่โรคติดต่อ แต่เป็นโรค ที่เกิดจากพฤติกรรม นอกจากการหลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน เค็ม ก็ควรรับประทานอาหาร ให้ครบ 5 หมู่ รับประทานผัก ผลไม้สดที่ไม่หวานจัดในปริมาณที่พอดี เพื่อให้ได้สารอาหาร ครบถ้วน และช่วยการขับถ่าย ลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง รวมทั้งโรคมะเร็งด้วย นอกจากนี้การทำงานหนักพักผ่อนน้อย ไม่ออกกำลังกาย ซึ่งมักจะมาด้วยกัน พฤติกรรมเหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ ดังนั้นควรใช้เวลาในการทำกิจกรรมที่ดีต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายอย่างน้อย ครั้งละ 30 นาที ประมาณ 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ก็จะช่วยสร้างเสริมสุขภาพที่ดีพักผ่อนให้เพียงพอ ที่สำคัญต้องงดบุหรี่หรืออย่างเด็ดขาด ลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หากปฏิบัติ ได้อย่างสม่ำเสมอก็จะมีสุขภาพแข็งแรง ช่วยลดโอกาสการเกิดโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ (มยุรี หอมสนิท, 2561)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง

## 2. โรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับผู้สูงอายุ

ปัญหาด้านสุขภาพเป็นปัญหาสำคัญลำดับต้นของผู้สูงอายุเนื่องจากเป็นวัย ที่ร่างกายเริ่มเสื่อมถอยและเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่ายโดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable diseases; NCDs) รวมถึงโรคจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคเหล่านี้ ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีภาวะทุพพลภาพ (disability) ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ภาวะทุพพลภาพจะพบมากยิ่งขึ้นและมีความรุนแรงมากขึ้น

เมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้น (สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, 2556) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า โรคเรื้อรังอาจส่งผลให้เกิดภาวะฟุ้งฟิงในผู้สูงอายุ ซึ่งปัญหาหลักที่นำไปสู่ความผิดปกติในท่ากักจวัดประจำวันของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความพิการ ความผิดปกติทางจิตใจ ปัญหาการเคลื่อนไหว การทำงานด้านการรับรู้ที่ไม่ดี การหกล้มและอุบัติเหตุ บาดแผล และการบาดเจ็บ ภาวะทุพโภชนาการ และปัญหาการสื่อสาร ภายในวัฏจักรที่สัมพันธ์กัน ปัญหาของคนชรามีความเกี่ยวข้องกัน และแต่ละปัญหาอาจส่งผลให้เกิดความผิดปกติอื่น ๆ และสุดท้ายก็ส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Maresova, et al.,2019)

องค์การอนามัยโลกได้มีการศึกษาผลกระทบของการระบาดใหญ่ของโควิด 19 ต่อทรัพยากร และบริการด้านโรคไม่ติดต่อ ตั้งแต่มีการระบาดของโควิด 19 ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความเสี่ยงที่จะ มีอาการป่วยที่รุนแรง ป่วยหนักหรือเสียชีวิตจากโควิด 19 จากการศึกษาในประเทศอิตาลี พบว่าในบรรดาผู้ที่เสียชีวิตด้วยโควิด-19 ในโรงพยาบาล ร้อยละ 68 มีความดันโลหิตสูง และร้อยละ 31 เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และในประเทศอินเดีย พบว่า ภาวะฉุกฉินทางหัวใจเฉียบพลันน้อยลงถึงร้อยละ 30 สิ่งอำนวยความสะดวกในพื้นที่ชนบทในเดือนมีนาคม 2563 เปรียบเทียบกับปีก่อน และในประเทศเนเธอร์แลนด์ จำนวนผู้ที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลดลง ร้อยละ 25 อันเป็นผลมาจากการล็อกดาวน์ และในประเทศสเปนพบว่าในบรรดาผู้ป่วยโรคโควิด 19 ชั้นรุนแรง ร้อยละ 43 มีโรคหัวใจ และหลอดเลือดอยู่แล้ว อีกทั้งยังพบว่า ผลกระทบที่ส่งผลต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ การหยุดชะงักการบริการสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า (1) ปริมาณผู้ป่วยในลดลง จากการยกเลิกการรักษาทางเลือก (2) การปิดโครงการคัดกรองในประชาชน (3) การล็อกดาวน์ของรัฐบาล หรือการขนส่งสาธารณะหยุดชะงักเกิดอุปสรรคในการเข้าถึงสถานพยาบาล (4) เจ้าหน้าที่คลินิกที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ถูกนำไปปฏิบัติงานเพื่อบรรเทาสถานการณ์โควิด 19 (5) ปิดคลินิกให้คำปรึกษาเฉพาะโรค สำหรับผู้ป่วยนอก (6) อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลไม่เพียงพอสำหรับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (7) เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ (8) ปิดให้บริการผู้ป่วยนอกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามคำสั่งรัฐบาล (9) ไม่มีบริการผู้ป่วยใน/เตียงผู้ป่วยใน (10) ปริมาณผู้ป่วยนอกลดลง เนื่องจากผู้ป่วยไม่มารับบริการ (11) ความไม่พร้อมเจ้าหน้าที่/สตีออกยาที่จำเป็น การวินิจฉัยทางการแพทย์ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (world Health Organization, 2020)

### ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019

#### 1. ความเป็นมา

Coronaviruses (CoVs) เป็นตระกูลของไวรัสอาร์เอ็นเอสายบวกที่ห่อหุ้มอยู่ซึ่งแพร่กระจายอย่างกว้างขวางในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม และนกที่ทำให้เกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจ และลำไส้ในสัตว์ และมนุษย์ และในบางกรณีความเจ็บป่วยทางระบบประสาทหรือตับอักเสบ CoVs เป็นสาเหตุของการระบาดใหญ่สองครั้งในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. 2545 และ พ.ศ. 2546 โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS) ระบาดในมณฑลกว่างตุง ประเทศจีน และในปี พ.ศ. 2555 กลุ่มอาการทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS) ในประเทศตะวันออกกลาง SARS-CoV-2 ซึ่งก่อนหน้านี้รู้จักกันในชื่อ coronavirus 2019-nCoV เป็น  $\beta$ -coronavirus ที่เพิ่งถูกระบุซึ่งทำให้เกิดการระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันในมนุษย์ (Lauxmann, Santucci and Autran-Gomez, 2020)

ไวรัสโคโรนาเป็นไวรัสในสัตว์ มีหลายสายพันธุ์ โดยปกติไม่ก่อโรคในคน แต่เมื่อกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์ใหม่ที่ก่อโรคในมนุษย์ได้ (ซึ่งมักเกิดจากการจัดการที่ผิดธรรมชาติโดยมนุษย์) ในขณะที่มนุษย์ยังไม่รู้จัก และไม่มีภูมิคุ้มกันก็จะเกิดการระบาดของโรคในคน (กรมควบคุมโรค, 2563)

โรคโควิด 19 (โควิด 19, ย่อจาก Coronavirus disease 2019) เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนา ซึ่งมีชื่อทางการว่า SARS-CoV-2 ทำให้เกิด ไข้ ไอ และอาจมีปอดอักเสบ เริ่มพบผู้ป่วยครั้งแรกเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 (ค.ศ. 2019) ที่เมืองอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ ภาคกลางของประเทศจีน ซึ่งเป็นเมืองใหญ่มีคนหนาแน่น จึงเกิดการระบาดใหญ่ได้รวดเร็ว การดูแลรักษาเป็นไปอย่างฉุกเฉินมีคนป่วยหนัก และตายมากเกินไปที่ควรจะเป็น จนประเทศจีนต้องปิดเมือง และปิดประเทศ ต่อมา ขณะนี้ประเทศจีนสามารถควบคุมได้ จนแทบจะไม่มีผู้ป่วยรายใหม่ แต่โดยธรรมชาติแล้วจะยังมีผู้ที่มีเชื้ออยู่ (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2563)

องค์การอนามัยโลกได้เรียนรู้เกี่ยวกับไวรัสตัวใหม่นี้เป็นครั้งแรกเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2019 ตามรายงานกรณีผู้ป่วย “โรคปอดบวมจากไวรัส” ในเมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน และขณะนี้โรคโควิด 19 มีการระบาดใหญ่ไปทั่วส่งผลกระทบต่อหลายประเทศทั่วโลก (WHO, 2020) โดยผู้ป่วยรายแรกที่รับการรักษาในประเทศไทยเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 เป็นคนจีนที่รับเชื้อจากการระบาดในประเทศจีน และได้เดินทางมาประเทศไทย หลังจากนั้นก็มีผู้ป่วยอีกหลายรายที่มาจากประเทศอื่น

ส่วนผู้ป่วยที่ติดเชื้อในประเทศไทยรายแรก มีการรายงานเมื่อ 31 มกราคม 2563 (World Health Organization, 2019)

โรคนี้เกิดจากไวรัสโคโรนา (Corona virus) ที่กลายพันธุ์ในธรรมชาติ เป็นสายพันธุ์ใหม่ จากการที่ธรรมชาติถูกมนุษย์ทำร้าย โดยมีสมมุติฐานว่า ไวรัสอาจจะมีแหล่งเริ่มต้น คือ ค้างคาว และกลายพันธุ์เมื่อผ่านสัตว์ตัวกลาง กลายเป็นไวรัสสายพันธุ์ใหม่ที่ก่อโรคในคน และคนไปรับ เชื้อมาแพร่ระหว่างคนสู่คน ทั้งนี้ต้องรอการพิสูจน์ต่อไป เคยมีเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกันจากไวรัสโคโรนสายพันธุ์ใหม่ที่เกิดขึ้นในอดีต คือ การเกิดโรค SARS (พ.ศ. 2545) และ MERS (พ.ศ. 2557) ซึ่งทั้งสองโรคผู้ป่วยมีอาการหนักทั้งหมด และต้องอยู่ในโรงพยาบาล จึงสกัดการแพร่โรคได้ไม่ยากนัก ส่วนผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่แพร่เชื้อให้ทั้งผู้ที่มีอาการน้อย หรืออาจไม่มีอาการ นอกเหนือจากผู้มีอาการหนักซึ่งมีน้อยกว่ามาก จึงควบคุมการระบาดได้ยากกว่า การระบาดที่ใกล้เคียงกับครั้งนี้มากที่สุด คือ การระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 (Influenza A (H1N1) pdm09 virus) ใน พ.ศ. 2552 ซึ่งเริ่มจากอเมริกาแล้วระบาดหนักไปทั่วโลก แต่คนที่ติดเชื้อโควิด 19 สามารถแพร่เชื้อได้ในช่วงเวลาของการติดเชื้อได้นานกว่า การระบาดจึงน่าจะกว้างขวางกว่า และควบคุมยากกว่า (Zhang, et al., 2020; คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2563)

ไวรัส SARS-CoV-2 (อ่านว่า ซาร์สคอฟทู ย่อมาจาก Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2) กำหนดชื่อโดยคณะกรรมการระหว่างประเทศว่าด้วยอนุกรมวิธานของไวรัส (ICTV) โดยที่ช่วงแรกของการระบาด ใช้ชื่ออย่างไม่เป็นทางการ เช่น ไวรัสอู่ฮั่น 2019-nCoV (2019 novel coronavirus หรือ ไวรัสโคโรนสายพันธุ์ใหม่ 2019) แต่มักจะเรียกกันง่าย ๆ ว่า ไวรัสโควิด 19 ส่วนไวรัส SARS-Co-1 คือ ไวรัสที่เป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจรุนแรง หรือ SARS ที่ระบาด ใน พ.ศ. 2545-2546 ไวรัสที่ก่อโรคระบาดในครั้งนี้จึงเป็นชนิดที่ 2 หรือ SARS-CoV-2 (Zhang et al., 2020)

ไวรัส SARS-CoV-2 เป็นเชื้อโรคที่ต้องอยู่ในเซลล์เนื้อเยื่อ หรือมีเมือกคลุมอยู่ เช่น เสมหะ ไม่สามารถอยู่เป็นอิสระ นอกจากนั้นยังเป็นไวรัสที่เกาะด้านนอกเป็นไขมัน ซึ่งจะสลายตัวเมื่อสัมผัสกับสารซักฟอกหรือสบู่ (Zhang et al., 2020)

ไวรัสโคโรนา ที่ก่อโรคในมนุษย์ในขณะนี้ มีทั้งหมด 7 ชนิด

ชนิดที่ 1-4: โรคหวัดธรรมดา

ชนิดที่ 5: โรค SARS (ซาร์) จากไวรัสสายพันธุ์ใหม่ เมื่อ พ.ศ. 2545-2546

ชนิดที่ 6: โรค MERS (เมอร์ส) จากไวรัสสายพันธุ์ใหม่ เมื่อ พ.ศ. 2557

ชนิดที่ 7: โรค โควิด 19 (โควิด 19) จากไวรัสสายพันธุ์ใหม่ในปัจจุบัน

### 1.1 แหล่งแพร่เชื้อไวรัส โควิด 19

1.1.1 คาดว่าเริ่มจากสัตว์ป่าที่นำมาขายในตลาดสดเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ซึ่งคนไปสัมผัส และนำมาเผยแพร่ต่อ โดยเริ่มจากไวรัสจากค้างคาวที่มีการผสมพันธุ์กับไวรัสอื่น และกลายพันธุ์

1.1.2 คนที่มีเชื้อแล้วแพร่สู่คนอื่นทางสิ่งคัดหลั่งหลังจากทางเดินหายใจ โดยขั้นตอนจากการรับเชื้อถึงการป่วย ประกอบด้วย การสัมผัสเชื้อโรค การรับเชื้อ การติดเชื้อ และการป่วย (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2563)

1) ผู้สัมผัสเชื้อโรค (contact) หมายถึง ผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ หรือ อาจจะสัมผัสกับเชื้อที่ออกมาจากสิ่งคัดหลั่งจากระบบหายใจของผู้ป่วย (น้ำลาย เสมหะ น้ำมูก) แล้วอาจจะนำเข้าสู่ร่างกายทางปาก จมูก ตา (อวัยวะที่มีเยื่อเมือก) โดยได้อยู่ในชุมชนที่มีผู้ป่วยอยู่ด้วย โดยไม่ระมัดระวังเพียงพอ หากมีการสัมผัสดังกล่าว ก็อาจเกิดการติดเชื้อตามมา และเป็นแหล่งแพร่เชื้อต่อไปได้ ผู้ที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ ผู้สัมผัส หรืออาจจะสัมผัสโรคโดยมีประวัติอย่างใดอย่างหนึ่งในช่วงเวลา 14 วันก่อนหน้า (คือ ระยะฟักตัวที่ยาวที่สุดของโรค คือ ติดเชื้อแล้วแต่ยังไม่มีอาการป่วย) (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2563) ดังต่อไปนี้

1.1) มีประวัติเดินทางไปยัง มาจาก หรืออยู่อาศัยในพื้นที่ที่มีรายงานการระบาด

1.2) เป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้มาจากพื้นที่ที่มีรายงานการระบาด

1.3) มีประวัติใกล้ชิดหรือสัมผัสกับผู้เข้าข่ายหรือได้รับการตรวจยืนยันว่าติดเชื้อ

### 1.2 ผลจากการสัมผัสกับเชื้อโรค

ผู้ที่สัมผัสกับเชื้อโรคโควิด 19 หากได้รับเชื้อโรคมาอาจจะมีผลเป็นพาหะของเชื้อ คือ ผู้ที่รับเชื้อโรคแต่ไม่เกิดการติดเชื้อ ซึ่งเชื้อมักจะติดมาทางมือ หรือเป็นผู้ติดเชื้อ คือ ผู้ที่ตรวจพบเชื้อและมีปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มต่อเชื้อ ซึ่งตรวจพบได้ทางการตรวจเลือด ซึ่งผู้ติดเชื้อแบ่งเป็น ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ และผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อที่มีอาการ ซึ่งอาจจะมีอาการน้อย หรือมาก (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2563)

## 2. กลไกการเกิดโรค

การติดเชื้อทางเดินหายใจจากไวรัส ระบบทางเดินหายใจเริ่มจากจมูกลงไปถึงถุงลมในปอด แบ่งออกเป็นทางเดิน หายใจส่วนบน (จมูก โพรงรอบจมูก หรือไซนัส

กลองเสียง) และส่วนล่าง (หลอดลม และปอด) ความเจ็บป่วยจากการติดเชื้อที่ทางเดินหายใจส่วนบน จะไม่รุนแรงเท่าการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง ไวรัสที่ชอบทางเดินหายใจส่วนล่าง จึงก่อโรครุนแรงกว่า ความเจ็บป่วยจากการติดเชื้อไวรัสที่ทางเดินหายใจ เป็นผลจากที่ไวรัสเข้าไปแบ่งตัวในเซลล์ของทางเดินหายใจ และเกิดปฏิกิริยาต่อต้านจากร่างกาย ความรุนแรงของโรคนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะตัวของไวรัส ซึ่งชอบที่จะไปอยู่ที่ส่วนไหนของทางเดินหายใจ เช่น ในรูจมูก ทำให้มีน้ำมูก หรือลงปอดเกิดปอดอักเสบ และความสามารถในการกระตุ้นปฏิกิริยาการอักเสบ หรือปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันของผู้ติดเชื้อ เพื่อการกำจัดไวรัส ซึ่งอาจก่อให้เกิดการอักเสบมากเกินไป และหากกระบวนการยับยั้งไม่ดี ก็จะทำให้โรครุนแรง

## 2.1 การดำเนินโรค

การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 รวมถึงไวรัสอื่นที่ทำให้ติดเชื้อที่ทางเดินหายใจ เข้าสู่ร่างกายโดยทาง “ปาก จมูก ตา” โดยที่ไวรัสจะเข้าไปเกาะติดและเข้าไปแบ่งตัวในเซลล์ของเยื่อบุทางเดินหายใจ ไวรัสไม่เข้าทางผิวหนัง หรือแผลที่ผิวหนัง (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2563)

2.2 **ระยะฟักตัว (Incubation period, IP)** หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่รับเชื้อจนถึงเริ่มมีอาการป่วย ระยะฟักตัวของโรคโคโรนา 19 เท่ากับ 2-14 วัน ซึ่งเป็นเหตุผลที่ให้ผู้สัมผัสโรคกักกันตัวจากคนอื่น 14 วัน จากรายงานผู้ป่วยนอกเมืองอู่ฮั่น ระหว่าง ม.ค.-ก.พ. 2563 พบว่าค่ามัธยฐาน (median, ค่ากลาง) ของระยะฟักตัวของโรคนี้ ประมาณ 5.1 วัน (95 % CI, 4.5 to 5.8 days) และ 97.5 % ของผู้ป่วยมีระยะฟักตัวของโรคน้อยกว่า 11.5 วัน (95 % CI, 8.2 to 15.6 days) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อระยะฟักตัว (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2563) ได้แก่

2.2.1 ปริมาณของเชื้อไวรัสที่ได้รับ ถ้ามากจะทำให้เกิดโรคเร็ว คือ ระยะฟักตัวสั้น

2.2.2 ทางเข้าของเชื้อโรค เช่น ไวรัส โคโรนา 19 หากเข้าสู่ปอดโดยตรงทางจมูกและปาก จะเกิดโรคเร็วกว่าการรับเชื้อทางเยื่อบุตา

2.2.3 ความเร็วของการเพิ่มจำนวนไวรัสในร่างกายมนุษย์

2.2.4 สุขภาพของผู้ที่ได้รับเชื้อ

2.2.5 ปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันของผู้ติดเชื้อต่อไวรัส ซึ่งมีผลทั้งในการกำจัดเชื้อ และการอักเสบซึ่งมีผลให้เกิดอาการของโรค เช่น ไข้ ไอ หอบ

## 2.3 ความรุนแรงของโรค ความรุนแรงของโรค ขึ้นอยู่กับ

2.3.1 ปริมาณไวรัสที่ได้รับเข้าทางเดินหายใจ

2.2.2 ปัจจัยทางผู้ติดเชื้อ เช่น สุขภาพ โรคประจำตัว ปฏิบัติกิจกรรม การปฏิบัติตนเมื่อเริ่มป่วย

2.2.3 การดูแลรักษาเมื่อติดเชื้อ และป่วย

ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีอาการน้อย และส่วนน้อยมากไม่มีอาการป่วยเลย เด็กส่วนใหญ่มีอาการน้อย ผู้สูงอายุ และผู้มีโรคประจำตัวมักจะมีอาการหนักกว่า ร้อยละ 80 มีอาการน้อย คล้ายไข้หวัดธรรมดา หรือไข้หวัดใหญ่ที่อาการน้อย หายได้เองหลังพักผ่อน และดูแลตามอาการ ร้อยละ 14 มีอาการหนักจากปอดอักเสบ หายใจผิดปกติ ร้อยละ 5 มีอาการวิกฤติ เช่น การหายใจล้มเหลว ช็อคจากการป่วยรุนแรง และร้อยละ 1 – 2 เสียชีวิต หลังจากมีอาการหนัก มักเกิดกับผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัวทางหัวใจ และปอด เบาหวาน ภูมิคุ้มกันต่ำ หรือโรคประจำตัวอื่น (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2563)

#### 2.4 ระยะเวลาที่ป่วย

ข้อมูลผู้ป่วย 55,924 ราย ให้ค่ามัธยฐาน (median time หรือค่ากลาง) ของ ระยะเวลาจากเริ่มมีอาการ จนถึงวันที่เริ่มฟื้นตัวจากการป่วย คืออาการเริ่มดีขึ้น ดังนี้

2.4.1 ผู้ป่วยที่มีอาการน้อย (mild cases) 2 สัปดาห์

2.4.2 ผู้ป่วยที่มีอาการหนัก (severe or critical) 3–6 สัปดาห์

2.4.3 เริ่มป่วยจนมีอาการหนัก 1 สัปดาห์

2.4.4 เริ่มป่วยจนถึงแก่กรรม 2–8 สัปดาห์

(WHO, 2020; คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2563)

#### 2.5 อัตราตายจากการติดเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ที่เคยพบในประเทศไทย

พ.ศ. 2545: โรค SARS ร้อยละ 10

พ.ศ. 2553: ไข้หวัดใหญ่ – 2009 (Flu-pandemic 2009) ร้อยละ 0.03 ถึง ร้อยละ 0.5

พ.ศ. 2557: โรค MERS ร้อยละ 30

พ.ศ. 2562–2563: โรคโควิด 19 ร้อยละ 1–2 (ซึ่งน่าจะต่ำกว่าขณะนี้) (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2563)

### 3. อาการ และอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากการศึกษา WHO (2021) พบว่า

3.1 อาการที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ไข้ ไอ เหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า สูญเสียรสชาติ หรือกลิ่น

3.2 อาการที่พบได้น้อย ได้แก่ เจ็บคอ ปวดหัว ปวดเมื่อย ท้องเสีย ผื่นที่ผิวหนัง หรือนิ้วมือ หรือนิ้วเท้าเปลี่ยนสี ตาแดง หรือระคายเคือง

3.3 อาการรุนแรง ได้แก่ หายใจลำบาก หรือหายใจถี่ สูญเสียคำพูด หรือการเคลื่อนไหว หรือความสับสน อาการเจ็บหน้าอก

โดยเฉลี่ยแล้วจะใช้เวลา 5 - 6 วันนับจากเวลาที่มีคนติดเชื้อไวรัสเพื่อแสดงอาการ อย่างไรก็ตาม อาจใช้เวลาถึง 14 วัน

และจากการศึกษา (Wang, et al., 2020) พบว่า โดยทั่วไป ผู้ป่วยจะมีอาการ คล้ายไข้หวัดใหญ่ มีอาการ “ไข้ และไอ” เป็นพื้นฐาน ส่วนใหญ่เริ่มจาก ไอแห้ง ๆ ตามด้วยไข้ ผู้ป่วยส่วนน้อยคือ ร้อยละ 5 มีน้ำมูก เจ็บคอ หรือจาม ไม่มีอาการเสียงแหบ หรือเสียงหาย ร้อยละ 98.6 มีไข้ (ไข้อาจจะไม่ได้เริ่มในวันแรกของการป่วย) ร้อยละ 69.6 มีอาการอ่อนเพลีย ผิดปรกติ ร้อยละ 59.4 ไอแห้ง

จากรายงานทบทวนวรรณกรรม อิทธิพัทธ์ อรุณสุรัตน์, วันทิน ศรีเบญจลักษณ์ และอชิปดี มีสิงห์ (2563) พบว่าผู้ป่วยจำนวน 44,672 คน ที่ได้รับการยืนยันว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศจีน พบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 72.8 มีอายุมากกว่า 40 ปี และร้อยละ 53.6 มีอายุมากกว่า 50 ปี โดยเพศชายติดเชื้อมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย และร้อยละ 74 ไม่มีโรคประจำตัว โดยผู้ป่วยร้อยละ 80.9 มีอาการเพียงเล็กน้อย ขณะที่ร้อยละ 13.8 มีภาวะปอดอักเสบ และร้อยละ 4.7 ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต นอกจากนี้ มีผู้ป่วยร้อยละ 1.2 ที่ไม่มีอาการ แต่ตรวจพบเชื้อไวรัสในผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบร่วมด้วยนั้น ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 55 ปี ส่วนมากเป็นเพศชาย และเกือบครึ่งหนึ่งมีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคตับ และทางเดินอาหาร โรคไตเสื่อม ขณะที่โรคปอด เช่น ภาวะถุงลมโป่งพอง พบได้ประมาณร้อยละ 2 นอกจากนี้ผู้ป่วยในการศึกษาส่วนหนึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ โดยพบสัดส่วนของผู้ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไปมากที่สุดถึง ร้อยละ 77.5 ของบุคลากรทั้งหมด อาการสำคัญของผู้ป่วยปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ ไข้ ไอ หอบเหนื่อย ปวดเมื่อย เจ็บคอ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ และน้ำมูกไหล เป็นที่น่าสังเกตว่านอกจากอาการทางระบบหายใจแล้ว ยังสามารถพบอาการปวดท้อง และท้องเสียได้ถึงร้อยละ 6.9 และมีรายงานผู้ป่วย 1 ราย ที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการปวดท้อง แต่ภายหลังตรวจพบว่าปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (อิทธิพัทธ์ อรุณสุรัตน์, วันทิน ศรีเบญจลักษณ์ และอชิปดี มีสิงห์, 2563)

## 4. การแพร่กระจายเชื้อ

### 4.1 คนที่ติดเชื้อ

4.1.1 ไอ จาม หรือพูดโดยไม่มีอุปกรณ์ปิดปาก ในระยะใกล้ชิด (น้อยกว่า 1 เมตร) มีผลให้ละอองฝอยเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย ที่มีไวรัสอยู่ด้วย พุ่งกระจายออกมา เรียกว่า airborne droplet หรือ หยดน้ำเล็ก ๆ ที่ลอยในอากาศ (ขนาด > 5 micron) ซึ่งจะตกลงบนพื้นในระยะ 1-2 เมตร

4.1.2 ทำให้เกิดการฟุ้งของไวรัสในอากาศ โดยการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ บางลักษณะในสถานพยาบาล (เช่น การใช้อุปกรณ์พ่นยาเข้าทางเดินหายใจ การใช้สายยางดูดเสมหะ การส่องกล้องตรวจภายในหลอดลม การใส่และถอดท่อหายใจให้ผู้ป่วย การดูดเสมหะด้วยระบบเปิด) ก่อให้เกิดละอองขนาดเล็กมาก (fine mist) เรียกว่า airborne aerosol (ขนาด < 5 micron) ซึ่งคล้ายกับไวรัสที่ฟุ้งในอากาศ ไวรัสโคโรนาจะมีชีวิตสั้นมาก ถ้าอากาศแห้ง แต่อยู่ได้นานหลายชั่วโมงหากอากาศเย็น และชื้น

4.1.3 มือที่มีเชื้อโรคติดอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการเอาฝ่ามือปิดปากเวลาไอ จาม แล้วไม่ล้างมือและใช้มือนั้นสัมผัสกับผู้อื่น หรือสิ่งของ

4.2 พื้นผิววัตถุ หรือ สิ่งของ ที่ผู้ติดเชื้อได้นำเชื้อโรคมาทิ้งไว้ อาจอยู่ได้หลายชั่วโมง หรือหลายวัน (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2563)

## 5. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

5.1 ล้างมือ ด้วยน้ำและสบู่ให้ทั่วและนานพอ (ประมาณ 20 วินาที) และเช็ดมือให้แห้ง การล้างมือด้วยน้ำ และสบู่จะกำจัดคราบสกปรก และฆ่าเชื้อไวรัส ไม่จำเป็นต้องใช้สบู่ที่ผสมสารฆ่าเชื้อ ถ้าไม่มีน้ำและสบู่ จึงใช้แอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้น ร้อยละ 60 ถึง 70 ซึ่งมักอยู่ในรูปเจล หรือสเปรย์ ทาทั่วมือที่ไม่เปียกเพื่อฆ่าเชื้อโรค (ถ้ามือเปียก แอลกอฮอล์จะเจือจางจนฆ่าเชื้อไม่ได้) ทิ้งให้แห้ง ห้ามล้างน้ำต่อ เพราะจะล้างแอลกอฮอล์หมดไป แต่ถ้ามือสกปรกต้องล้างมือด้วยน้ำ และสบู่ เพราะแอลกอฮอล์จะไม่สามารถฆ่าเชื้อโรคที่อยู่ในคราบเปื้อน

5.2 ไม่เอามือจับหน้า ปาก จมูก หรือตา ถ้าจำเป็นควรทำมือให้สะอาดก่อน

5.3 เว้นระยะห่าง จากคนอื่นที่อาจจะแพร่เชื้อ (keep distance) ได้แก่ คนที่มีอาการซึ่งอาจจะเกิดจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น ไข้ ไอ หลีกเลียงการไปในที่ที่มีคนหนาแน่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่ไม่รู้จักและอาจติดเชื้อ โดยไม่สามารถอยู่ห่างกันเกิน 1 เมตร ได้ตลอดเวลา ถ้าจำเป็นควรใส่หน้ากากอนามัยและไม่หันหน้าเผชิญกัน เพราะเขาอาจไอจามรดได้

5.4 ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณที่อาจปนเปื้อนเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย จากผู้ป่วยและมีไวรัส (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2563)

## 6. โควิด 19 กับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงอย่างมากต่อภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตจากการระบาดของโรคโควิด 19 ผู้สูงอายุมักจะมีภาวะต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดความกังวลเป็นอย่างมากหากเมื่อติดเชื้อโรคโควิด 19 แล้วจะไม่ได้การดูแลที่เหมาะสมอีกทั้งยังเป็นกลุ่มที่มีปัญหาในการรับรู้ และการเข้าถึงคำแนะนำในการป้องกันการติดเชื้อ และมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความเหงา เมื่อถูกแยกตัว จะรู้สึกโดดเดี่ยว และนำไปสู่ภาวะเครียด ซึมเศร้า และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนำไปสู่การเสียชีวิตจากปัญหาการระบาดของโรคโควิด นอกจากนี้จากพยาธิสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลงส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลงทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด 19 ได้ง่ายกว่ากลุ่มวัยอื่น และอาจมีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ (United Nations, 2020)

## ส่วนที่ 4 ความเครียด

### 1. ความหมายของความเครียด

ความเครียด หมายถึง กระบวนการปรับตัวที่มีแนวโน้มที่จะแสดงปฏิกิริยาที่หลากหลายเมื่อสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกไม่สมดุล (Lazarus and Folkman, 1984)

ความเครียดเป็นภาวะของอารมณ์ หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ และทำให้รู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัว วิตกกังวล ตลอดจนถูกบีบคั้น เมื่อบุคคลรับรู้หรือประเมินว่าปัญหาเหล่านั้นเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจ หรืออาจจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย จะส่งผลให้สภาวะสมดุลของร่างกาย และจิตใจเสียไป (ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์, 2554)

ความเครียด และความวิตกกังวลเป็นความท้าทายหลักบางประการสำหรับนักจิตวิทยา จิตแพทย์ และนักวิทยาศาสตร์ด้านพฤติกรรมทั่วโลก (Salari, et al., 2020)

ความเครียด หมายถึง เหตุการณ์ที่ทำให้เครียดในชีวิต เช่น เหตุการณ์ที่เกิดจากการระบาดใหญ่ของโควิด-19 มีอิทธิพลอย่างมากต่อการทำงานทางจิต และความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล และสามารถเป็นตัวเร่งปฏิกิริยาสำหรับปัญหาทางจิตใจรวมถึงความวิตกกังวลเป็นต้น (Ingram and Luxton, 2005) โดยเฉพาะกับความเครียดของโควิด 19 มีความเกี่ยวข้องอย่างมากกับอาการวิตกกังวลที่มากขึ้น (Arslan, et al., 2021)

ความเครียด คือ การหดตัวของกล้ามเนื้อส่วนใดส่วนหนึ่ง หรือหลายส่วนของร่างกายนั่นเอง ซึ่งทุกคนจำเป็นต้องมีอยู่เสมอในการดำรงชีวิต เช่น การทรงตัว เคลื่อนไหวทั่ว ๆ ไป มีการศึกษาพบว่าทุกครั้งที่เราคิด หรือมีอารมณ์บางอย่างเกิดขึ้น จะต้องมีการหดตัว เคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อแห่งใดแห่งหนึ่งในร่างกายเกิดขึ้นควบคู่เสมอ (สมบัติ ตาปัญญา, 2526)

ความเครียด (Stress) ตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ฉบับปีพุทธศักราช 2554 ให้ความหมายไว้ว่า ลักษณะอาการที่ไม่ผ่อนคลายเพราะคร่ำคร่งกับงานจนเกินไปลักษณะอาการที่จิตใจมีอารมณ์บางอย่างมากกดดันความรู้สึกอย่างรุนแรง ส่วนความหมายตามนิยามของกรมสุขภาพจิตนั้น หมายถึง ภาวะของอารมณ์ หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ หรือถูกบีบคั้นกดดันจนทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ สับสน โกรธ หรือเสียใจ (คณิน จินตนาปราโมทย์, พรชัย สิทธิศรีธัญกุล และเดชา สลิตอนันต์พงศ์, 2563)

ความหมายของความเครียด กรมสุขภาพจิต (2554) ให้ความหมายว่า ความเครียดเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัว วิตกกังวล ตลอดจนถูกบีบคั้น เกิดจากการที่บุคคลรับรู้หรือประเมินสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ของตนว่าเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจ หรือก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย อันเป็นผลให้สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสีย

ความเครียด (Stress) คือ ภาวะของอารมณ์ ความรู้สึก ที่ถูกบีบคั้นหรือกดดัน ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีวิธีการปรับตัวให้ผ่านพ้นไปได้ (โกวิทย์ นพพร, 2561)

จากความหมายของความเครียดที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะที่บุคคลรับรู้หรือประเมินสิ่งที่เข้า เกิดความรู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัว วิตกกังวล ตลอดจนถูกบีบคั้น เมื่อบุคคลรับรู้หรือประเมินว่าปัญหาเหล่านั้น เป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจหรืออาจจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย จะส่งผลให้สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไป

## 2. สาเหตุของความเครียด

สาเหตุของความเครียด ความเครียดเกิดขึ้นได้จาก 2 ปัจจัยใหญ่ ๆ นั่นคือ ปัจจัยภายนอก เช่น เรื่องงาน การหย่าร้าง ความขัดแย้งในความสัมพันธ์ การย้ายบ้าน เป็นต้น ปัจจัยภายใน โดยที่บางคนมีนิสัยคิดมาก ชอบวิตกกังวลในเรื่องเล็กน้อย หรือสารเคมีในสมองไม่สมดุลทำให้เกิดอารมณ์เครียด และเศร้าง่าย (โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, ม.ป.ป.)

สภาพแวดล้อมทั่วไป เช่น มลภาวะ ได้แก่ เสียงดังเกินไปจากเครื่องจักร เครื่องยนต์ อากาศเสียจากควันท่อไอเสีย น้ำเสีย ฝุ่น ละออง ยาฆ่าแมลง การอยู่กันอย่างเบียดเสียด ยัดเยียดเป็นต้น สภาพเศรษฐกิจที่ไม่น่าพอใจ เช่น รายได้น้อยกว่ารายจ่าย สภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น การสอบแข่งขันเข้าเรียนเข้าทำงาน เลื่อนชั้นเลื่อนตำแหน่ง เป็นต้น นิสัยในการกิน ดื่ม ที่ส่งเสริมความเครียด เช่น ผู้ที่ดื่มกาแฟบ่อย ๆ สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ตลอดจนกินของกินที่มีน้ำตาลมาก ๆ การมีสัมพันธภาพกับคนอื่น ๆ ที่ไม่ราบรื่น มักมีข้อขัดแย้ง ทะเลาะเบาะแว้งกับคนอื่นเป็นปกติวิสัย ความรู้สึกลดลงต่ำกว่าคนอื่น การต้องพยายามต่อสู้เอาชนะ การต้องมีการมีอำนาจเหนือผู้อื่น นอกจากนี้ความเครียด ยังอาจเกิดจากอุปนิสัย หรือวิถีการดำเนินชีวิต ของคนบางคนที่มึลักษณะต่อไปนี้ เช่น คนที่ชอบแข่งขันสูง ชอบท้าทาย ซึ่งดีซึ่งเด่นเอาชนะ คนที่เข้มงวด เอาจริงเอาจังกับทุกอย่างไม่มีการผ่อนปรน หรือคนที่พยายามทำอะไรหลาย ๆ อย่างในเวลาเดียวกัน หรือคนที่มีอารมณ์รุนแรงอัดแน่นในใจเป็นประจำ คนที่ใจร้อน จะทำอะไรต้องให้ได้ผลทันที ไม่ชอบรอนาน (จิรนุช จิตราทร, ม.ป.ป)

### 3. ผลกระทบของความเครียด

ผลจากปฏิกิริยาตอบสนองที่มีต่อความเครียดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคลนั้น โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน (ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์, 2554) ได้แก่

#### 3.1 ด้านร่างกาย

ภาวะที่เครียดเกิดขึ้นจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดอาการหน้ามืดเป็นลม เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หลอดเลือดอุดตัน โรคอ้วน แผลในกระเพาะอาหาร เมื่อบุคคลตกอยู่ในความเครียดเป็นเวลานาน จะทำให้สุขภาพร่างกายเลวลงเนื่องจากเกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมน ซึ่งเป็นชีวเคมีที่สำคัญต่อมนุษย์ เพราะทำหน้าที่ช่วยควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายใน ขณะเกิดความเครียดจะทำให้ต่อมใต้สมองกระตุ้น ทำให้ต่อมหมวกไตหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) เพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดอาการทางกายหลายอย่างแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ตั้งแต่ปวดศีรษะ ปวดหลัง อ่อนเพลีย หากบุคคลนั้นต้องเผชิญกับความเครียดที่รุนแรงมาก ๆ อาจส่งผลให้บุคคลเสียชีวิตได้เนื่องจากระบบการทำงานที่ล้มเหลวของร่างกาย เช่น คนที่มีโรคเบาหวานเป็นโรคประจำตัวอยู่แล้ว หากเกิดความเครียดอย่างรุนแรง ฮอร์โมนคอร์ติซอลจะไปกระตุ้นระดับน้ำตาลในเลือดให้สูงขึ้น หรือลดต่ำอย่างผิดปกติ และทำให้เกิดอาการชักได้ หรือในบางรายที่ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานได้ไม่เต็มที่ส่งผลให้เกิดเป็นอาการ

ของโรคหอบหืด โรคภูมิแพ้ต่าง ๆ โรคผิวหนัง อาจมีอาการผอมร่วงและมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งได้ง่ายกว่าเมื่อเทียบกับคนปกติ (ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์, 2554)

### 3.2 ด้านจิตใจ และอารมณ์

จิตใจของบุคคลที่เครียดจะเต็มไปด้วยการหมกมุ่นครุ่นคิด ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ใจลอย ขาดสมาธิ ความระมัดระวังในการทำงานเสียไปเป็นสาเหตุให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย จิตใจขุ่นมัว โมโหโกรธง่าย สูญเสียความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง เคร่าซึม คับข้องใจ วิตกกังวล ขาดความภูมิใจในตนเอง ในบางรายที่ตกอยู่ในภาวะเครียดอย่างยาวนานมาก อาจก่อให้เกิดอาการทางจิต จนกลายเป็นโรคจิตโรคประสาทได้ เนื่องจากการเผชิญต่อภาวะเครียดเป็นเวลานาน ฮอร์โมนคอร์ติซอลที่มีปริมาณเพิ่มขึ้น จะทำให้เซลล์ประสาทฝ่อ และลดจำนวนลง โดยเฉพาะในสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับกับความจำ และสติปัญญา ความเครียดจึงทำให้ทำให้ความจำ และสติปัญญา ลดลง และยังมีผลต่อการทำงานของระบบสารสื่อประสาทที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์ และพฤติกรรมโดยเฉพาะสารสื่อประสาทจึงทำให้เกิดอาการซึมเศร้า และวิตกกังวลกว่าเวลาปกติ (ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์, 2554)

### 3.3 ด้านพฤติกรรม

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายดังที่กล่าวในข้างต้นไม่เพียงแต่จะทำให้ระบบการทำงานของร่างกายผิดเพี้ยนไป แต่ยังทำให้พฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลเปลี่ยนแปลงด้วย ยกตัวอย่าง เช่น บุคคลที่เครียดมาก ๆ บางรายจะมีอาการเบื่ออาหาร หรือบางรายอาจจะรู้สึกตัวเองหิวอยู่ตลอดเวลาและทำให้มีการบริโภคอาหารมากกว่าปกติ มีอาการนอนหลับยาก หรือนอนไม่หลับหลายคืนติดต่อกัน ประสิทธิภาพในการทำงานน้อยลง เริ่มปลีกตัวจากสังคมและเผชิญกับความเครียดอย่างโดดเดี่ยว บ่อยครั้งบุคคลจะมีพฤติกรรม การปรับตัวต่อความเครียดในทางที่ผิด เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ดินยา เล่นการพนัน การเปลี่ยนแปลงของสารเคมีบางอย่างในสมองทำให้บุคคลมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น ความอดทนเริ่มต่ำลง พร้อมทั้งจะเป็นศัตรูกับผู้อื่นได้ง่าย อาจมีการอาละวาดขว้างปาข้าวของ ทำร้ายผู้อื่นทำร้ายร่างกายตนเอง หรือหากบางรายที่เครียดมากอาจเกิดอาการหลงผิด และตัดสินใจแบบชั่ววูบนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์, 2554)

#### 4. ระดับของความเครียด

ความเครียด (Stress) คือ ภาวะของอารมณ์ ความรู้สึก ที่ถูกบีบคั้น หรือกดดัน ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีวิธีการปรับตัวให้ผ่านพ้นไปได้ ความเครียดที่หาทางระบายออกไม่ได้ จนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน อาจเปลี่ยนเป็นโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) หรือโรควิตกกังวล (Anxiety disorders) สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้เครื่องมือการแบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST) (Mahatnirunk, 2002) โดยการแปรผลจะสามารถจำแนกความเครียดออกมาเป็น ระดับ คือ

1. ความเครียดในระดับต่ำ (Mild Stress) หมายถึง ความเครียดขนาดน้อย ๆ และหายไปในระยะ เวลาอันสั้นเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความเครียดระดับนี้ ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต บุคคลมี การปรับตัวอย่างอัตโนมัติ เป็นการปรับตัว ด้วยความเคยชิน และการปรับตัวต้องการพลังงานเพียงเล็กน้อยเป็น ภาวะที่ร่างกายผ่อนคลาย

2. ความเครียดในระดับปานกลาง (Moderate Stress) หมายถึง ความเครียด ที่เกิดขึ้นในชีวิต ประจำวันเนื่องจากมีสิ่งคุกคาม หรือพบเหตุการณ์สำคัญ ๆ ในสังคม บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองออกมาในลักษณะความวิตกกังวล ความกลัว ฯลฯ ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติทั่ว ๆ ไปไม่รุนแรง จนก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย เป็นระดับ ความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น

3. ความเครียดในระดับสูง (Height Stress) เป็นระดับที่บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ ก่อให้เกิดความเครียดสูงไม่สามารถปรับตัวให้ลดความเครียดลงได้ในเวลาอันสั้นถือว่าอยู่ใน เขตอันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาจะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง เกิดโรคต่าง ๆ ในภายหลังได้

4. ความเครียดในระดับรุนแรง (Severe Stress) เป็นความเครียดระดับสูง ที่ดำเนินติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่องจนทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัว จนเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หดแรงแรง ควบคุมตัวเองไม่ได้เกิดอาการทางกาย หรือโรคภัยต่าง ๆ ตามมาได้ง่าย

#### 5. การประเมินความเครียด

การประเมินความเครียด (Stress Appraisal) คือ การวิเคราะห์ การประเมิน และการป้องกันความเสี่ยงจากความเครียดเป็นกระบวนการทางสุขภาพจิต เพราะความเครียด เกิดขึ้นได้กับทุกคนสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความเครียดมีหลายอย่าง เช่น รายได้ที่ไม่พอเพียง หนี้สิน ภัยพิบัติต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความสูญเสีย ความเจ็บป่วย ความคาดหวัง

ปัญหาในครอบครัว การแข่งขันที่สูงขึ้น ความเครียดจากการทำงาน และความเครียดจากการเรียน เป็นต้น

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวถึงความเครียดนั้น ประเมินและวัดได้ยาก จะต้องมียุทธวิธีหลาย ๆ วิธีเข้ามาช่วยในการตัดสินใจและประเมินความเครียด เพราะความเครียดนั้นเป็นสถานการณ์ที่ท้าทายบุคคล หากบุคคลอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน แต่มีความเครียดต่างกัน เพราะความสามารถในการปรับตัวกับสถานการณ์ แตกต่างกันไป

ในการศึกษาครั้งนี้ได้มุ่งเน้นการประเมินความเครียดในช่วงการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 ในระยะ 6 เดือน ที่ผ่านมา แบบประเมินแบบวัดความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST-20) หรือแบบวัดความเครียดสวนปรุง (Mahatnirunk, 2002) จึงมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในการประเมินความเครียดในการศึกษาครั้งนี้ ในแบบประเมินความเครียดได้การแปลผลออกมาจำแนกความเครียดออกมาเป็นระดับ โดยจำแนกได้ 4 ระดับ

5.1 ความเครียดในระดับต่ำ (Mild Stress) หมายถึง ความเครียดขนาดน้อย ๆ และหายไปในระยะเวลาอันสั้นเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความเครียดระดับนี้ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต บุคคลมีการปรับตัวอย่างอัตโนมัติเป็นการปรับตัวด้วยความเคยชิน และการปรับตัวต้องการพลังงานเพียงเล็กน้อยเป็นภาวะที่ร่างกายผ่อนคลาย

5.2 ความเครียดในระดับปานกลาง (Moderate Stress) หมายถึง ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเนื่องจากมีสิ่งคุกคามหรือพบเหตุการณ์สำคัญ ๆ ในสังคม บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองออกมาในลักษณะความวิตกกังวล ความกลัว ฯลฯ ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติทั่ว ๆ ไปไม่รุนแรง จนก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น

5.3 ความเครียดในระดับสูง (Height Stress) เป็นระดับที่บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูงไม่สามารถปรับตัวให้ลดความเครียดลงได้ในเวลาอันสั้น ถือว่าอยู่ในเขตอันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาจะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรังเกิดโรคต่าง ๆ ในภายหลังได้

5.4 ความเครียดในระดับรุนแรง (Severe Stress) เป็นความเครียดระดับสูงที่ดำเนินติดต่อกันมา อย่างต่อเนื่องจนทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัว จนเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หหมดแรง ควบคุมตัวเองไม่ได้ เกิดอาการทางกายหรือโรคร้ายต่าง ๆ ตามมาได้ง่าย

## ส่วนที่ 5 สุขภาพจิต

### 1. ความหมายของสุขภาพจิต

สุขภาพจิต (mental health) สุขภาพจิตมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพของชีวิตมนุษย์ทุกคน (World Health Organization: WHO) องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความ “สุขภาพจิต” ว่า “สภาพสุขภาพที่บุคคลรับรู้ศักยภาพของตนเองสามารถรับมือกับความเครียดในชีวิต สามารถทำงานให้เกิดประโยชน์ และสร้างสรรค์ และสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมของตนได้” (WHO, 2001)

พกา สัตยธรรม (2531) กล่าวว่า สุขภาพจิตหมายถึง การมีจิตใจที่แจ่มใส อยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขมีความเชื่อมั่นในตนเองยอมรับสภาพความเป็นจริง มีความกระตือรือร้นสนใจในสิ่งรอบตัวเมื่อบุคคลมีสุขภาพจิตดีได้พบ และเผชิญปัญหาต่าง ๆ จะสามารถควบคุมสติของตนเองได้ ยอมรับและทนต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้โดยไม่ท้อแท้ ไม่หมดหวัง หรือหมดกำลังใจ สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ด้วยเหตุผลที่เหมาะสมรู้จักคิดอย่างกว้างขวางหลายแง่หลายมุม โดยสามารถยอมรับสภาพการณ์ได้อย่างปกติ หรือใกล้เคียงกับปกติผู้ที่ปฏิบัติได้ดังกล่าวคือผู้ที่มีสุขภาพจิตดี

สุขภาพจิต (Mental Health) หมายถึง ภาวะจิตใจที่เป็นสุข สามารถปรับตัวแก้ปัญหา สร้างสรรค์ทำงานได้ มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีความมั่นคงทางจิตใจ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์อยู่ในสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ (กรมสุขภาพจิต, 2545)

สุขภาพจิต (อรุณี มิ่งประเสริฐ, 2557) หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลมาจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิตมีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีรวมถึงความดีงามภายในจิตใจภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

กรมสุขภาพจิต (2545) ให้ความหมายว่า สุขภาพจิต คือ ความสมบูรณ์ของจิตใจ สภาพจิตใจจะสมบูรณ์เพียงใด ดูได้จากสมรรถภาพของจิต ซึ่งได้แก่ ความสามารถในเรื่องต่อไปนี้ 1) การกระชับมิตร หมายถึง ความสามารถในการผูกมิตร และคงความเป็นมิตรนั้นไว้ได้ รวมทั้งสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่นและเป็นสุข 2) พิชิตอุปสรรค หมายถึง ความสามารถในการแก้ปัญหาและปรับตัวให้อยู่ได้หรือก่อประโยชน์ได้ท่ามกลางความเป็นอยู่และความเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมและ 3) รู้จักพอใจ หมายถึง ความสามารถในการกระทำใจให้อยู่ในสิ่งที่อยากได้อยากเป็นอยู่ได้ด้วยความสะดวกสบายใจ

WHO (2018) สุขภาพจิตเป็นสภาวะของความอยู่ดีมีสุขซึ่งบุคคลตระหนักถึงความสามารถของตนเอง สามารถรับมือกับความเครียดตามปกติของชีวิต สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถช่วยเหลือชุมชนของตนได้ สุขภาพจิตเป็นส่วนสำคัญของสุขภาพ แท้จริงแล้วไม่มีสุขภาพใดที่ปราศจากสุขภาพจิต สุขภาพจิตถูกกำหนดโดยปัจจัยทางเศรษฐกิจ และสังคม ชีวภาพ และสิ่งแวดล้อม

สุขภาพจิตเป็นพื้นฐานของความสามารถส่วนรวม และส่วนบุคคลของเรา ในฐานะมนุษย์ในการคิด แสดงอารมณ์ ตอบสนองซึ่งกันและกัน หาเลี้ยงชีพ และสนุกกับชีวิต บนพื้นฐานนี้ การส่งเสริม การปกป้อง และการฟื้นฟูสุขภาพจิตถือได้ว่าเป็นความห่วงใยที่สำคัญของบุคคล ชุมชน และสังคมทั่วโลก

สุขภาพจิตเป็นสภาวะทางจิตใจของแต่ละบุคคล โดยธรรมชาติแล้วจะมีการเปลี่ยนแปลงปรับตัวอยู่ตลอดเวลา ให้สามารถปรับตัว หรือความต้องการของตนให้เข้ากับสภาพแวดล้อม เข้ากับบุคคลที่อยู่ร่วม และสังคมที่เกี่ยวข้องด้วยดี โดยไม่ก่อความเดือดร้อนให้แก่ตนเอง และผู้อื่น สุขภาพจิตของคนเรานั้นได้รับผลกระทบมาจากสุขภาพกาย และทางสภาพสิ่งแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ในสังคม ในสถานบันการศึกษา เป็นต้น อาจจะทำให้เกิดความเครียดจนเกิดปัญหาสุขภาพจิตขึ้นได้ ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากการเรียน หรือการทำงานที่พบส่วนใหญ่ คือ ความเครียด ซึ่งในบางคนความเครียดอาจเกิดความรุนแรง และไม่สามารถขจัด หรือทำให้ลดลงได้ ก็จะเกิดความเครียดสะสม หรือความเครียดส่วนเกิน จะเกิดผลเสียนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต หรือป่วยทางจิต จนเกิดอาการทางจิตประสาท ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช สุขภาพจิตนั้นเป็นปัจจัยสำคัญ ในการปรับตัว สามารถที่จะกล่าวได้ว่าผู้ที่มีสุขภาพจิตดีนั้นย่อมจะปรับตัวในทางที่ดี แต่อย่างไรก็ตามสุขภาพจิตของบุคคลนั้นแตกต่างกันออกไปเนื่องจากสุขภาพจิตนั้นเป็นผลของการดำเนินชีวิตในวัยเยาว์ ประสบการณ์ การเรียนรู้ การปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม และการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในชีวิต

ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี สุขภาพจิตเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมาก ซึ่งเป็นตัวที่กำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกมาเป็นตัวบ่งบอกสุขภาพจิตของบุคคลทั้งตนเองและผู้อื่น สำหรับในประเทศไทยมีผู้กล่าวถึงลักษณะผู้มีสุขภาพจิต อาทิ เช่น กรมสุขภาพจิต (2544) (อรุณี มิ่งประเสริฐ, 2557) กล่าวถึงผู้มีสุขภาพจิตดีไว้ว่า ผู้มีสุขภาพจิตดีจะพึงพอใจในการกระทำที่พิจารณาแล้วว่าดี ถูกต้อง เข้าใจตนเอง แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของตนเองได้ มีเจตคติที่ดีต่อตนเอง เข้าใจเอกลักษณ์ความสามารถ และสมรรถภาพต่าง ๆ ของตนเอง รับผิดชอบการกระทำของตนเองได้

มีอารมณ์ขัน แสดงอารมณ์ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ มีเป้าหมายชีวิต สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น นับถือและมีความรักต่อผู้อื่นอย่างจริงใจ รู้จักสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีความไว้วางใจผู้อื่น และทำประโยชน์ให้แก่หมู่คณะ มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ของตนเอง พอใจกับการเสียสละเพื่อส่วนรวม รู้จักช่วยเหลือผู้อื่น ทำประโยชน์แก่สังคมได้ รู้จักให้ และรับได้อย่างเหมาะสม

ลักษณะ สรวิวัฒน์ (2545) พีรพล เทพ ประสิทธิ์ และคณะ (2549) สรุปลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี คือ มีร่างกายสมบูรณ์ ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ มีความรักในตนเอง และผู้อื่น รับรู้ และเข้าใจตนเองได้ดีอยู่เสมอ รับรู้และเข้าใจผู้อื่นได้ดี สามารถเผชิญปัญหาและความเป็นจริงของชีวิตได้ดี มีความเชื่อมั่นในตนเอง พยายามพึ่งตนเอง กล้าคิดกล้าทำในสิ่งใหม่ ๆ มีความรับผิดชอบ รู้จักภาระหน้าที่ของตนเอง และมีลักษณะยืดหยุ่นเข้ากับผู้อื่นได้ง่าย ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล เข้าใจความรู้สึกของตนเองและบุคคลอื่น มีมนุษยสัมพันธ์ดีเข้ากับคนได้ดีทุกระดับ ร่วมทำงานได้กับคนทุกชั้น

กล่าวโดยสรุป คือ สุขภาพจิต หมายถึง สภาวะของความผาสุกทางจิต โดยผู้คนสามารถรับมือกับความเครียดต่าง ๆ ในชีวิตได้ดี สามารถตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง สามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และมีผลสำเร็จ และสามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนของตนเองได้ โดยในการวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้เครื่องมือการประเมินแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก General Health Questionnaire: GHQ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้ฉบับภาษาไทย ของ Goldberg (1972) (Nilchaikovit, Sukying and Silpakit, 1996) จำนวน 28 ข้อ ข้อคำถามของ Thai GHQ จะครอบคลุมปัญหาใหญ่ ๆ 4 ด้าน คือ ความรู้สึกไม่มีความสุข (Unhappiness) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความบกพร่องเชิงสังคม (Social impairment) และความคิดว่ามีโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรค (Hypochondriasis)

## ส่วนที่ 6 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

### 1. แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model)

แบบจำลอง (Model) การวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพมีมากมาย และหลากหลาย แต่ที่เป็นที่นิยม และประยุกต์ใช้กันอย่างแพร่หลาย ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1987 มาจนถึงปัจจุบัน คือ PRECEDE-PROCEED Model ซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นมาโดย Lawrence Robinson, Melinda Smith and Robert Segal (2016) Green and Kreuter (2005) แบบจำลองดังกล่าวนี้เป็นแบบจำลองการวางแผนแต่ก็มีนักวิชาการและนักปฏิบัติจำนวนมากไม่น้อย

นำไปประยุกต์เป็นแบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพซึ่งผู้ที่นำแบบจำลองนี้ไปใช้เป็นแบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพจะต้องมีความชัดเจนในตัวแปรภายใต้ปัจจัยนำ (Predisposing factor)ว่าจะใช้แนวคิดตามโครงสร้างทางจิตวิทยาอะไรมาวิเคราะห์สาเหตุทางพฤติกรรมสุขภาพ (Green and Kreuter, 2005)

PRECEDE-PROCEED Model (เบญจมาศ สุขศรีเพ็ญ, 2558) เป็นแบบจำลองที่นำมาประยุกต์ใช้วางแผน และประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ และสุขภาพศึกษา โดยเฉพาะ PRECEDE Model ใช้เป็นกรอบในการวางแผนสุขภาพศึกษาของอาสาสมัครและการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อไป การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะสัมพันธ์กับระดับของการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ฉะนั้นผลสัมฤทธิ์ของงานสุขภาพศึกษามีมากขึ้นน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยปัญหาและสาเหตุของปัญหาของประชากรเป้าหมายได้ถูกต้องมากขึ้นน้อยเพียงใด แบบจำลองนี้มีลักษณะเป็นทศวรรษปัจจัยร่วมกันซึ่งมีรากฐานมาจากสังคมศาสตร์/พฤติกรรมศาสตร์ ระบาดวิทยา การบริหาร และการศึกษา เช่น ปัญหาสุขภาพมีสาเหตุมาจากหลาย ๆ ปัจจัยจึงจะต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้องจึงจะสามารถกำหนดกลยุทธ์/วิธีการแก้ปัญหาอย่างถูกต้อง โดยธรรมชาติแล้วแบบจำลอง PRECEDE สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หลากหลายสถานที่ เช่น สุขศึกษาในโรงเรียน สุขศึกษาสำหรับผู้ป่วย และสุขภาพศึกษาในชุมชน เป็นต้น PROCEED Model ได้ถูกผนวกเข้ามารวมกับ PRECEDE ประมาณปี 1987 จากประสบการณ์ของ Green and Kreuter ที่ได้รับปฏิบัติงานในตำแหน่งต่าง ๆ ของหน่วยงานทั้งภาครัฐ และมูลนิธิ Kriser Family Foundation การผนวกแบบจำลองนี้เข้าไปเพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพที่เพิ่มไปจากงานสุขภาพศึกษาดั้งเดิมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การวินิจฉัยด้านการบริหารเป็นขั้นตอนท้ายสุดของ PROCEED ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีวิสัยทัศน์กว้างไกลนอกจากกิจกรรมทางด้านการศึกษา/สุขภาพแล้ว ยังจะสามารถก้าวไปถึงความจำเป็นเกี่ยวกับการปฏิบัติการทางการเมือง การจัดการ และเศรษฐกิจซึ่งมีผลต่อระบบสังคม สิ่งแวดล้อม จนถึงครองการดำเนินชีวิตที่มีสุข (Healthful Lifestyles) และจะทำให้มีความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และสังคม มากยิ่งขึ้น

สรุป PRECEDE-PROCEED Model หมายถึง กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิเคราะห์ปัญหา สหปัจจัยในพฤติกรรมสุขภาพ คือ พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยภายใน และภายนอกบุคคล

เป้าประสงค์หลักของ PRECEDE-PROCEED Model จะให้ความสำคัญที่ผลลัพธ์ (outcomes) มากกว่าปัจจัยนำเข้า (inputs) ด้วยเหตุนี้ จึงเป็นการผลักดันให้ผู้วางแผน

พิจารณาผลลัพธ์ที่ต้องมาก่อนในการวางแผน แล้วจึงค่อยพิจารณาถอยหลังไปว่ามีปัจจัย หรือสาเหตุผลลัพธ์อะไรบ้างที่จะส่งผลต่อกระบวนการวางแผนซึ่งมีหลักการอยู่ 2 ประเด็น ที่สำคัญ ได้แก่

1. หลักการมีส่วนร่วม กล่าวคือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stake holders) จะต้องมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการที่จะระบุถึงปัญหาที่เร่งด่วน และเป้าประสงค์ของตนเอง อย่างชัดเจนในการพัฒนา/กำหนดแนวทาง และการดำเนินงานแก้ปัญหา หลักการนี้ได้พัฒนา และประยุกต์มาจากทฤษฎีการพัฒนาชุมชน และแบบจำลองการสร้างพลัง (Empowerment education model) ของไฟร์ (Freire)

2. บทบาทที่สำคัญของปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพประชาชน เช่น ความไม่เสมอภาคของสื่อต่าง ๆ โรงงานอุตสาหกรรม การเมือง และสังคม PRECEDE ประกอบด้วย 5 ระยะ ดังนี้

2.1 ระยะที่ 1 การวินิจฉัยด้านสังคม (Social Diagnosis)

2.2 ระยะที่ 2 การวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา (Epidemiological Diagnosis)

2.3 ระยะที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environmental Diagnosis)

2.4 ระยะที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษา และการจัดองค์กร/บริการ (Education and organizational Diagnosis)

2.5 ระยะที่ 5 การวินิจฉัยด้านการบริหาร และนโยบาย เป็นการวินิจฉัย นโยบาย ทรัพยากร และสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งแสดงให้เห็นสถานะขององค์กรซึ่งจะส่งผล กระทบต่อการพัฒนาแผนงานโครงการสุขภาพ

นอกจากนี้ เพื่อประเมินว่า เป้าประสงค์/วัตถุประสงค์ของแผนงานโครงการ จะสอดคล้องกับนโยบายขององค์กร หรือไม่ สอดคล้องกับระเบียบกฎหมาย และพันธกิจ ขององค์กร หรือไม่ PROCEED ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

2.6 ระยะที่ 6 การดำเนินงานตามแผน (Implementation)

2.7 ระยะที่ 7 การประเมินผลกระบวนการ (Process Evaluation)

2.8 ระยะที่ 8 การประเมินผลกระทบ (Impact Evaluation)

2.9 ระยะที่ 9 การประเมินผลลัพธ์ (Out-come Evaluation)

**2.1 ระยะที่ 1 การวินิจฉัยด้านสังคม**

จุดมุ่งหมายของระยะนี้เพื่อระบุถึงและประเมินปัญหาด้านสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Quality of Life: Q O L) ของประชากร เป้าหมายระยะนี้

จะช่วยให้ผู้วางแผนเข้าใจปัญหาด้านสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้บริโภคบริการนักเรียน/นักศึกษา หรือชุมชนตามที่ประชาชนมองเห็นปัญหาเหล่านั้นที่เกิดขึ้นกับตนเอง ปัญหาด้านสังคมจะเชื่อมโยงไปถึงปัญหาด้านสุขภาพซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมสุขภาพได้ สิ่งเหล่านี้เป็นผลกระทบสำคัญต่อชีวิต และคุณภาพชีวิตส่งผลต่อปัญหาด้านสังคมอย่างไรบ้าง วิธีการวิจัยด้านสังคมอาจดำเนินการได้ดังนี้ จัดเวทีชุมชน (Community Forums) การแสดงข้อตกลงร่วมในกลุ่ม (Nominal groups) การอภิปรายเฉพาะกลุ่ม (Focus group) การสำรวจ (Surveys) และการสัมภาษณ์ (Interviews) เป็นต้น

## 2.2 ระยะเวลาที่ 2 การวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา

การวินิจฉัยระยะนี้จะช่วยให้ผู้วางแผนพิจารณากำหนดปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งจะช่วยให้สามารถระบุปัจจัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมอะไรบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต จุดเน้นของระยะนี้ก็เพื่อจะบ่งชี้สาเหตุอันเนื่องมาจากปัญหาด้านสุขภาพ และไม่ใช้ปัญหาด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี การอธิบายปัญหาสุขภาพจะช่วย

2.2.1 กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพ และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

2.2.2 จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนงานโครงการ และการใช้ทรัพยากร

2.2.3 มีความเป็นไปได้ในการกำหนดความรับผิดชอบระหว่างวิชาชีพองค์กร และหน่วยงานร่วมกัน นอกจากนี้การจัดอันดับความสำคัญของปัญหา ก็ยังสามารถนำไปใช้กำหนดวัตถุประสงค์ และประชากรกลุ่มเป้าหมายของแผนงานได้อีกด้วย เช่น ระบุผลลัพธ์อะไรบางอย่างที่ต้องการให้เกิด (What) และมากน้อยเพียงใด (How Much) ที่ประชากรกลุ่มเป้าหมายจะได้รับ และจะได้รับเมื่อไร (When) ตัวอย่างข้อมูลการวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา เช่น สถิติชีพ จำนวนปีที่สูญเสียไป เนื่องจากเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (เทียบกับอายุขัยเฉลี่ยของประชากร ความพิการ ความชุกของความเจ็บป่วย/เกิดโรค การตาย อุบัติการณ์ของโรค และการเจ็บป่วย เป็นต้น

การวินิจฉัยในระยะที่ 1-2 ช่วยให้สามารถกำหนดเป้าประสงค์ที่ต้องการให้บรรลุภายหลังการดำเนินงานตามแผนงานโครงการแล้ว

### 2.3 ระยะที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environmental Diagnosis)

ในระยะนี้จะมุ่งเน้นที่การระบุปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยอื่น ๆ อย่างเป็นระบบระเบียบ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะที่ 2 ในระยะนี้อาจรวมถึงสาเหตุที่ไม่ใช่พฤติกรรมด้วยปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อมซึ่งสามารถจะช่วยให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ เป็นต้น แต่ไม่สามารถควบคุมได้โดยพฤติกรรม ปัจจัยเหล่านั้นอาจรวมถึงพันธุกรรม อายุ เพศ และการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่แล้ว ดินฟ้าอากาศ สถานประกอบการ และความเพียงพอของการบริการสุขภาพ เป็นต้น สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งในระยะนี้ก็คือ การจัดลำดับความสำคัญของสาเหตุพฤติกรรมในประเด็นพฤติกรรมที่สำคัญ และความสามารถในการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมนั้น ๆ การวินิจฉัยพฤติกรรมจะต้องให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในแต่ละประเด็นในระยะที่ 2 ซึ่งจะช่วยให้ผู้วางแผนสามารถเลือกพฤติกรรมเป้าหมายนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาด้วยการศึกษาได้ โดยสรุปการวินิจฉัยพฤติกรรมอะไรบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ และปัญหาสังคมที่ได้รับระบุไว้ในระยะที่ 1-2 การวินิจฉัยสิ่งแวดล้อมเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสังคมควบคุมไป ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้วยตารางจัดอันดับความสำคัญของพฤติกรรม (The Behavioral Matrix) (เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง, 2558)

การวิเคราะห์พฤติกรรมตามตารางสัมพันธ์ จะช่วยให้สามารถระบุปัจจัยพฤติกรรมเป้าหมายหรือสิ่งแวดล้อมเป้าหมายที่จะต้องนำมาใช้วางแผนแก้ปัญหา และสามารถวัดได้ ประเมินได้ต่อไป

ตาราง 1 ตารางจัดอันดับความสำคัญของพฤติกรรม (The Behavioral Matrix)

ความสำคัญ / ความสามารถในการ เปลี่ยนแปลง	ความสำคัญ	
	สำคัญมาก	สำคัญน้อย
สามารถเปลี่ยนแปลง ได้มาก	1. ความสำคัญมากและ เปลี่ยนแปลงได้มาก	3. สำคัญน้อยแต่เปลี่ยนแปลงได้ มาก
สามารถเปลี่ยนแปลง ได้น้อย	2. สำคัญมาก แต่ เปลี่ยนแปลงได้น้อย	4. สำคัญน้อยและเปลี่ยนแปลง ได้น้อย

ที่มา: เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง, 2558

ควรทำพฤติกรรมเป้าหมาย และสิ่งแวดล้อมเป้าหมายในช่อง 1 และ 2 มากำหนดวัตถุประสงค์ของแผนงานโครงการ ส่วนช่องที่ 3 อาจนำมาใช้ด้วยเหตุผลทางการเมือง ส่วนช่องที่ 4 ไม่นำมาพิจารณาในการกำหนดเป็นพฤติกรรมเป้าหมาย หรือสิ่งแวดล้อมเป้าหมาย

#### 2.4 ระยะเวลาที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษา

ระยะนี้เป็นการประเมินสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่ระบุไว้ในระยะที่ 3 สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัยด้วยกัน คือ ปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม (enabling factors) ปัจจัยเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง (reinforcing factors) ประเด็นสำคัญของระยะนี้ คือ การระบุปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องจะเป็นกุญแจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การระบุปัจจัยจะต้องมองทั้งที่ส่งผลทางบวก และลบต่อพฤติกรรม และลำดับความสำคัญของแต่ละสาเหตุและความสามารถในการเปลี่ยนแปลง วัตถุประสงค์การเรียนรู้ หรือวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม จะต้องกำหนดตามปัจจัยสาเหตุเหล่านี้ ดังนั้นจึงต้องพุ่งตรงลงไปเลยว่าจะต้องแก้ไขเปลี่ยนแปลงปัจจัยเหล่านี้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน โดยการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกิจกรรม และการดำเนินการตามวัตถุประสงค์กิจกรรมนั้น ๆ

2.4.1 ปัจจัยนำ หมายถึง คุณลักษณะของบุคคล หรือประชากรที่ติดตัวกับบุคคลเหล่านั้นมาก่อนแล้ว เช่น ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทศนคติ ฯลฯ

2.4.2 ปัจจัยเอื้อ หมายถึง คุณลักษณะของสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพ และสังคมวัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคล และ หรือ ทรัพยากรที่จะช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์

2.4.3 ปัจจัยเสริมแรง หมายถึง รางวัล หรือผลตอบแทน หรือการได้รับการลงโทษ ภายหลังจากที่ได้แสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา ซึ่งจะช่วยให้เกิดความมั่นคงของการเกิดพฤติกรรม การเสริมแรงจะได้รับจากครอบครัว เพื่อน ครู บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข หรือสื่อมวลชน เป็นต้น

#### 2.5 ระยะเวลาที่ 5 การวินิจฉัยด้านการบริหาร และนโยบาย

ในระยะเวลาจะมุ่งเน้นวินิจฉัยเกี่ยวกับการบริหาร และการจัดองค์การ ซึ่งจะต้องระบุให้ชัดเจนก่อนดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ซึ่งรวมถึงทรัพยากรต่าง ๆ การจัดสรรงบประมาณ การกำหนดตารางการปฏิบัติงาน การจัดองค์การ และบุคลากรในการปฏิบัติงานตามแผนงานโครงการ การประสานงานกับหน่วยงาน สถาบัน และชุมชน

2.5.1 การวินิจฉัยด้านการบริหาร: เช่น การวิเคราะห์นโยบาย ทรัพยากร และสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาแผนงานโครงการสุขภาพ

2.5.2 การวินิจฉัยนโยบาย: เป็นการประเมินว่าเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ ของแผนงานโครงการว่าสอดคล้องเหมาะสมกับภาระกิจ กฎระเบียบขององค์กรหรือไม่

## 2.6 ระยะเวลาที่ 6 การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ

ดำเนินงานตามกลวิธี วิธีการ และกิจกรรม โดยผู้รับผิดชอบแต่ละเรื่อง และประเด็นที่กำหนดไว้ตามตารางการปฏิบัติกิจกรรม

## 2.7 ระยะเวลาที่ 7 การประเมินผลกระบวนการ

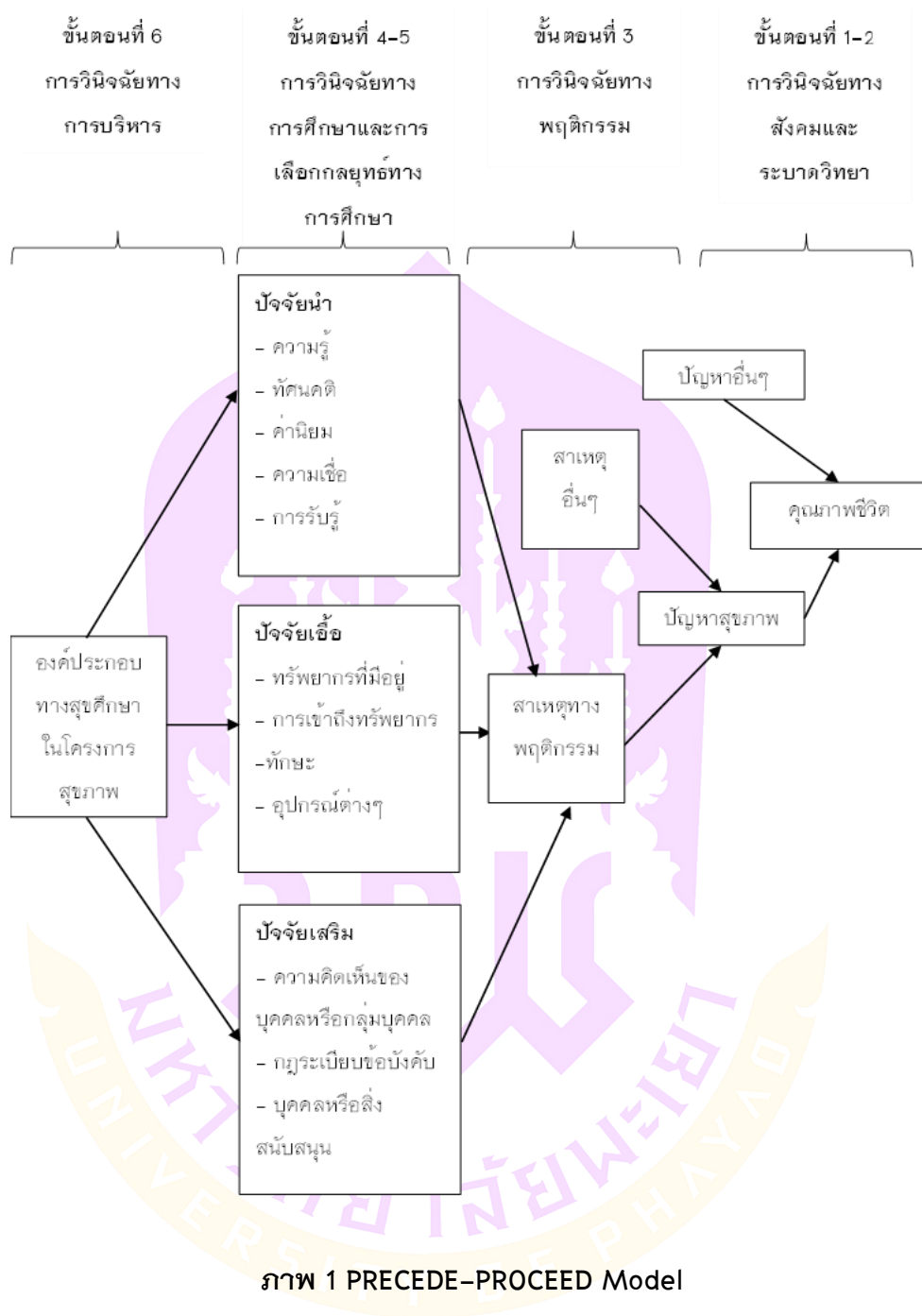
เป็นการประเมินกระบวนการที่ใช้ในการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ

## 2.8 ระยะเวลาที่ 8 การประเมินผลกระทบ

เป็นการวัดประสิทธิผลของแผนงานโครงการตามวัตถุประสงค์ระยะสั้น ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรง (predisposing enabling and reinforcing factors)

## 2.9 ระยะเวลาที่ 9 การประเมินผลลัพธ์สุดท้าย

เป็นการประเมินผลรวบยอดของวัตถุประสงค์ที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น และประโยชน์ที่ได้รับด้านสุขภาพ หรือคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจจะใช้เวลานาน ผลเหล่านี้ จึงจะเกิดขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นปี ๆ จึงจะสามารถประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายได้



ที่มา: Green and Krueter, 1999

## 2. คุณภาพชีวิต

### 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการซึ่งมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์การให้ความหมายของคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันไปซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านอายุ และความเจ็บป่วยดังนี้ (Wilhelmson, et al., 2005)

คุณภาพชีวิต (Quality Of Life) ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1997) หมายถึง คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ในบริบทที่ดำรงชีวิตภายใต้วัฒนธรรม และระบบคุณค่า ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และการตระหนักของแต่ละบุคคล

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1998) ได้ให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตไว้ว่า “คุณภาพชีวิตคือการรับรู้ส่วนบุคคลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบริบทวัฒนธรรม และความเป็นอยู่ของตนเองต่อเป้าหมายของชีวิตความคาดหวังในชีวิตมาตรฐาน และความตระหนักในชีวิต”

องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2017) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่าคุณภาพชีวิต คือ แนวคิดเกี่ยวกับสถานะที่ดีของมนุษย์จากตัวชี้วัดทางสังคมมากกว่าตัวชี้วัดด้านรายได้ หรือผลผลิต

ในปี พ.ศ. 2490 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดให้ คุณภาพชีวิต (quality of life) เป็น "สถานะที่สมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และสังคม และไม่ใช่แค่การไม่มีโรคและความทุกข์ทรมานเท่านั้น" ในปีพ.ศ. 2538 คำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกได้พัฒนาขึ้นเป็นดังต่อไปนี้: "การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับตำแหน่งในชีวิตในบริบทของวัฒนธรรมและระบบค่านิยมที่พวกเขาอาศัยอยู่ และสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และข้อกังวลของพวกเขา เป็นแนวคิดที่กว้างขวางซึ่งผสมผสานสุขภาพร่างกาย สภาพจิตใจ ระดับความเป็นอิสระ ความสัมพันธ์ทางสังคม ความเชื่อส่วนบุคคล และความสัมพันธ์กับลักษณะเด่นของสิ่งแวดล้อมในลักษณะที่ซับซ้อน" คำจำกัดความนี้มีมาอย่างยาวนานเป็นคำจำกัดความที่สำคัญ และมีอิทธิพลมากที่สุด (Cai, Verze and Bjerklund Johansen, 2021)

คุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะโดยรวมของประสบการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมของบุคคล หรือกลุ่มโดยเฉพาะ โดยเฉพาะความพึงพอใจของความปรารถนาที่เกี่ยวข้องกับความต้องการ และความต้องการของมนุษย์ ประกอบด้วยมิติทางวัตถุ และการดำรงอยู่ของโลกแห่งชีวิต (Jason Antony Byrne, 2007)

คุณภาพชีวิต คือ การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งสามารถอธิบายได้ดีที่สุดจากความพึงพอใจที่ผู้สูงอายุแต่ละบุคคลได้รับ ซึ่งในงานวิจัยนี้จะวัดการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในแต่ละด้านดังนี้ ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม และด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง (อรณิชฐ์ แสงทองสุข, 2562)

คุณภาพชีวิต หมายถึง การที่บุคคลสามารถดำรงชีวิตในระดับที่เหมาะสมตามสภาพความจำเป็นพื้นฐานที่ได้กำหนดไว้ในสังคมหนึ่ง ๆ ในลักษณะที่ตนเองมีความพึงพอใจ มีความสุขทั้งทางร่างกาย และจิตใจ และสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม และสังคมที่ตนเองอยู่อาศัยได้เป็นอย่างดี สืบเนื่องจากการได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ อย่างเพียงพอ และเหมาะสม (มันไชร์ ดอเลาะ, 2559)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งสามารถอธิบายได้ดีที่สุดจากความพึงพอใจที่ผู้สูงอายุแต่ละบุคคลได้รับ ซึ่งในงานวิจัยนี้จะวัดการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในแต่ละด้านดังนี้ ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านการรวมกลุ่มทางสังคมและด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง (สุทธิพงศ์ บุญผดุง, 2554)

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง การรับรู้และความพึงพอใจในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่สามารถดำรงอยู่ได้อย่างเหมาะสมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (พัชรภรณ์ พัฒนะ, 2560)

Dalkey and Rourke (1973) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นประสบการณ์ในชีวิตทุก ๆ ด้านของบุคคล โดยรวมถึงความพอใจหรือไม่พึงพอใจทั้งทางวัตถุที่เป็น ความจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตจากการมีกิจวัตรประจำวัน การพัฒนาตนเองรวมถึงความเท่าเทียมกันของระบบเศรษฐกิจในสังคม โดยมีความสัมพันธ์กับกลุ่มชุมชนสถาบันชาติ ทั้งนี้คุณภาพชีวิตจะมีความแตกต่างกันตามวัฒนธรรมของแต่ละสังคม

Padilla and Grant (1985) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ว่าเป็นการรับรู้ความพึงพอใจของในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลต่อสถานะในจิตใจของพวกเขาภายใต้บริบทของวัฒนธรรม และความหมายของระบบในสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่ และจะสัมพันธ์กับเป้าหมายความคาดหวังมาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นแนวความคิดที่ประกอบไปด้วยความซับซ้อนครอบคลุม

ในแง่ของสุขภาพร่างกายของแต่ละคนสภาพจิตใจระดับของความเป็นอิสระสัมพันธ์ภาพทางสังคมความเชื่อ และความสัมพันธ์ที่มีต่อสภาพแวดล้อม

Hendershott, Wright and Henderson (1992) ได้กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นบุคคลนั้นต้องมีความพึงพอใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลนั้นมีความสุขในการดำเนินชีวิตประกอบด้วยชีวิตการเรียนชีวิตสังคมที่อยู่อาศัยความสัมพันธ์กับเพื่อนและบริการที่ได้รับ

Meeberg (1993) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตคือความรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตทั่ว ๆ ไปเป็นความสามารถด้านอารมณ์ในการประเมินชีวิตตนเองตามความพึงพอใจสภาพการยอมรับได้ของสุขภาพกายจิตใจอารมณ์ และสังคมตลอดจนส่วนที่เป็นจิตวิสัยและวัตถุวิสัย

Sudnongbua (2011) กล่าวว่าคุณภาพชีวิต คือ การรับรู้ของบุคคลต่อปัจจัยต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวบุคคลนั้น ๆ และความรู้สึกของคนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้วยเช่นกัน สภาพการณ์ที่อยู่รอบตัวบุคคลนั้นไม่สามารถบ่งบอกถึงระดับคุณภาพชีวิตได้อย่างแท้จริง แต่การรับรู้ของบุคคลนั้นต่างหากจึงจะวัดระดับคุณภาพชีวิตได้อย่างแท้จริง

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจของบุคคลต่อกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งทางวัตถุที่เป็นความจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตจากการมีกิจวัตรประจำวัน ทั้งนี้คุณภาพชีวิตจะมีความแตกต่างกันตามวัฒนธรรม และบริบททางสังคมของบุคคลนั้น ๆ (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2564)

จากการนิยามความหมายคำว่า คุณภาพชีวิต นับว่ามีการนิยามแตกต่างกันไป เพราะคุณภาพชีวิตเป็นกระบวนการทางจิตใจที่สามารถบรรยายตีความกลั่นกรองด้านความคิด และภาษาที่มีความแตกต่างกันของผู้ให้นิยามทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพื้นฐานประสบการณ์ความรู้ความคิดของแต่ละบุคคลนอกจากนี้คุณภาพชีวิตยังเป็นเรื่องที่ขึ้นอยู่กับคุณค่าที่แฝงอยู่ของบุคคลด้วยดังนั้นการที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้นจะต้องขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่าง ๆ มากมาย และองค์ประกอบนั้นมีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันตามทัศนะของแต่ละบุคคลหรือของแต่ละสังคมด้วยเช่นกัน (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2564)

## 2.2 ความสำคัญของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต คือ สิ่งสะท้อนภาวะความเป็นอยู่ของคน (ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ) และของสังคมทั้งนี้ครอบคลุมไปถึงความปลอดภัยสิทธิ และเสรีภาพ ส่วนในทางสาธารณสุขมองคุณภาพชีวิตในแง่ของสภาพร่างกาย และจิตใจที่มั่นคงแข็งแรง

มีความพอใจ สุขใจ สุขกาย และมีความสงบทั้งนี้คุณภาพชีวิตจะถูกคุกคามด้วยโรค และภาวะผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกาย และจิตใจดังนั้น ณ ที่นี้จะเป็นการระบุถึงคุณภาพชีวิต ในมิติทางสุขภาพ

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคลจะส่งผลให้สังคม และประเทศชาติ มีความสมดุลระหว่างสุขภาพ และสังคมเศรษฐกิจความสมดุลนี้นำไปสู่การพัฒนาของประเทศ ไปสู่จุดที่ยั่งยืนสำหรับความสำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุนั้นการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ของผู้สูงอายุจะเป็นการบ่งบอกถึงการบรรลุเป้าหมายของระบบการบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุ และเป็นสิ่งสะท้อนถึงสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุ ในสังคม หรือชุมชนนั้น ๆ

### 2.3 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นต้องประกอบด้วยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อเนื่อง เกื้อกูล และสนับสนุนซึ่งกัน และกันซึ่งหากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งได้รับผลกระทบย่อม หมายถึง คุณภาพชีวิตของบุคคลที่ถูกบั่นทอนให้ด้อยคุณภาพลงดังนั้นนักวิชาการสาขาต่าง ๆ ได้เสนอองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของมนุษย์แตกต่างกันไปดังรายละเอียด (สุภรภรณ์ สุดหนองบัว, 2564) ต่อไปนี้

การที่บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้นั้นนอกจากจะต้องประกอบด้วยปัจจัย 4 ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตโดยทั่วไปอัน ได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรคแล้วยังต้องประกอบด้วยปัจจัย 5 ประการ (Flanagan, 1987; ทวีรัสมิ์ ธนาคม, 2533)

2.3.1 ความสุขสบายทางด้านร่างกาย และวัตถุทางด้านร่างกายอันได้แก่ การมีสุขภาพ และพลานามัยที่สมบูรณ์แข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บส่วนทางด้านวัตถุ ได้แก่ การมีบ้านที่อยู่อาศัยมีอาหารที่ดี และมีเครื่องอำนวยความสะดวก

2.3.2 การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว การที่ครอบครัวจะอยู่ได้อย่างมั่นคงต้องอาศัยความเข้าใจซึ่งกัน และกันการให้อภัย และความรับผิดชอบในครอบครัวรวมทั้งการมีสัมพันธภาพกับเพื่อนฝูง และคู่สมรส

2.3.3 การมีกิจกรรมในสังคม และชุมชน คือ การได้มีโอกาสสนับสนุน และช่วยเหลือผู้อื่นในสังคมโดยคนทุกคนควรมีความตั้งใจแน่วแน่ในการทำกิจกรรม เพื่อประโยชน์แก่ผู้อื่น และส่วนรวมนอกจากนี้การทำกิจกรรมในสังคมอาจทำได้หลายอย่าง จะกระทำด้วยกิริยา หรือวาจาก็ได้

2.3.4 พัฒนาการด้านบุคลิกภาพ และมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญาการเรียนรู้สนใจการเรียนและการเข้าใจตนเองเรียนรู้จุดบกพร่องของตนเองมีงานที่น่าสนใจทำได้รับผลตอบแทนที่ดีและการแสดงออกในทางสร้างสรรค์

2.3.5 สันทนาการ และการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ นับว่าเป็นการทำให้เวลามีคุณค่าแก่ตนเอง เช่น อ่านหนังสือฟังดนตรีดูกีฬา หรือสิ่งบันเทิงอื่น ๆ และการมีส่วนร่วมในสังคม นอกจากนี้ ยังกล่าวว่าคุณภาพชีวิตมี 2 องค์ประกอบสำคัญคือ องค์ประกอบด้านจิตพิสัย (Subjective) หรือเรียกว่าองค์ประกอบด้านจิตพิสัย (Subjective) และองค์ประกอบด้านวัตถุพิสัย (Objective) หรือเรียกว่าองค์ประกอบด้านสังคมเศรษฐกิจการเมือง และสิ่งแวดล้อมองค์ประกอบด้านจิตพิสัยนี้เป็นองค์ประกอบเชิงคุณภาพและขึ้นอยู่กับบุคคลเป็นอันมากส่วนองค์ประกอบด้านวัตถุพิสัยนั้นเป็นองค์ประกอบเชิงปริมาณและสามารถวัดได้ Lin Zhan MS (1992) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตควรมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

1) ด้านร่างกาย (Physical set) เป็นการมองตนเองเกี่ยวกับรูปร่างลักษณะหน้าที่ในภาคปกติ และยามเจ็บป่วย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างเหมาะสมกับเวลาสถานที่ และการรับรู้คุณค่าของรูปร่างหน้าตาและอวัยวะส่วนต่าง ๆ รวมถึงภาพลักษณ์ของบุคคล

2) ด้านอัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล (Personal self) เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่อยู่ในตัวบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลาสถานที่ และบทบาทของบุคคลในสังคม

3) ภาวะสุขภาพของการทำงานของร่างกาย (Health and functioning) ภาวะสุขภาพ คือ ความสมดุลขององค์ประกอบภายในตัวบุคคลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ คือ สังคมสิ่งแวดล้อมชุมชน

4) สังคม และเศรษฐกิจทางสังคม ได้แก่ การศึกษา และรายได้ อีกทั้ง UNESCO (1981) ได้ชี้ให้เห็นว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ คือ อาหาร สุขภาพอนามัย และโภชนาการ การศึกษา สิ่งแวดล้อมและทรัพยากร ที่อยู่อาศัย และการตั้งถิ่นฐาน การมีงานทำ ค่านิยมศาสนาจริยธรรมกฎหมาย และปัจจัยทางด้านจิตวิทยา

ดังจะเห็นได้ว่าการที่มนุษย์เราจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้นต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นองค์ประกอบมากมาย และแต่ละองค์ประกอบนั้นมีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไปตามทัศนะของแต่ละบุคคล หรือสังคมคุณภาพชีวิต

ในแต่ละด้านนับว่าเป็นสิ่งเกี่ยวพันซึ่งกันและกัน เนื่องจากคุณภาพชีวิตในด้านหนึ่งสามารถกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ ได้ ดังนั้นคุณภาพชีวิตของบุคคลควรพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลทั้งทางด้านวัตถุวิสัย และจิตพิสัยรวมทั้งควรมีเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลจากองค์ประกอบทั้งหมดที่กล่าวมา มีความสอดคล้องกับคุณภาพชีวิตตามหลักองค์การอนามัยโลก (สุภาภรณ์ สุดหนองบัว, 2564)

## 2.4 คุณภาพชีวิตตามหลักองค์การอนามัยโลกองค์การอนามัยโลก

คุณภาพชีวิตตามหลักองค์การอนามัยโลกองค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตไว้ว่า “คุณภาพชีวิตคือการรับรู้ส่วนบุคคลในส่วนของที่เกี่ยวข้องกับบริบทวัฒนธรรม และความเป็นอยู่ของตนเองต่อเป้าหมายของชีวิต ความคาดหวังในชีวิตมาตรฐานและความตระหนักในชีวิต” (World Health Organization, 1998) ดังนั้น องค์การอนามัยโลกจึงได้สร้างตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตขึ้นมาเพื่อใช้วัดในกลุ่มประชาชนทั่วไป ซึ่งเรียกว่าคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (WHOQOL-BREF) ในปี ค.ศ. 1998 ซึ่งมีตัวชี้วัด 4 ด้าน ดังนี้ คือ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (World Health Organization, 1998)

คุณภาพชีวิตฉบับย่อ หรือ WHOQOL-BREF มาจากคำเต็มว่า World Health Organization Bref ที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลกก่อนหน้านี้ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพตัวชี้วัด 100 ตัวชี้วัด ซึ่งเรียกว่า WHOQOL-100 ซึ่งพัฒนาเป็นเครื่องมือจำนวน 100 ข้อคำถาม (World Health Organization, 1997) แต่เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มประชาชนทั่วโลกแล้วทำให้เกิดความไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถาม เนื่องจากต้องใช้เวลานานในการตอบแบบสอบถาม องค์การอนามัยโลกจึงได้พัฒนาจากตัวชี้วัด 100 ตัวชี้วัด เป็น 4 ตัวชี้วัด หรือองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย (Physical domain) ด้านจิตใจ (Psychological domain) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Social domain) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental domain) ซึ่งรวมเรียกว่า WHOQOL BREF เพื่อให้เกิดความสะดวกในการนำไปใช้ในทุกลุ่มอายุประเทศไทยได้พัฒนาเครื่องมือ WHO QOL-BREF เป็นภาษาไทยโดย (Mahatnirunkul, 2002) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.4.1 ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหว

ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำ วันของตนการรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาอาศัยต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

2.4.2 ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตนการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียดหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึง ความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

2.4.3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

2.4.4 ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

### 3. พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออก และท่าทีที่จะทำ ซึ่งก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพตนเอง พฤติกรรมสุขภาพจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ และการงดเว้นไม่กระทำหรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ (เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2563; เฉลิมพล ต้นสกุล, 2543)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้ และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้

แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้นฉะนั้น พฤติกรรมสุขภาพที่แสดงออกในการกระทำของมนุษย์สามารถจำแนกได้ (เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2563; เฉลิมพล ดันสกุล, 2543) ดังนี้

3.1 พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) เป็นปฏิกริยาภายในตัวบุคคล มีทั้งแบบรูปธรรม และนามธรรมที่เป็นรูปธรรมสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัด หรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิกริยาที่อยู่ตามสภาพของร่างกายส่วนที่เป็นนามธรรม ได้แก่ ความคิดความรู้สึกเจตคติค่านิยมเป็นต้นพฤติกรรมภายในนี้ไม่สามารถสัมผัส หรือวัดได้ด้วยเครื่องมือต่าง ๆ เพราะไม่มีตัวตนจะทราบได้ต่อเมื่อแสดงพฤติกรรมออกมา

3.2 พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) เป็นปฏิกริยาต่าง ๆ ของบุคคลที่แสดงออกมาทั้งทางวาจา และการกระทำซึ่งปรากฏให้ผู้อื่นเห็นหรือสังเกตได้ เช่น ท่าทางหรือคำพูดที่แสดงออก ไม่ว่าจะป็นน้ำเสียงสีหน้า

ดังนั้นสรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพ คือ การกระทำหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั้งทางกายจิตสังคม และจิตวิญญาณของตัวบุคคลที่แสดงออกมาสามารถสังเกตได้ และสังเกตไม่ได้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพของบุคคลเป็นสาเหตุของการเกิดโรคเช่นการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มสะสมมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับโรคที่มีผลต่อสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพจำแนกออกเป็น 2 ลักษณะ (เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2563)

3.2.1 พฤติกรรมที่พึงประสงค์ หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้นเองเป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติต่อไปและเพิ่มความถี่ในการปฏิบัติ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเช้า 5 หมู่ การแปรงฟันการตรวจร่างกายประจำปี

3.2.2 พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงลบ หรือพฤติกรรมเสีย (Negative Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วจะส่งผลเสียต่อสุขภาพทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือโรคเป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารเช้าพวกแป้งไขมันมากเกินไปจนความจำเป็นการบริโภคอาหารที่ปรุงไม่สุก เป็นต้น จะต้องหาสาเหตุที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนและควบคุมไว้ให้บุคคลเปลี่ยนไปแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting behavior) เป็นตัวแปรสุดท้าย และเป็นผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมในแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ และเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น บางส่วนได้บูรณาการจนกลายเป็นส่วนหนึ่ง

ที่ใช้ในชีวิตประจำวันผลที่ได้ คือ การปรับภาวะสุขภาพการเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงพัฒนาการของมนุษย์ ดังนั้นในบทนี้จะกล่าวถึงแนวคิดและทฤษฎีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่นิยมนำไปประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุข โดยเฉพาะการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่ต่อเนื่อง (เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2563) จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพพบว่า มีตัวแปรและเงื่อนไขของบุคคลที่กำหนดพฤติกรรมหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2557) ดังนี้

- 3.3.1 ความตั้งใจ (Intention) ที่จะกระทำพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง
- 3.3.2 ข้อจำกัด ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental constraint) ที่ส่งผลต่อความเป็นไปได้ในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ
- 3.3.3 ความสามารถของบุคคล (Ability) คือ ทักษะที่จำเป็นที่ต้องใช้ในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ
- 3.3.4 ความคาดหวังในผลของการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ (Anticipated outcomes)
- 3.3.5 บรรทัดฐานของสังคม (Norms) ที่มีต่อการกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมสุขภาพ
- 3.3.6 มาตรฐานส่วนบุคคล (Self-standards) คือ การรับรู้ของบุคคลว่าพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวสอดคล้อง หรือไม่กับภาพลักษณ์ของตนเองที่เป็นอยู่
- 3.3.7 อารมณ์ (Emotion) ความรู้สึกทางบวก หรือลบของบุคคลที่มีต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว
- 3.3.8 ความเชื่อในความสามารถแห่งตน (Self-efficacy) คือ การรับรู้ของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวภายใต้สถานการณ์ต่าง ๆ ได้

### 3.4 อุปสรรคในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติติดต่อกันมานานกลายเป็นวิถีชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในทุกกลุ่มอายุมักประสบความล้มเหลว เนื่องจากมีปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังจะยกตัวอย่างจากการศึกษาทบทวนงานวิจัยและวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบอุปสรรคสำคัญ 5 ประการ ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมอาหารได้ คือ (Williamson and Oliver, 2000; เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2563)

3.4.1 อุปสรรคด้านวิถีชีวิต ได้แก่ การไม่มีเวลาร้อยละ 73.0 วิถีชีวิตที่กินอาหารนอกบ้านร้อยละ 25.0 มีข้อจำกัดด้านการเงินร้อยละ 9.0 และไม่ต้องการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 9.0

3.4.2 อุปสรรคด้านการรับรู้โรคไม่รุนแรง หรือปฏิเสธการป่วยเป็นโรค ได้แก่ การไม่มีอาการแสดงของโรคร้อยละ 39.0 การไม่ได้รับสุขศึกษา หรือความรู้ไม่ครอบคลุม ร้อยละ 29.0 ปฏิเสธการเป็นโรคร้อยละ 27.0 และแพทย์ให้ข้อมูลไม่เพียงพอ ร้อยละ 25.0

3.4.3 อุปสรรคด้านความไม่เข้าใจเรื่องการควบคุมอาหาร หรือความสัมพันธ์ระหว่างอาหารกับโรค ได้แก่ ไม่ได้รับสุขศึกษารวมทั้งขาดการปรึกษาตามนัดร้อยละ 59.0 ได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง หรือวิธีการสุขศึกษาไม่มีคุณภาพร้อยละ 19.0 วิธีการสุขศึกษาที่จัดให้ผู้ป่วยยากต่อการเรียนรู้ ร้อยละ 11.0

3.4.4 อุปสรรคด้านความสามารถของผู้ป่วย ได้แก่ ขาดการนับถือตนเอง หรือขาดพลังอำนาจร้อยละ 39.0 ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ร้อยละ 32.0 ขาดการสนับสุนน หรือสะท้อนกลับ (feedback) ร้อยละ 15.0 และมีปัญหาด้านจิตใจร้อยละ 13.0

3.4.5 อุปสรรคกับการได้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจากแหล่งอื่น ได้แก่ การได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจากครอบครัวร้อยละ 79.0 จากสื่อ (หนังสือ นิตยสาร โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต) ร้อยละ 32.0 เพื่อน หรือผู้ป่วยโรคเบาหวานคอยละจากร้านขายผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ร้อยละ 15.0 และจากบุคลากรทางสาธารณสุขอื่น ๆ ร้อยละ 13.0

#### 4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (Self-care behavior's)

กองสุขศึกษา (2542) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงาน และชุมชน โดยรวมถึงความคิด การตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค (รวมทั้งการเฝ้าระวัง) และการปฏิบัติตนหลังรับบริการ

เพนเดอร์ (Pender, 1987) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่ม และกระทำในแนวทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิตส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ดูแลตนเองจะต้องมีแบบแผนเป้าหมาย ขั้นตอนตลอดจนความต่อเนื่องกัน และเมื่อใดที่ได้กระทำอย่างถูกต้องครบถ้วน จะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น

โอ เร็ม (Orem, 1985) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดการที่บุคคลจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมนั้น ต้องริเริ่ม และปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้ คือ มีความรู้ความชำนาญ และความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง มีแรงจูงใจที่จะกระทำ และมีความพยายามอย่างต่อเนื่องจนได้รับผลสำเร็จ ให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพดีรับรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง สามารถลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ให้กระทำกิจกรรม อย่างสม่ำเสมอโดยมีข้อบกพร่อง หรือการล้มเหลวที่น้อยจนบรรลุผลสำเร็จตามต้องการ มีกำลังใจ และความตั้งใจสูง ตั้งแต่เริ่มปฏิบัติจนสิ้นสุด

**4.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care Behavior)** หมายถึง การกระทำ หรือการปฏิบัติของบุคคลเพื่อช่วยเหลือตนเอง หรือครอบครัวทั้งในยามปกติ และในยามเจ็บป่วยตามขีดความสามารถที่จะช่วยตนเองได้ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การปฏิบัติตนรักษาตนเองเมื่อยามเจ็บป่วย รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ จากบุคคลที่ได้รับ และที่เลือกสรรแล้วมาปฏิบัติ หรือแนะนำผู้อื่นต่อไปอีกด้วย ดังนั้นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเอง หรือครอบครัว หรือกลุ่มบุคคลปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี และสามารถดำรงชีวิตได้ตามอัตรภาพอย่างเป็นสุข

**4.4.1 องค์ประกอบของการเรียนรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพ** (เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2561) ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1) **พฤติกรรมด้านความรู้ หรือพุทธิปัญญา (Cognitive domain)** หมายถึง สิ่ง que แสดงให้รู้ว่าบุคคลนั้นรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคต่าง ๆ อย่างไร พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ การจำ ข้อเท็จจริง การพัฒนาความสามารถ ทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจ เช่น การบอกถึงหลักสุขบัญญัติ 10 ประการ อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรค เป็นต้น ซึ่งความรู้นี้ประกอบเป็นขั้น ๆ เริ่มจากการเรียนรู้ระดับง่าย ๆ ก่อน ดังนี้

- 1.1) ชั้นความรู้-ความจำ (Knowledge)
- 1.2) ชั้นความเข้าใจ (Comprehension)
- 1.3) ชั้นนำไปใช้ (Application)
- 1.4) ชั้นการวิเคราะห์ (Analysis)

1.5) ขั้นการสังเคราะห์ (Synthesis)

1.6) ขั้นการประเมินค่า (Evaluation)

## 2) พฤติกรรมด้านเจตคติ ค่านิยม ความรู้สึก หรือความชอบ

(Affective domain) หมายถึง สภาพความพร้อมทางจิตใจของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับการสร้างศรัทธา ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบไม่ชอบ การให้คุณค่าหรือความรู้สึกที่ดีเรื่องสุขภาพมีลำดับขั้นจากง่ายไปยาก 5 ขั้นตอน ขั้นการรับรู้ ขั้นการตอบสนอง ขั้นการสำนึกในคุณค่า ขั้นการรวมตัวของคุณค่า และขั้นยึดมั่นในคุณค่า เช่น ความรู้สึกชอบบริโภคยาชูกำลัง ความรู้สึกไม่ชอบบริโภคผัก เป็นต้น

## 3) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain)

หมายถึง สิ่งที่บุคคลปฏิบัติออกมาเกี่ยวข้องกับการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย การปฏิบัติที่แสดงออก และสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกทางร่างกายที่สังเกตได้ เป็นทักษะที่กระทำเป็นขั้นตอน โดยเริ่มจากการเลียนแบบ การลงมือทำตามระบบ ความถูกต้อง ต่อเนื่อง กระทำจนเป็นวิถีชีวิต อย่างเป็นธรรมชาติ เช่น การเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การพบแพทย์ หรือบุคลากรสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลนั้น มีความแตกต่างกัน เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลด้วย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (กนกพร หมู่พยัคฆ์, วงเดือน บันดี และจิราพร ชีรพัฒนะ, 2539) ได้แบ่งออกเป็น 3 แนวคิด

3.1) แนวคิดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ กนกพร หมู่พยัคฆ์, วงเดือน บันดี และจิราพร ชีรพัฒนะ (2539) ได้แบ่งแนวคิดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 แนวคิด

3.1.1) แนวคิดที่ 1 ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intra individual causal summation) มีรากฐานของแนวคิดมาจาก สมมติฐานเบื้องต้นว่า สาเหตุการเกิดพฤติกรรม หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ ความรู้ เจตคติค่านิยม แรงจูงใจ

3.1.2) แนวคิดที่ 2 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (Extra individual causal assumption) มีรากฐานแนวคิดมาจากสมมติฐานที่ว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เช่น ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และระบบโครงสร้างทางสังคม ระบบการเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา ด้านประชากร และลักษณะทางภูมิศาสตร์ว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์อย่างไร

3.1.3) แนวคิดที่ 3 ปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple causality assumption) มีรากฐานแนวคิดมาจากสมมติฐานที่ว่า พฤติกรรมของคนนั้น เกิดมาจากทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและภายนอกตัวบุคคล

โดยสรุปว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ คือ ความยากง่ายของการเข้าถึงบริการสาธารณสุข การประเมินผลประสิทธิภาพของการบริการสาธารณสุข สุข โลกทัศน์เกี่ยวกับอาการของโรคความรุนแรง และการเสี่ยงต่อการเกิดโรคองค์ประกอบทางสังคม และเครือข่ายทางสังคม ความรู้ และองค์ประกอบด้านประชากร

#### 4.4.2 การประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีของโอเรม (Orem, 1985)

ในการศึกษาครั้งนี้ นำแนวคิดทฤษฎีของโอเรม (Orem, 1985) มาประยุกต์ใช้ในการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในช่วงการระบาดโรคโควิด 19 โดยองค์ประกอบมีดังนี้ โดยแนวความคิดของโอเรมในเรื่องการดูแลตนเอง (self-care) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมโดยบุคคล ซึ่งริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก การดูแลตนเองเป็นการกระทำของบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่ และกำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ โดยบุคคลมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองตามสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นของตนเอง บุคคลที่กระทำการดูแลเป็นผู้มีความสามารถในการกระทำตามความต้องการ โดยใช้ความสามารถ หรือพลังในการกระทำที่จงใจ (Deliberate action) เพื่อควบคุมปัจจัยที่กระทบต่อหน้าที่ และพัฒนาการของบุคคลเป็นกระบวนการกระทำด้วยความตั้งใจ และเจตนาที่จะให้บรรลุผล หรือเป้าหมายตามที่ต้องการ (พร้อมจิตร์ ห่อนบุญheim, 2553) ประกอบด้วย 2 ระยะที่สัมพันธ์กัน คือ

1) ระยะที่ 1 ระยะการพิจารณาและตัดสินใจ (Investigative and Estimative Phase) เป็นระยะที่บุคคลมีการแสวงหาข้อมูลที่เป็นความรู้เป็นระยะการวินิจฉัยวิเคราะห์เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสถานการณ์สิ่งแวดล้อม พิจารณาผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และตัดสินใจว่าจะปฏิบัติหรือไม่ บุคคลจะสามารถปฏิบัติดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นบุคคลจะต้องหาความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสะท้อนความคิด ความเข้าใจในสถานการณ์ และพิจารณาว่าการปฏิบัติที่เหมาะสมกับสถานการณ์หรือไม่ อย่างไร มีทางเลือกอะไรบ้าง ผลที่ได้รับแต่ละทางเลือกเป็นอย่างไรแล้วจึงตัดสินใจที่จะเลือกปฏิบัติ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ และสถานการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้

ความหมายของสิ่งที่พบเห็น ความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องปฏิบัติจึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจปฏิบัติได้

2) ระยะที่ 2 ระยะการปฏิบัติและประเมินผลของการปฏิบัติ (Action and Production Phase) เป็นระยะที่บุคคลดำเนินการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยมีการตั้งเป้าหมายของการกระทำก่อน โดยเป้าหมายจะช่วยกำหนดทางเลือกกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรม จากนั้นลงมือปฏิบัติจนสิ้นสุด และประเมินผลการปฏิบัติว่าบรรลุเป้าหมาย หรือไม่ (Orem, 1985) บุคคลจะเรียนรู้การกระทำ และผลของการกระทำทั้งต่อตนเอง และสิ่งแวดล้อม หรือสนองตอบความต้องการโดยการควบคุมปัจจัยที่อาจจะส่งเสริม หรือขัดขวางหน้าที่ และพัฒนาการของตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ความผาสุก และการมีชีวิตอยู่ต่อไป ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นดังกล่าวประกอบด้วย

2.1) ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites)

2.2) ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (Developmental self-care requisites)

2.3) ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) (Taylor, 2001)

**4.4.3 ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites)** เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนที่เป็นไปตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่น ๆ เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการคงไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่และความผาสุกของบุคคลทั่ว ๆ ไปเป็นการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล ความต้องการนี้มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลทั้งด้านคุณภาพ และปริมาณ ซึ่งเป็นไปตามความแตกต่างของอายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม และแหล่งประโยชน์ กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

1) การคงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ เพื่อให้การทำหน้าที่ของร่างกายเป็นปกติโดยปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงตามปัจจัยภายในและภายนอกที่ส่งผลต่อความต้องการ มีการรักษาไว้ซึ่งความคงทนของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการได้รับอาหาร น้ำ และอากาศรวมทั้งการหาความพึงพอใจกับการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหารโดยไม่กระทบต่อสุขภาพ หรือไม่ทำให้เกิดโทษ

2) การจัดการเกี่ยวกับกระบวนการช้บถ่าย และการระบายของเสีย ให้เป็นไปตามปกติโดยจัดการเกี่ยวกับกระบวนการช้บถ่าย มีการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ

3) การการรักษาความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรม และการพักผ่อน ได้แก่ การเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหว มีการตอบสนองทางอารมณ์ สติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ อย่างเหมาะสม รวมถึงมีการรับรู้ และสนใจความต้องการการพักผ่อน มีการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการทำกิจกรรมของตนเอง โดยใช้ความสามารถ ความสนใจ มีค่านิยมของตนเอง ร่วมกับบรรทัดฐานตามขนบธรรมเนียมประเพณีของสิ่งแวดล้อม

4) การรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่อย่างสันโดษ กับการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เป็นการคงไว้ซึ่งคุณภาพ และความสมดุลที่จำเป็น สำหรับพัฒนาความเป็นตัวของตัวเองเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเอง และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น รู้จักการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันมีการสร้างสถานการณ์ ทางสังคมที่ใกล้ชิด และอบอุ่นเป็นมิตร รวมทั้งการปฏิบัติตนเป็นสมาชิกในกลุ่มเพื่อดำรงไว้ ซึ่งการปรับตัวและพัฒนาการ

5) การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่ และสวัสดิภาวะของตน โดยการตระหนักและรับรู้ถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น และปฏิบัติกิจกรรม ควบคุม จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย มีการหลีกเลี่ยง หรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ หรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และสวัสดิภาพ

6) การส่งเสริมการทำหน้าที่และมีพัฒนาการภายใต้ระบบสังคม ตามศักยภาพของตนเองรับรู้ความจำกัดของตนเอง และส่งเสริมให้มีความต้องการ และอยู่อย่างปกติ (Promotion of normalcy) โดยการพัฒนาและคงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริง ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อคงไว้ และส่งเสริมความสมบูรณ์ของโครงสร้าง และหน้าที่ของบุคคล รวมทั้งมีการตระหนักถึงความเป็ยเบนไปจากโครงสร้างและการทำหน้าที่

#### 4.4.4. ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ

(Developmental self-care requisites) เป็น ความ ต้องการ การดูแลตนเอง ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรรค์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่ช่วงวัยต่าง ๆ ของชีวิต และความต้องการการดูแลตนเองตามสถานการณ์

ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น การสูญเสียคู่ชีวิตหรือบิดามารดา เป็นต้น ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการประกอบด้วย

1) พัฒนาและการคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการ ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะตามระยะพัฒนาการเป็นความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นและการดูแลที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละระยะของพัฒนาการ

2) เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเงื่อนไข และ/หรือเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละช่วงชีวิตซึ่งบุคคลต้องดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียของเงื่อนไขหรือเหตุการณ์ที่มีผลต่อพัฒนาการความต้องการการดูแลตนเองจากสิ่งที่จะเป็นอันตรายต่อมนุษย์ประกอบด้วย การป้องกันบรรเทา หรือการเอาชนะสิ่งที่จะเป็นอันตรายที่เกิดจากเหตุการณ์ต่อไป นี้ ได้แก่ การขาดความรู้ ปัญหาการปรับตัวในสังคม การสูญเสียของรัก การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมกะทันหัน ปัญหาสถานการณ์ทางสังคมปัญหาภาวะทางสุขภาพ และจิตใจ การดำรงชีวิตที่ถูกกดดัน การเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายและความตาย เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตและแปรเปลี่ยนไปตามระยะพัฒนาการ ซึ่งแต่ละบุคคลจะเผชิญในสิ่งที่แตกต่างกันตามแต่ละช่วงเวลา ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล โดยบุคคลแต่ละคนมีการพัฒนาในลักษณะของการแยกจากเป็นปัจเจกบุคคลในสังคมสถานการณ์ และแหล่งประโยชน์ที่ส่งเสริมพัฒนาการตามปกติที่แตกต่างไปตามลักษณะโดยรวมของครอบครัว ชุมชน และสังคม แต่ละบุคคลผ่านประสบการณ์ชีวิตของตนเองที่มีปัจจัยภายใน และภายนอกซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อพัฒนาการได้ แต่ละบุคคลเมื่ออยู่ในระยะพัฒนาการหนึ่งจะเป็นบุคคลที่มีการพัฒนา และก้าวไปสู่การมีวุฒิภาวะสำหรับระยะพัฒนาการอื่น ๆ ของชีวิต เช่น ทารกในครรภ์ ทารก และเด็ก ความต้องการด้านพัฒนาการสามารถตอบสนองได้โดยอาศัยผู้ดูแล พ่อแม่ หรือบุคคลอื่นในสถานการณ์ของการปฏิบัติมีการกำหนดชุดของความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการขึ้น 3 ชุด ดังนี้ (Taylor, 2001; พร่อมจิตร ห่อนบุญเหิม, 2553)

3) การจัดการสถานการณ์ที่ส่งเสริมพัฒนาการ (Provision of Conditions that promote Development) ความต้องการนี้สนองตอบโดยความสามารถในการดูแลบุคคลอื่นที่อยู่ในความรับผิดชอบ (Dependent-Care Agent) ในระยะเริ่มแรกของวงจรชีวิต หรือเด็ก และผู้ใหญ่ที่ได้รับอุปถัมภ์ เจ็บป่วยร้ายแรง หรืออยู่ในสถานการณ์กลัว วิดกกังวล ซึ่งบุคคลที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ (ผู้ทำงานหน่วยกู้ภัย สมาชิกในครอบครัว พยาบาล) อาจต้องจัดสถานการณ์ดังต่อไปนี้

3.1) จัดหาและคงไว้ซึ่งแร่ธาตุที่เพียงพอ ได้แก่ น้ำ อาหาร และสถานการณ์ที่จำเป็นต่อพัฒนาการด้านร่างกายของบุคคลในแต่ละพัฒนาการ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเป็นพลวัต

3.2) จัดหาและคงไว้ซึ่งปัจจัยทางด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อม และสังคมที่มั่นคงใจได้ว่าจะมีความสุขความปลอดภัย ความรู้สึกของการมีชีวิตใกล้เคียงผู้อื่น และความรู้สึกของการได้รับการดูแล

3.3) จัดหาและคงไว้ซึ่งสถานการณ์ที่ป้องกันทั้งการขาดสิ่งกระตุ้นความรู้สึก และการได้รับสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไป

3.4) จัดหาและคงไว้ซึ่งสถานการณ์ที่ส่งเสริม และมีการดำเนินการพัฒนาการด้านสติปัญญาและอารมณ์

3.5) จัดสถานการณ์ และประสบการณ์ที่เอื้ออำนวยให้พัฒนาทักษะในระยะเริ่มต้น และขั้นที่ก้าวหน้าซึ่งจำเป็นต่อการมีชีวิตในสังคมรวมถึงทักษะทางสติปัญญา การปฏิบัติ การมีปฏิสัมพันธ์ และด้านสังคม

3.6) จัดสถานการณ์ และประสบการณ์ที่กระตุ้นให้ตระหนักถึงความเป็นตัวเอง และการมีชีวิตอยู่ในฐานะบุคคลที่อยู่ในครอบครัวและชุมชน

3.7) ควบคุมสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ชีวภาพ และสังคม เพื่อป้องกันการเกิดความกลัว ความโกรธ และความวิตกกังวลการเข้าสู่พัฒนาการของตนเอง (Engagement in Self-Development) เป็นความตั้งใจของตนเองในการเข้าสู่กระบวนการของพัฒนาการ ได้แก่

3.7.1) การแสวงหาเพื่อทำความเข้าใจ และสร้างนิสัยของการคิด และการไตร่ตรอง เพื่อพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้ถึงตัวเราของบุคคลอื่น การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และการมีทัศนคติต่อผู้อื่น

3.7.2) การแสวงหาการยอมรับความรู้สึก และอารมณ์ ในฐานะของผู้นำหลังการสะท้อนกลับไปผู้อื่นเพื่อเข้าใจเกี่ยวกับตนเองเกี่ยวกับสัมพันธภาพที่มีต่อผู้อื่นต่อวัตถุ หรือต่อสถานการณ์ของชีวิต

3.7.3) การใช้ความสามารถพิเศษ และความสนใจในการเตรียมพร้อมการคงไว้ และการสนับสนุนเพื่อเข้าสู่การทำงานในสังคม

3.7.4) มีการกำหนดเป้าหมาย และคุณค่า ในสถานการณ์ที่ต้องการให้บุคคลเข้าไปมีบทบาท

3.7.5) มีการกระทำที่เป็นความรับผิดชอบในชีวิต โดยทำตามบทบาทของคน ๆ หนึ่ง หรือหลาย ๆ บทบาท และตามอุดมคติของตนเอง ที่พัฒนาแล้วหรือกำลังพัฒนา

3.7.6) การแสวงหาเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับคุณค่าของอารมณ์ทางบวกในการพัฒนาคุณลักษณะของอารมณ์ที่มั่นคงจนเกิดเป็นนิสัยที่เรียกว่า คุณธรรม อารมณ์ทางบวก และสิ่งกระตุ้นการกระทำทางบวก หมายถึง ความต้องการที่จะรู้ ความรักต่อเพื่อนมนุษย์ การรักสิ่งสวยงาม การมีความสุขกับการสร้าง และการกระทำ

3.7.7) การแสวงหาเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์และการกระทำในทางลบที่เกิดขึ้นเมื่อการปฏิบัติไม่เป็นไปตามเป้าหมายในชีวิต และอุดมคติของบุคคล อารมณ์ทางลบรวมถึง การมีความผิดและความรู้สึกผิด และความรู้สึกขัดแย้ง โดยไม่รู้ตัว

3.7.8) การส่งเสริมสุขภาพจิตในทางบวกโดยผ่านความพยายามตั้งใจ ได้แก่ การทำหน้าที่ภายในกรอบที่ถูกต้อง การทำหน้าที่เพื่อจัดการและคงไว้ซึ่งแบบแผน การดำเนินชีวิต การทำหน้าที่อย่างมั่นคง และมีตระหนักในตนเอง การทำหน้าที่ในฐานะบุคคลหนึ่งในสังคม รวมทั้งการทำหน้าที่พร้อม ๆ กับการเพิ่มความเข้าใจในความเป็นมนุษย์สิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ (Interferences with Development) ในตลอดช่วงชีวิตของบุคคล บุคคลมีความต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ และสถานการณ์ ตลอดจนปัญหาที่ส่งผลในทางลบต่อพัฒนาการของตนในแต่ละระยะพัฒนาการของวงจรชีวิต ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการเป็นความต้องการที่แสดงถึงเป้าหมาย 3 ข้อ คือ (1) จัดสถานการณ์ และส่งเสริมพฤติกรรมที่จะป้องกันสิ่งที่ส่งผลเสียต่อพัฒนาการ (2) จัดสถานการณ์ และประสบการณ์เพื่อย้ายหรือจัดการกับผลเสียที่จะมีต่อพัฒนาการสถานการณ์ และปัญหาที่มีผลต่อพัฒนาการ ได้แก่ การด้อยการศึกษา มีปัญหาในการปรับตัวเข้าสังคม ความล้มเหลวของการทำให้ตนมีสุขภาพดี สูญเสียญาติ เพื่อน และความสัมพันธ์ต่าง ๆ สูญเสียทรัพย์สินสมบัติ สูญเสียหน้าที่การงานที่มั่นคง มีการเปลี่ยนที่อยู่อย่างทันทีทันใดไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย มีปัญหาเกี่ยวกับสถานภาพ สุขภาพไม่ดี หรือด้อยสมรรถภาพอยู่ในสถานการณ์ชีวิตที่ยากลำบาก เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย และกำลังจะเสียชีวิต

4.4.5 ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากโครงสร้าง หรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ หรือเกิดความเบี่ยงเบน เช่น

เกิดความเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บมีพยาธิสภาพ ความพิการ ด้อยสมรรถนะ เมื่อภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงจนต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด หรือเกือบทั้งหมด บุคคลจะเปลี่ยนจากการเป็นผู้ดูแลตนเองเป็นผู้รับการดูแล เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตและความผาสุก สถานการณ์ที่ภาวะสุขภาพเป็ยงเบนทำให้เกิดความต้องการเพื่อตัดสินใจว่าจะทำอย่างไรเพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะปกติในสังคมยุคใหม่ สถานการณ์นี้

#### 4.4.6 ต้องการการวินิจฉัย และการรักษาทางการแพทย์

การแสวงหา และการมีส่วนร่วมในการดูแลทางการแพทย์ในภาวะสุขภาพเป็ยงเบน ถือเป็นพฤติกรรมดูแลตนเองภาวะสุขภาพที่เป็ยงเบนไปอาจทำให้เกิดความรู้สึกของการเจ็บป่วย หรือความรู้สึกว่าไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสภาพของการทำหน้าที่อย่างปกติได้ ความรู้สึกเหล่านี้มีอิทธิพลต่อบุคคลว่าจะเลือกทำอะไร กระบวนการของโรคอาจดำเนินไปด้วยกันกับการทำหน้าที่ของบุคคล ภาวะสุขภาพที่เป็ยงเบนเป็นสถานการณ์ที่ดำเนินอยู่ตลอดเวลาทำให้ต้องพิจารณาถึงชนิดของการดูแลที่บุคคลต้องการ เมื่อประสบกับการมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ และการมีชีวิตต่อไปรวมกับการดำเนินของความผิดปกติโรคหรือการบาดเจ็บไม่ได้มีผลกระทบเฉพาะโครงสร้าง และกลไกทางกายหรือทางจิตเท่านั้นยังรวมถึงการทำหน้าที่ที่สมบูรณ์ของบุคคลด้วย เมื่อความสมบูรณ์ของการทำหน้าที่ถูกกระทบอย่างรุนแรง ความสามารถที่พัฒนาแล้วหรือกำลังพัฒนาจะมีการเสื่อมลงทั้งแบบชั่วคราว หรือถาวรสถานการณ์ที่จำกัดการเคลื่อนไหวทางกายที่มีความรุนแรงอาจส่งผลกระทบต่อความสมบูรณ์ของการทำหน้าที่ของบุคคลน้อยกว่าผลต่อความผิดปกติทางอารมณ์ และจิตใจ ความต้องการการดูแลตนเองนอกจากจะเกิดจากรโรค การบาดเจ็บ การเสียโครงสร้าง และการด้อยความสามารถแล้วยังเกิดจากวิธีการรักษาของแพทย์ หรือการปฏิบัติต่าง ๆ โดยแพทย์ เช่น การผ่าตัดเอาอวัยวะออก หรือการปรับพฤติกรรม เช่น การควบคุมการได้รับน้ำ ความปวด ความไม่สุขสบาย และความคับข้องใจที่เป็นผลจากการดูแลรักษา ซึ่งทำให้บุคคลมีความต้องการการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาผลเหล่านี้ วิธีการดูแลบางอย่างทำให้เกิดอันตรายต่อบุคคลได้ เช่น ผลจากยา หรือความเสี่ยงจากการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความต้องการการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเป็ยงเบนทางด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

1) การแสวงหา และคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือที่เหมาะสม เช่น จากทีมสุขภาพ

2) การรับรู้ ความสนใจต่อโรค รวมถึงผลกระทบของโรค ต่อพัฒนาการของตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือมีปัญหาสุขภาพ บุคคลต้องมีการรับรู้

ต่อเหตุการณ์ภายในตนเอง และสนใจเอาใจใส่ผลที่เกิดจากพยาธิสภาพรวมทั้งผลกระทบใด ๆ ที่มีผลต่อพัฒนาการของตน

3) การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัยรักษาฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อมีปัญหาสุขภาพจากสาเหตุต่าง ๆ บุคคลจะได้รับการดูแลช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมการช่วยเหลือต่าง ๆ ต้องการความร่วมมือของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย

4) การรับรู้และสนใจในการป้องกันความไม่สุขสบาย การแผ่ระว่างผลข้างเคียงของการรักษา หรือจากโรค

5) การปรับภาพลักษณ์ และมโนทัศน์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง และความต้องการการดูแลสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง ผลจากภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพอาจทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในภายนอกซึ่งขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของบุคคล อย่างไรก็ตามบุคคลมีความต้องการคงไว้ซึ่งมโนทัศน์ต่อตนเองในทางบวก และยอมรับสภาพของตน รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาบุคคลอื่น การพัฒนา และคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

6) การยอมรับภาวะสุขภาพ และการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิต ตามสภาพที่เกิดขึ้น รวมทั้งการรักษาแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง ให้ดีที่สุดในความสามารถที่เหลืออยู่ผลของการสนองตอบการดูแลตนเองที่จำเป็น (Outcome of Meeting Self-care Requisites) หากบุคคลมีการตอบสนองการดูแลตนเอง ที่จำเป็นทั้ง 3 อย่าง ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคลจะทำให้สามารถบรรลุเป้าหมาย ดังนี้

6.1) การรอดชีวิต

6.2) คงไว้ซึ่งความปกติของโครงสร้าง และหน้าที่ของบุคคล

6.3) ได้รับการสนับสนุนในเรื่องพัฒนาการตามความสามารถ

ของบุคคล

6.4) ป้องกันการบาดเจ็บ และพยาธิสภาพ

6.5) มีส่วนส่งเสริมการรักษา มีการปรับหรือควบคุมผลจากการบาดเจ็บและจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น

6.6) ส่งเสริมสวัสดิภาพความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องกระทำเพื่อสนองตอบความดูแลตนเองที่จำเป็น เป็นความต้องการที่เฉพาะ

เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ สวัสดิภาพ และความคงทนของโครงสร้าง และหน้าที่ของมนุษย์ หรือกล่าวได้ว่าเป็นชุดของกิจกรรม หรือการดูแลที่มีความจำเป็นซึ่งเกิดขึ้น ณ เวลาใด เวลาหนึ่ง ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) ปัจจัยพื้นฐานเป็นปัจจัยเฉพาะ ที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ของบุคคล ตามกรอบแนวคิดของโอเร็มปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของบุคคล ประกอบด้วย 10 ปัจจัย ดังนี้ (พร้อมจิตร หอนบุญเทิม, 2553)

6.1.1) อายุ (Age)

6.1.2) เพศ (Gender)

6.1.3) ระยะเวลาการ (Developmental State)

6.1.4) ภาวะสุขภาพ (Health State)

6.1.5) สังคมวัฒนธรรม (Sociocultural Orientation)

6.1.6) ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ (Health Care

System Factors, forexample; Medical Diagnostic and Treatment Modalities)

6.1.7) ระบบครอบครัว (Family System Factor)

6.1.8) แบบแผนการดำเนินชีวิต (Pattern of Living, including Activities Regularly Engaged in )

6.1.9) สิ่งแวดล้อม (Environmental Factors)

6.1.10) แหล่งประโยชน์ (Resource Availability and Adequacy)

ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิตสรุปในการศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้ด้านพฤติกรรมดูแลตนเองทั่วไป ประกอบด้วยพฤติกรรมสวมหน้ากากอนามัย พฤติกรรมการล้างมือและการเว้นระยะห่างทางสังคม

## ส่วนที่ 7 งานวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ

### 1. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในด้านความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโควิด 19 ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Palmer, et al. (2020) ได้ศึกษาผลกระทบระยะยาวที่อาจเกิดขึ้นจากการระบาดของโควิด 19 ต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในยุโรป การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาในการเข้าถึงยา และรับการรักษาพยาบาลตามปกติในช่วงที่มีการระบาดใหญ่ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการให้บริการด้านสุขภาพ

ที่เหมาะสม และกลยุทธ์ในการรักษาบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นในระหว่างเหตุฉุกเฉิน และอื่น ๆ นอกจากนี้เรายังโต้แย้งถึงความจำเป็นในการจัดลำดับความสำคัญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังที่ไม่ติดต่อในศูนย์กลางของแผนรับมือเหตุฉุกเฉินและนโยบายของบังกลาเทศ

Catherine Pécout (2021) ได้ศึกษาผลกระทบของการระบาดของโควิด 19 ต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในยุโรปและในสหรัฐอเมริกา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลกระทบของโควิด 19 ต่อการล็อกดาวน์ที่ส่งผลในด้านต่าง ๆ ของชีวิตผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติตามการรักษาและการเข้าถึงยา การสื่อสาร และการให้คำปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ การพัฒนาพฤติกรรมใหม่ ผลกระทบต่อสถานการณ์การทำงาน ผลกระทบสุขภาพจิต และเพื่อประเมินความคาดหวังของผู้ป่วยต่อข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโควิด 19 (ข้อที่กังวลที่มีคนปรึกษามากที่สุด และแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ ความต้องการข้อมูลและบริการเพิ่มเติม) จากการศึกษาภาวะทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการปรับตัวให้เข้ากับชีวิตประจำวันตลอดจนการบรรยายแหล่งที่มาของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโควิด 19 และความต้องการข้อมูล และการสนับสนุนเฉพาะในช่วงการระบาดใหญ่ พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยรายงานอาการป่วยของพวกเขาแย่ลง และร้อยละ 17 ได้พัฒนาโรคใหม่ นอกจากนี้ ร้อยละ 26 ของผู้ตอบแบบสอบถามรายงานผลกระทบของการระบาดใหญ่ ยังพบว่า การรับการรักษาปกติในระยะยาวของผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยวมาก และร้อยละ 54 รายงานผลกระทบที่รุนแรงของโควิด 19 การระบาดใหญ่ในระดับความเครียด และสภาพจิตใจ โดยเปรียบเทียบระหว่างสหรัฐอเมริกาสูงกว่าในยุโรป และพบว่า ร้อยละ 59 ของผู้ตอบแบบสอบถามต้องการได้รับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางการแพทย์ในช่วงการระบาดใหญ่ ส่วนใหญ่มาจาก โทรทัศน์ และในบริบทของผู้ให้ข้อมูลอยู่ที่แพทย์เป็นที่บุคคลที่น่าเชื่อถือที่สุดและการศึกษาค้นคว้าได้อธิบายถึงสาระสำคัญในผลกระทบของการระบาดของโควิด 19 ต่อผู้ป่วย NCDs โดยจำแนกผลกระทบไว้ดังนี้ คือ (1) ผลกระทบของการระบาดของโควิด 19 ต่อสภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (2) ผลกระทบของการระบาดของโควิด 19 ต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (3) ผลกระทบของการระบาดของโควิด 19 ต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (4) ผลกระทบของการระบาดของโควิด 19 ต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ การเข้าถึงและความต้องการข้อมูลเฉพาะโรค และผลกระทบของโรคระบาดและความต้องการของผู้ป่วย

Devi, et al. (2021) ได้ศึกษาในเรื่อง ผลกระทบของโควิด 19 ต่อการดูแลของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในประเทศที่มีรายได้ต่ำ และปานกลาง โดยศึกษาข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับผลกระทบของโควิด 19 และมาตรการควบคุมที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจากประเทศที่มีรายได้ต่ำ และปานกลางที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน และสุขภาพจิต โดยใช้แบบสำรวจออนไลน์ในช่วง COVID-19 ระบาด จากการศึกษพบว่าความกังวลที่พบบ่อยที่สุดสำหรับกลุ่มตัวอย่าง 1,487 ราย ที่เข้าร่วมคือการติดเชื้อโควิด 19 เมื่อพวกเขาเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ในบรรดาผู้ติดเชื้อโควิด 19 ครั้งหนึ่งกล่าวว่า สุขภาพของพวกเขาแยกลงตั้งแต่ติดเชื้อโดยรวมแล้ว คนส่วนใหญ่รายงานว่าความรู้สึกเครียด และความเหงาเพิ่มขึ้น การระบาดใหญ่ของโควิด 19 ได้นำไปสู่ผลกระทบด้านการดูแลสุขภาพที่หลากหลายต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ รวมถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงการดูแล และผลกระทบด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสุขภาพจิต

Bojola, et al. (2022) ได้ทำการวิเคราะห์ความรู้อหุลายมิติ ของโควิด 19 จากการศึกษพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโควิด 19 เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ได้ อีกทั้งในการศึกษายังพบอีกว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05$ ) และจากการศึกษาได้ค้นพบช่องว่างที่สำคัญระหว่างความรู้ และแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด 19 ในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา การมีส่วนร่วมในระดับชุมชน และการปรับปรุงความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโควิด 19 ควรมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ อย่างเร่งด่วนสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน

## 2. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในด้านความเครียดของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19

มะลิสา งามศรี และคณะ (2564) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความชุกของความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินความเข้มแข็งทางจิตใจ แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย แบบประเมินความเครียดสวนปรง (SPST-20) จากการศึกษพบว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่ผ่านมามีมาตรการล็อกดาวน์ และเพิ่มความเข้มงวดในการควบคุมโรคทำให้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต และภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะความวิตกกังวล และความเครียดที่มากจากการเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรคโควิด 19

ซึ่งถ้าเกิดความเครียดสะสมเป็นระยะเวลานาน และไม่ได้รับการเสริมสร้างการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าในสถานการณ์ปกติที่ไม่มีการระบาดของโรคโควิด 19

ศศิพิมล แสงจันทร์ และเกศกมล สุขเกษม (2565) จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของประชากรเขตกรุงเทพมหานครในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 โดยพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดจำแนกเป็นปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัย (1) ด้านสถานการณ์โรคระบาดโควิด 19 (2) ด้านปัจจัยเกี่ยวกับตัวบุคคล (3) ด้านปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม และจากการศึกษาพบว่า เมื่อพิจารณารายด้านของปัจจัยด้านสถานการณ์โรคระบาดโควิด 19 ที่ก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุด คือ ด้านความวิตกกังวลที่จะติดเชื้อโควิด 19 รองลงมาคือ ด้านความมั่นคงของการจ้างงาน ความวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เมื่อติดเชื้อโควิด 19 และความวิตกกังวลอาการที่ตามมาหลังการหายป่วยจากโรคโควิด 19 และจากการศึกษาได้พบว่าอีกว่า ด้านปัจจัยเกี่ยวกับตัวบุคคล เมื่อพิจารณารายด้านของปัจจัยเกี่ยวกับส่วนบุคคล ที่ก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุด คือ การประสบกับปัญหาสุขภาพของประชากร ปัญหาครอบครัว และปัญหาการมีรายได้น้อยกว่า รายจ่ายทำให้ไม่มีเงินออม และจากการศึกษาได้พบว่า ด้านปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมเมื่อพิจารณาปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรายด้านที่ก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุดคือปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เช่น ภาวะเงินเฟ้อสินค้ามีแนวโน้มราคาสูงขึ้น รองลงมาคือปัญหาด้านสังคม ปัญหาด้านอาชญากรรม และปัญหาด้านการจราจรติดขัด

Hawash, et al. (2021) ได้ศึกษาความเครียดจากโรคโควิด 19 ด้วยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในราชอาณาจักรซาอุดีอาระเบีย โดยมีอาสาสมัครรวม 878 คน ซึ่งเป็นผู้อยู่อาศัยในซาอุดีอาระเบียที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จากการศึกษาพบว่า มีระดับความเครียดจากโควิด 19 ในระดับปานกลางและพบว่าคุณภาพชีวิตทุกมิติมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคะแนนความเครียดทั้งหมด

### 3. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19

มินตรา สารรักษ์, ลีติรัช งานฉมัง และนันทยา กระสวยทอง (2563) พบว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนลงพุง และผลการศึกษาพบว่า ภาวะสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

( $p = 0.020$ ) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และจากการประเมินภาวะสุขภาพจิตด้วยแบบคัดกรองสุขภาพจิต (GHQ-28) ของกรมสุขภาพจิต ก็พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งอาจแสดงให้เห็นว่าการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้น จะส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีด้วย

Zhang and Ma (2020) ได้ศึกษาเพื่อตรวจสอบผลกระทบทันทีของการระบาดใหญ่ของโควิด 19 ต่อสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของคนจีนในท้องถิ่นอายุ 18 ปี ในจังหวัดเหอหลินยวหนิงประเทศจีน โดยใช้แบบสำรวจ Impact of Event Scale (IES) ตัวชี้วัดผลกระทบด้านสุขภาพจิตเชิงลบ การสนับสนุนทางสังคม และครอบครัว และการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต มีผู้เข้าร่วมทั้งหมด 263 คน (ชาย 106 คน หญิง 157 คน) จากการศึกษาพบว่า อายุเฉลี่ยของผู้เข้าร่วม คือ  $37.7 \pm 14.0$  ปี และร้อยละ 74.9 เป็นผู้มีการศึกษา และพบว่าคะแนนเฉลี่ย IES ในผู้เข้าร่วมคือ  $13.6 \pm 7.7$  ซึ่งสะท้อนถึงความเครียดเล็กน้อย และพบว่า มีผู้เข้าร่วมเพียง ร้อยละ 7.6 เท่านั้นที่มีคะแนน IES 26 ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.3) ไม่รู้สึกหมดหนทางเนื่องจากโรคระบาด และในทางกลับกัน ของผู้เข้าร่วมรู้สึกหวาดกลัว และหวั่นไหวเพราะโรคระบาด (ร้อยละ 52.1) นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.8-77.9) ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกความหวังในครอบครัว สมาชิก และอื่น ๆ มากขึ้น โดยสรุป การระบาดของโควิด 19 มีความเกี่ยวข้องกับความเครียดเล็กน้อยต่อผลกระทบในกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

Al Dhaheri, et al. (2021) ได้ศึกษาผลกระทบของโควิด 19 ต่อสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตใน ภูมิภาคตะวันออกกลาง และแอฟริกาเหนือ (MENA) ได้ประเมินผลกระทบของการระบาดใหญ่ ต่อสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของประชาชนทั่วไปในภูมิภาคตะวันออกกลาง และแอฟริกาเหนือ (MENA) พบว่าการระบาดใหญ่ของโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับผลกระทบทางจิตใจจำนวนน้อยในผู้ใหญ่ในภูมิภาค MENA อย่างไรก็ตาม การระบาดใหญ่ของโควิด 19 ยังส่งเสริมผลกระทบเชิงบวกบางประการต่อการสนับสนุนจากครอบครัว และความตระหนักรู้ด้านสุขภาพจิต จากการศึกษาพบว่ามีความจำเป็นต้องเพิ่มความตระหนักในแพลตฟอร์มสื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับการคัดกรอง และการให้คำปรึกษาทางด้านจิตใจในช่วงที่มีการระบาดใหญ่ และเน้นความสำคัญของการขอความช่วยเหลือ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกายเพื่อจัดการกับความผิดปกติด้านสุขภาพจิต

#### 4. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในสถานการณ์การระบาดโควิด 19

นงลักษณ์ โตบันลือภาพ และคณะ (2563) พบว่า การรับรู้ และทัศนคติร่วมกัน ทำนายทางบวกในพฤติกรรมการดูแลตนเองในการปฏิบัติตัวตามมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) และพบว่า การรับรู้มาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมทำนายทางบวกต่อระดับคุณภาพชีวิต และทัศนคติต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมทำนายทางลบต่อสุขภาพจิตด้าน ความวิตกกังวล และความเครียด และจากการศึกษาพบว่า การสร้างเสริมการรับรู้ และสร้างทัศนคติที่ดีต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมจะกระตุ้นการปฏิบัติตัวตามมาตรการที่จะช่วยลดโอกาสการติดเชื้อโรคไวรัสโควิด 19 และช่วยเพิ่มระดับคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ยังสามารถลดแนวโน้มของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตเกี่ยวกับความวิตกกังวลและความเครียดได้

วรรณภา มุ่งทวีเกียรติ และคณะ (2564) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคโควิด 19 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุก่อน และหลังได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.05$ ) และจากการศึกษาสรุปได้ว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ซึ่งเป็นเรื่องใหม่จึงมีความสำคัญเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

Wattanapisit, et al. (2022) พบว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเริ่มตระหนักถึงพฤติกรรมดูแลตนเองมากขึ้นในช่วงการระบาดของโควิด-19 แต่ถึงอย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังคงต้องการเข้าถึงบริการทางการแพทย์เพื่อรับการดูแลและการรักษาพยาบาลภายใต้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งการศึกษานี้ แสดงให้เห็นถึงความสามารถของระบบการดูแลสุขภาพในการจัดหาวิธีการสนับสนุน ให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการดูแลความเจ็บป่วยเรื้อรังในรูปแบบต่าง ๆ ได้ทั่วถึง และรวมถึงระบบการดูแลรักษาผ่านช่องทาง telemedicine และ tele pharmacy และยิ่งไปกว่านั้น พวกผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังสามารถยืนยันการนัดหมายด้วยตนเอง หรือเลือกบริการทางไกลได้ และพบว่าผู้ป่วยบางรายมีข้อกังวลเกี่ยวกับด้านอื่น ๆ ของชีวิต เช่น สถานการณ์ทางการเงิน จากการศึกษาได้ข้อสรุปว่า การแพร่ระบาดนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง

รูปแบบการให้บริการด้านการรักษาพยาบาล แม้ว่าผู้ป่วยจะยอมรับวิธีการใหม่ที่ใช้ในการให้บริการ แต่บริการทางไกลไม่สามารถทดแทนบริการแบบตัวต่อตัวได้ในระยะยาว

### 5. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในสถานการณ์การระบาดโควิด 19

ธีระพงษ์ ทศวัฒน์ และปิยะกมล มหิวรรณ (2563) พบว่าการระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทางสังคมของประชาชนโดยภาพรวมดังนั้น การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะทำให้ประชาชนได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19 ให้น้อยที่สุด ซึ่งการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมประกอบด้วย 9 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านสังคม (2) ด้านสาธารณสุข (3) ด้านเศรษฐกิจและสังคม (4) ด้านการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลัก และมาตรการเสริมสำหรับพื้นที่ใช้มาตรการการควบคุมกิจกรรมดำเนินงานเศรษฐกิจ และการดำเนินชีวิต (5) ด้านมาตรการเชิงรุกในการเฝ้าระวังและป้องกันกลุ่มเสี่ยงสำคัญ (6) ด้านการกำกับติดตามมาตรการผ่อนปรน กิจกรรม และกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (7) ด้านมาตรการการป้องกันผลกระทบโรคโควิด 19 (8) ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงาน และ (9) ด้านพฤติกรรมมาตรฐานวิถีชีวิตใหม่ (New Normal)

Samlani, et al. (2020) ได้ศึกษาผลกระทบจากไวรัสโควิด 19 ระบาดกับคุณภาพชีวิต และความเป็นอยู่ที่ดีในโมร็อกโกในช่วง 2 เดือนหลังจากการประกาศกักกันในโมร็อกโกหลังจากการระบาดของโควิด 19 จากการศึกษาพบว่า การระบาดใหญ่ของโควิด 19 มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และสุขภาพของผู้คน และผลกระทบนี้มีจำนวนมากในผู้ที่เป็โรคเรื้อรัง ผลการศึกษาได้ยืนยันว่าจำเป็นต้องใส่ใจกับสุขภาพของผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังเนื่องจากมีแนวโน้มที่จะมีปัญหา ด้านคุณภาพชีวิตในขณะที่เกิดการระบาดของโควิด 19 นี้

Choi, et al. (2021) ได้ศึกษาโควิด 19 และคุณภาพชีวิตในฮ่องกง ซึ่งการระบาดใหญ่ของโควิด 19 และการจัดบริการสุขภาพด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องมีผลกระทบอย่างมากโดยเฉพาะด้านการดำเนินชีวิตในสังคม สุขภาพจิตที่ส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิต และพบว่าปัจจัยความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และพบว่าผลกระทบด้านลบของโควิด 19 ต่อบุคคลนั้นมีหลายปัจจัย ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม นอกเหนือจากการเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเองในการลดการแพร่กระจายเชื้อแล้ว การดำเนินการตามมาตรการด้านสาธารณสุข และสวัสดิการสังคมก็มีความสำคัญ ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบด้านลบของโควิด 19 ต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของประชาชน

Khorani, et al. (2022) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโควิด 19 พบว่า ปัจจัยด้านอายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา การจัดการที่อยู่อาศัย และสถานการณ์ทางเศรษฐกิจ เป็นตัวทำนายที่สำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโควิด 19

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การระบาดของโควิด 19 เป็นภัยคุกคามด้านสาธารณสุข สุขทั่วโลกด้วยจำนวนการติดเชื้อและการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อและเกิดภาวะโรคที่รุนแรง อีกทั้งยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ติดเชื้อโควิด 19 ยังเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และมะเร็ง อีกทั้งยังพบว่า การระบาดของโควิด 19 มีผลกระทบต่อความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ความเครียด สุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อ แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ จากการทบทวนวรรณกรรมจึงนำมาสู่การศึกษาในครั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อจังหวัดเชียงราย

### ส่วนที่ 8 กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบการระบาดของโรคโควิด 19 ต่อความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของการวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขตามกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดย ตัวแปรต้น ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้ ความเครียด และสุขภาพจิต ปัจจัยเอื้อประกอบด้วย สถานะสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ปัจจัยเสริมประกอบด้วย ผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ ส่วนตัวแปรตามประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การเว้นระยะห่าง และส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ คุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ดังภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยผลกระทบการ



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) เพื่อศึกษาผลกระทบการระบาดของโรคโควิด 19 ต่อความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### 1. ประชากรที่ใช้ในวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ตำบลจันจว้า อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

##### 2. กลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากประชากรมีขนาดใหญ่และไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน ดังนั้นขนาด ตัวอย่างสามารถคำนวณได้จากสูตรไม่ทราบขนาดตัวอย่างของ W.G. Cochran (1953) โดยกำหนดระดับค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และระดับค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 (กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2549) ซึ่งสูตรในการคำนวณที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ

$$\text{สูตร } n = \frac{P(1-P)Z^2}{E^2}$$

เมื่อ n แทน ขนาดตัวอย่าง

P แทน สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยกำลังสุ่ม .50

Z แทน ระดับความเชื่อมั่นที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ Z มีค่าเท่ากับ 1.96

ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (ระดับ .05)

E แทน ค่าความผิดพลาดสูงสุดที่เกิดขึ้น = .05

แทนค่า  $n = \frac{(.05)(1-.5)(1.96)^2}{(0.5)^2}$

= 384.16

ใช้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 385 คน เพื่อความสะดวกในการประเมินผล และการวิเคราะห์ข้อมูล และเพื่อลดปัญหาของการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ หรือน้อยกว่าที่กำหนด หรือมีข้อมูลสูญหาย (missing data) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 450 ตัวอย่าง

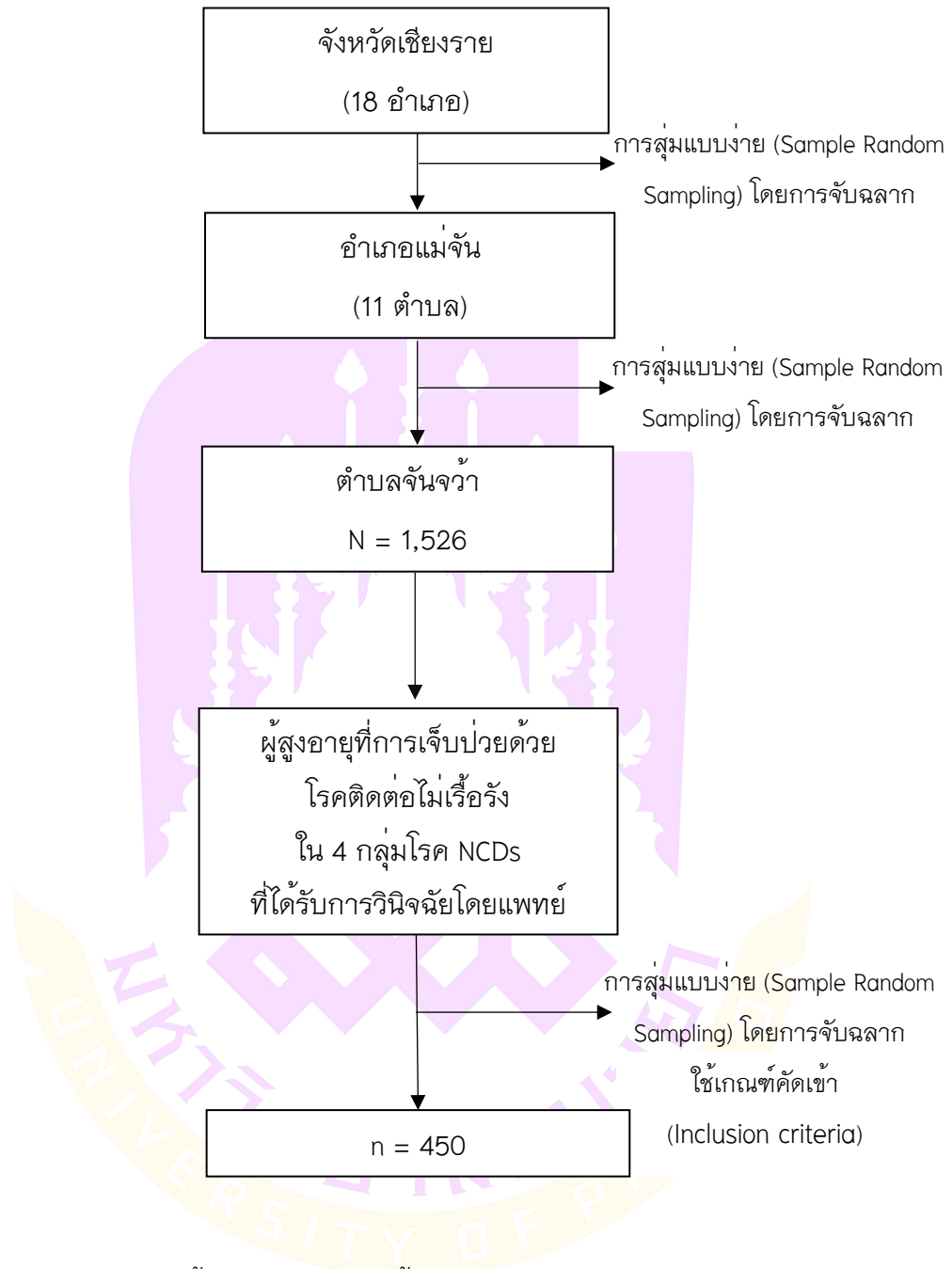
### 3. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยเรียงลำดับดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การคัดเลือกพื้นที่ศึกษาวิจัย โดยการเลือกตัวอย่างแบบแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยคัดเลือกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1 ที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ใน 4 กลุ่มโรค NCDs และมีการระบาดของโรคโควิด 19 ในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ผู้บริหาร และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ให้ความยินยอม และสมัครใจในการเข้าร่วมศึกษาวิจัย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาในจังหวัดเชียงราย

**ขั้นตอนที่ 2** ทำการสุ่มโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้วิธีการจับสลาก 1 อำเภอจาก 18 อำเภอในจังหวัดเชียงรายมีรายละเอียดอำเภอ ดังนี้ อำเภอเมืองเชียงราย อำเภอเวียงชัย อำเภอเชียงของ อำเภอเทิง อำเภอพาน อำเภอป่าแดด อำเภอแม่จัน อำเภอเชียงแสน อำเภอแม่สาย อำเภอแม่สรวย อำเภอเวียงป่าเป้า อำเภอพญาเม็งราย อำเภอเวียงแก่น อำเภอขุนตาล อำเภอแม่ฟ้าหลวง อำเภอแม่ลาว อำเภอเวียงเชียงรุ้ง อำเภอดอยหลวง การศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ อำเภอแม่จัน

**ขั้นตอนที่ 3** จากนั้นใช้การสุ่มโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้วิธีการจับสลาก คัดเลือกตำบล จาก 11 ตำบล มีรายละเอียดตำบลดังนี้ ตำบลแม่จัน ตำบลจันจว้า ตำบลแม่คำ ตำบลป่าซาง ตำบลสันทราย ตำบลท่าข้าวเปลือก ตำบลป่าตึง ตำบลแม่ไร่ ตำบลศรีค้ำ ตำบลจันจว้าใต้ ตำบลจอมสวรรค์ ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ตำบลจันจว้า มีจำนวนหมู่บ้าน 11 หมู่ จากนั้นกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัย ได้จากการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากจากรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ดังรายละเอียดแผนภาพต่อไปนี้



N = ผู้สูงอายุตำบลจันทวี

n = ผู้สูงอายุที่การเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ใน 4 กลุ่มโรค NCDs  
ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์

ภาพ 3 แผนภาพแสดงขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling)

#### 4. การคัดเลือกประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

##### 4.1 เกณฑ์การคัดเลือกประชากร (Inclusion criteria) ที่ใช้ในการศึกษา ดังนี้

##### 4.1.1 เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

1) เป็นผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป  
 2) มีสัญชาติไทยและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์

3) อาศัยอยู่พื้นที่จังหวัดเชียงราย อย่างน้อย 2 ปี

4) สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาท้องถิ่นได้

5) เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

6) ยินยอม และสมัครใจในการเข้าร่วมการให้ข้อมูล

##### 4.1.2 เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1) ผู้ที่ไม่ยินยอม หรือสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

2) ผู้ที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง

3) เกณฑ์การถอนอาสาสมัครออกจากการวิจัย

4) ผู้ที่มีความประสงค์ออก หรือต้องการถอนตัวออกจากการวิจัย ก่อนเสร็จสิ้นกระบวนการสามารถแสดงความจำนงขอถอนตัวจากการวิจัยในระหว่างที่การวิจัย กำลังดำเนินการอยู่ด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ตาม

5) ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจนไม่สามารถดำเนินกิจกรรม หรือมีความประสงค์ขอถอนออกจากระบวนการวิจัย

6) เกณฑ์การยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนด (Termination of study criteria)

7) ผู้วิจัยจะยุติการดำเนินการวิจัยทันทีที่มีข้อบ่งชี้ว่าจะมีอันตราย หรือผลข้างเคียงที่ร้ายแรงเกิดขึ้นในอาสาสมัคร

8) การดำเนินการวิจัยไม่เป็นไปตามกระบวนการวิจัยที่เสนอต่อ คณะกรรมการจริยธรรมวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยใช้แบบสอบถามสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมารวบรวมปรับปรุง และประยุกต์ให้เหมาะสมกับการวิจัยครั้งนี้โดยมีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

1. ผู้วิจัยค้นคว้าเอกสาร วารสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาตรฐาน และแบบสอบถามมาประยุกต์ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา จังหวัดเชียงราย และดัดแปลงตามแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

#### 1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

แบบสัมภาษณ์เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้มาจากการประยุกต์แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ประยุกต์แบบสอบถามให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ชุมชนในการการศึกษาวิจัยนี้ โดยแบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

##### 1.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยนำ

1.1.1 ส่วนที่ 1.1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นคำถามลักษณะเลือกคำตอบและเติมข้อความ

1.1.2 ส่วนที่ 1.2 แบบวัดความรู้เรื่องโรคโควิด 19 แบบวัดความรู้เรื่องโรคโควิด 19 แบบสอบถามนี้ ได้ประยุกต์จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ชนบท (Al Dhaheri, et al., 2021; ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ และทักษิภา ชัชวรัตน์, 2563) จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ถูก (1 คะแนน) ผิด และไม่ทราบ (0 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 – 12 คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนน 10–12 คะแนน หมายถึง มีความรู้เรื่องโรคโควิด 19 ระดับสูง

คะแนน 8–9 คะแนน หมายถึง มีความรู้เรื่องโรคโควิด 19 ระดับปานกลาง

คะแนน 0–7 คะแนน หมายถึง มีความรู้เรื่องโรคโควิด 19 ระดับต่ำ

1.1.3 ส่วนที่ 1.3 แบบวัดความเครียดสวนปรุง แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test–20) (Mahatnirunk, 2002) จำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อมี 5 คำตอบ

เกณฑ์การให้คะแนนให้ผู้ตอบอ่านคำถามแล้วสำรวจดูว่าในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา (ในช่วงของการระบาดโควิด 19) มีเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้นกับผู้ตอบบ้าง ถ้าข้อไหนไม่ได้เกิดขึ้นให้ข้ามไปไม่ต้องตอบ แต่ถ้ามีเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้นกับผู้ตอบให้ประเมินว่าผู้ตอบมีความรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น แล้วให้เครื่องหมายในช่องนั้น ๆ การให้คะแนนของแบบวัดความเครียดสวนปรุงเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับให้คะแนน 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ดังนี้

ตอบไม่รู้สึกเครียด	ให้ 1 คะแนน
ตอบเครียดเล็กน้อย	ให้ 2 คะแนน
ตอบเครียดปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ตอบเครียดมาก	ให้ 4 คะแนน
ตอบเครียดมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
ไม่ตอบ	ให้ 0 คะแนน (ถ้าข้อไหนไม่ได้เกิดขึ้นให้ข้ามไปไม่ต้องตอบ)

**การแปลผล** แบบวัดความเครียดสวนปรุง ชุด 20 ข้อ มีคะแนนรวมไม่เกิน 100 คะแนน โดยผลรวมที่ได้ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0–24	หมายถึง เครียดน้อย
คะแนน 25–42	หมายถึง เครียดปานกลาง
คะแนน 43–62	หมายถึง เครียดสูง
คะแนน 63 ขึ้นไป	หมายถึง เครียดรุนแรง

โดยมีรายละเอียดการแปลผล ดังนี้

1) ความเครียดน้อย (Mild Stress) หมายถึง ความเครียดขนาดน้อย ๆ และหายไปในระยะเวลานั้นสั้นเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความเครียดระดับนี้ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต บุคคลมีการปรับตัวอย่างอัตโนมัติ เป็นการปรับตัวด้วยความเคยชินและการปรับตัวต้องการพลังงานเพียงเล็กน้อยเป็นภาวะที่ร่างกายผ่อนคลาย

2) ความเครียดปานกลาง (Moderate Stress) หมายถึง ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเนื่องจากมีสิ่งคุกคาม หรือพบเหตุการณ์สำคัญ ๆ ในสังคม บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองออกมาใน ลักษณะความวิตกกังวล ความกลัว ฯลฯ ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติทั่ว ๆ ไปไม่รุนแรง จนก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น

3) ความเครียดสูง (Height Stress) เป็นระดับที่บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูงไม่สามารถปรับตัวให้ลดความเครียดลงได้ในเวลาอันสั้นถือว่าอยู่ใน

เขตอันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาจะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง เกิดโรคต่าง ๆ ในภายหลังได้

4) ความเครียดรุนแรง (Severe Stress) เป็นความเครียดระดับสูงที่ดำเนินติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่องจนทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัวจนเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หดแรงแรง ควบคุมตัวเอง ไม่ได้ เกิดอาการทางกายหรือโรคภัยต่าง ๆ ตามมาได้ง่าย

**1.1.4 ส่วนที่ 1.4 แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต (General Health Questionnaire: GHQ)** แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตซึ่งพัฒนามาจาก General Health Questionnaire: GHQ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้ฉบับภาษาไทยของ Goldberg (1972) (Nilchaikovit, Sukying and Silpakit, 1996) จำนวน 28 ข้อ หรือ Thai GHQ-28 ซึ่งข้อคำถามเป็นแบบสอบถามที่เป็น Sub-scaled GHQ โดยแบบ GHQ ได้รับการออกแบบมาสำหรับคัดกรองปัญหาสำคัญ 2 ประการ คือ การไม่สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น และการมีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ โดยเน้นถึงปัญหาที่ผิดไปจากสภาวะปกติของบุคคลนั้น ๆ มากกว่าลักษณะที่เป็นลักษณะประจำของบุคคลนั้น ๆ เช่น ปัญหาบุคลิกภาพ ข้อคำถามของ GHQ จะครอบคลุมปัญหา 4 ด้าน โดยสามารถแบ่งคะแนนเป็น 4 ด้าน กลุ่มอาการ ได้แก่ ความรู้สึกไม่เป็นสุข (Unhappiness) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความบกพร่องเชิงสังคม (Social impairment) และความคิดว่ามีโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่ง หรือหลายโรค (Hypochondriasis) โดยแบบสอบถาม Thai GHQ-28 เป็น Sub-scaled GHQ แบ่งคะแนนเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

- |                   |  |
|-------------------|--|
| กลุ่ม 1 ข้อ 1-7   | เป็นอาการทางกาย (Somatic Symptoms)                         |
| กลุ่ม 2 ข้อ 8-14  | เป็นอาการวิตกกังวล และการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) |
| กลุ่ม 3 ข้อ 15-21 | เป็นความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction)               |
| กลุ่ม 4 ข้อ 22-28 | เป็นอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression)             |

การให้คะแนน ของ GHQ Goldberg ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้การคิดแบบ GHQ score (0 – 0 – 1 – 1) กล่าวคือ ถ้าตอบข้อ ก. และ ข. เท่ากับ 0 คะแนน และเมื่อตอบข้อ ค และ ง เท่ากับ 1 คะแนน (Nilchaikovit, Sukying and Silpakit, 1996)

การแปลผล โดยใช้เกณฑ์ Thai GHQ-28 ใช้จุดตัดคะแนนต่ำ 5 / 6 โดยคะแนนตั้งแต่ 6 ขึ้นไปถือว่าผิดปกติ ในภาพของคะแนนรวม และแยกกลุ่มอาการก็เช่นเดียวกัน

## 1.2 ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยเชื้อ

ได้ประยุกต์จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ชนบท (Catherine Pécout, 2021) จำนวน 10 ข้อ

1.2.1 ส่วนที่ 2.1 สถานะสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ โรคประจำตัว การรับประทานยาในปัจจุบัน ระยะเวลาในการรักษาโรค การตรวจหาเชื้อโควิด 19 ผลการตรวจโควิด 19 เป็นคำถามลักษณะเลือกคำตอบ และเติมข้อความ

1.2.2 ส่วนที่ 2.2 การเข้าถึงบริการสาธารณสุข จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ สิทธิการรักษาสวัสดิการสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพขณะเกิดโรคโควิด 19 ความเปลี่ยนแปลงในการไปรับบริการสุขภาพพบแพทย์ตามนัด เป็นคำถามลักษณะเลือกคำตอบ และเติมข้อความ

## 1.3 ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยเสริม

ได้ประยุกต์จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ชนบท (กรมการแพทย์, 2564) (Catherine Pécout, 2021)

1.3.1 ส่วนที่ 3.1 ผู้ดูแล จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ การมีผู้ดูแลหลัก (ครอบครัว ผู้ดูแล เพื่อนบ้าน) เป็นคำถามลักษณะเลือกคำตอบ และเติมข้อความ

1.3.2 ส่วนที่ 3.2 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 จากองค์กรของภาครัฐ เอกชน สื่อต่าง ๆ เป็นคำถามลักษณะเลือกคำตอบ และเติมข้อความ

## 1.4 ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

แบบประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในงานวิจัยฉบับนี้ ประยุกต์จากแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1985) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Al Ahdab, 2021; Lee, Kang and You, 2021; ธาณี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ และทักษิภา ชัชวรัตน์, 2563; นงลักษณ์ ไต่บันสีเอกภพ และคณะ, 2563) จากนั้นปรับให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในพื้นที่ โดยแบบสอบถามจำนวน 24 ข้อ ประกอบไปด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ (1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 5 ข้อ (2) พฤติกรรมออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ (3) การสวมหน้ากากอนามัย จำนวน 5 ข้อ (4) การล้างมือ 5 ข้อ และ (5) การเว้นระยะห่าง 4 ข้อ

มีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง (1-4 ครั้ง/สัปดาห์) และปฏิบัติทุกครั้ง (มากกว่า 5 ครั้ง/สัปดาห์) โดยเกณฑ์การประเมินผู้วิจัยได้แบ่งระดับการให้คะแนน

แบบอิงเกณฑ์โดยประยุกต์ตามหลักการ และวิธีการศึกษาของ เกษแก้ว เสียงเพราะ (2550) แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

ช่วงคะแนนเป็นร้อยละ	ความหมาย
0-59	ระดับต่ำ/ระดับไม่ดี
60-79	ระดับปานกลาง
80-100	ระดับสูง/ระดับดี

1.5 ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต ที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต จำนวน 36 ข้อ

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย ประกอบ ของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ (1) ด้านร่างกาย (Physical domain) จำนวน 7 ข้อ (2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) จำนวน 6 ข้อ (3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) จำนวน 3 ข้อ และ (4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) จำนวน 8 ข้อ และหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จำนวน 2 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามมีความหมายทางบวกมีจำนวน 23 ข้อ และข้อคำถาม ที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นคำถามแบบมาตร ประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ไม่เลย (1 คะแนน) เล็กน้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) และมากที่สุด (5 คะแนน) โดยให้ผู้ตอบเลือกตัวเลขให้ตรงกับ ความคิดเห็น 1 คำตอบ คะแนนถูกแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับ เกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

26-60 คะแนน	แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
61-95 คะแนน	แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ
96-130 คะแนน	แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้

ตาราง 2 การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
ด้านสุขภาพกาย	7-16	17-26	27-35
ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย	ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24
องค์ประกอบด้านจิตใจ	ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23
องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม	ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25
องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม	ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

ส่วนข้อ 1 ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้ การนำเสนอผลจะต้องนำเสนอในรูปแบบของคะแนนเฉลี่ยทั้งหมด และคะแนนของแต่ละองค์ประกอบด้วย เพื่อใช้เปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น ๆ

## 2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การหาความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบและพิจารณาเนื้อหาของแบบสอบถาม ความครอบคลุมปัจจัยที่สอดคล้องกับสมมติฐานในการศึกษาหรือไม่ ซึ่งเป็นการทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความเที่ยงตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) และได้้นำแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานที่เชี่ยวชาญแผนกอายุรกรรม ตรวจสอบ เพื่อพิจารณาความสอดคล้องของคำถามกับคุณลักษณะ หรือตัวแปรที่ต้องการวัด ว่าสอดคล้องตามเป้าหมายของวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา หรือไม่พร้อมทั้งพิจารณาความถูกต้องชัดเจนของภาษา จากนั้นนำมาเพื่อแก้ไข และปรับปรุงแบบสอบถามให้มีความเหมาะสม โดยมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

+ 1 หมายถึง ข้อความนั้นมีเนื้อหาที่สอดคล้องกับตัวแปร และวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา

0 หมายถึง ข้อความนั้นมีเนื้อหาที่สอดคล้องตัวแปร และวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา

- 1 หมายถึง ข้อความนั้นมีเนื้อหาไม่สอดคล้องกับตัวแปร และวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา

จากนั้น นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม กับนิยามตัวแปรในแต่ละข้อ (Item Index of Item Objective Congruence: IOC) ในการศึกษา ครั้งนี้กำหนดเกณฑ์ค่า  $IOC > 0.5$  โดยใช้สูตรคำนวณ IOC ดังนี้

$$IOC = \frac{\Sigma R}{N}$$

IOC = ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามตัวแปร

$$\Sigma R = \text{ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ}$$

$$N = \text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ}$$

## 2.2 การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งหมดของแบบสัมภาษณ์

ถูกนำไปทดสอบความน่าเชื่อถือ (Try out study) ก่อนการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกันที่ตำบลจันทน์จว่าใต้ จำนวน 30 คน โดยแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2 - 5 จะต้องได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามซึ่งวิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) จะต้องได้ผลมากกว่า 0.7 หมายความว่า แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับความรู้ จะต้องหาค่า Kuder-Richardson 20: KR-20 ซึ่งค่า KR-20 จะต้องได้ผลมากกว่า 0.70 หมายความว่า แบบสอบถาม มีความน่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่จะดำเนินการศึกษาต่อไป

จากการคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับนิยามตัวแปรในแต่ละข้อ (Item-Index of Item-Objective Congruence: IOC) ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา และค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

ตาราง 3 ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับนิยามตัวแปร ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา และค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	IOC	Cronbach's	
		Alpha	KR-20
		Coefficient	
ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรและสุขภาพ	0.7-1.0	-	-
ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องโรคโควิด 19	1	-	0.77
ส่วนที่ 3 แบบวัดความเครียดสวนปรุง	-	0.73	-
ส่วนที่ 4 แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต (GHQ-28)	-	0.79	-
ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง	-	0.90	-
ส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ	-	0.86	-

#### การดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากได้รับการอนุมัติพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา และมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวและขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยาถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจันจว้า เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

1.2 เมื่อได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจันจว้า เพื่อแนะนำตัวพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 เนื่องจากการดำเนินงานวิจัยอยู่ในช่วงระบาคovid 19 จะต้องได้รับหนังสืออนุมัติการดำเนินงานวิจัยจากหน่วยงานในพื้นที่และผู้นำชุมชนในพื้นที่ในการเก็บข้อมูล

1.4 ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

1.5 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในระหว่างที่รอตรวจ หรือรอรับยา หรือรอรับคำปรึกษา โดยการแนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์ ของการวิจัย จึงอธิบายการตอบ แบบสอบถามและชี้แจงเพิ่มเติมในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจและให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งใช้เวลา 15-20 นาที

1.6 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาตรวจสอบความครบถ้วน และความถูกต้องของแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

## 2. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยถือว่าจรรยาบรรณของนักวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างเป็นสิ่ง ที่นักวิจัยต้องคำนึงถึงมากที่สุด การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มที่อ่อนไหวทางสังคม ดังนั้นเรื่องความเป็นส่วนตัวและการปกปิดข้อมูลจึงมีความสำคัญมาก การวิจัยครั้งนี้ จะดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยพะเยาแล้ว และให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างจะดำเนินตลอดกระบวนการ ศึกษาวิจัย ดังนี้

### 2.1 สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง

2.1.1 ก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้ทราบ รายละเอียดต่าง ๆ โดยผู้วิจัยจัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรวบรวม ข้อมูล การได้รับสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง สิทธิที่จะปกปิดข้อมูลต่าง ๆ เช่น ชื่อ สกุล เบอร์โทรศัพท์ สิทธิที่จะไม่ได้รับอันตราย พร้อมทั้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม การศึกษาวิจัยในครั้งนี้

2.1.2 การลงนามในใบยินยอม ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการเข้าร่วมโครงการวิจัยกระบวนการที่เกิดขึ้นในการทำวิจัยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และลงนาม หรือนามแฝงในใบยินยอมก่อนเข้าสู่กระบวนการตอบแบบสอบถาม

2.2 การตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจัดเอกสารชี้แจงให้กลุ่ม ตัวอย่างทราบว่า การตอบแบบสอบถามไม่มีถูกหรือผิด คำตอบและข้อมูลทุกอย่างถือเป็น ความลับ และผลที่ได้จะนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

2.3 ระหว่างการตอบแบบสอบถาม หากมีข้อสงสัยใด ๆ สามารถสอบถาม ผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกหรือรู้สึกว่าการตอบแบบสอบถาม สามารถออกจากกรเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ก่อนที่การตอบแบบสอบถามจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ

2.4 ในการจัดเก็บข้อมูลและแบบสอบถามการวิจัย จัดเก็บที่ห้องทำงานของผู้วิจัยเท่านั้น ผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องไม่สามารถพบเห็นข้อมูลการวิจัยได้ และภายหลังจากการวิจัยครั้งนี้เสร็จสิ้นผู้วิจัยจะทำลายแบบสอบถามและข้อมูลการวิจัยทันที

### 3. การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว นำแบบสัมภาษณ์มาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติระดับนัยสำคัญที่  $p\text{-value} < 0.01$  และ  $p\text{-value} = 0.05$  เป็นเกณฑ์ยอมรับหรือสมมติฐานงานวิจัย ตามรายการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

ตาราง 4 การวิเคราะห์สถิติ

ตัวแปร(Variable /outcome)	การวัด (Outcome measure)	วิธีการวิเคราะห์ (Method of analysis)	เหตุผลที่ใช้สถิติ (Reason)
ตัวแปรต้น (Independent Variable) ปัจจัยนำ (predisposing factors ) เพศ	Nominal scale	1. วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา 2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติอ้างอิงด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงเดี่ยว (Univariate analysis) ด้วยการถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย (Simple Linear Regression)	1. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเพศ อายุ สถานสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ 2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์ ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร(Variable /outcome)	การวัด (Outcome measure)	วิธีการวิเคราะห์ (Method of analysis)	เหตุผลที่ใช้สถิติ (Reason)
<b>ตัวแปรต้น (Independent Variable)</b>			
<b>ปัจจัยนำ (predisposing factors )</b>			
อายุ	Ratio scale	1. วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา	1. เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลระดับความรู้ ความเครียด และสุขภาพจิต
สถานภาพสมรส	Nominal scale	2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติอ้างอิงด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ	2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พฤติกรรมการดูแลตนเอง
อาชีพ	Nominal scale	ตัวแปรเชิงเดี่ยว (Univariate analysis) ด้วยการถดถอย	3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่น่าสนใจ ได้แก่
ระดับการศึกษา	Ordinal scale	เชิงเส้นอย่างง่าย (Simple Linear Regression)	ความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต
ความพอเพียงของรายได้	Nominal scale	3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติอ้างอิงด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Pearson Correlation)	
การสูบบุหรี่	Nominal scale		
การดื่มแอลกอฮอล์	Nominal scale		
ความรู้	Ratio scale		
ความเครียด	Ratio scale		
สุขภาพจิต	Ratio scale		
<b>ปัจจัยเอื้อ ( enabling factors )</b>			
<b>สถานะสุขภาพ</b>			
จำนวนโรคเรื้อรังที่ป่วยร่วม	Nominal scale	1. วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา	1. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยสถานะสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
		2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติอ้างอิงด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงเดี่ยว (Univariate analysis) ด้วยการถดถอย	2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์ ต่อพฤติกรรมการดูแล

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร (Variable /outcome)	การวัด (Outcome measure)	วิธีการวิเคราะห์ (Method of analysis)	เหตุผลที่ใช้สถิติ (Reason)
		เชิงเส้นอย่างง่าย	ตนเอง
<b>ตัวแปรต้น (Independent Variable)</b>			
การเข้าถึงบริการสาธารณสุข			
สิทธิการรักษา/สวัสดิการ	Nominal scale		
สุขภาพ	Nominal scale		
ความเปลี่ยนแปลงในการ	Nominal scale		
รับบริการสุขภาพจากส	Nominal scale		
ถาณการณการระบาค			
ของโควิด 19			
<b>ปัจจัยเสริม (reinforcing factors)</b>			
ผู้ดูแล	Nominal scale	1. วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา	1. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยผู้ดูแล และการเข้าถึงข้อมูล
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร	Nominal scale	2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติอ้างอิงด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงเดี่ยว (Univariate analysis)	2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์ ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง
การรับประทานอาหาร			
การออกกำลังกาย			
การสวมใส่หน้ากากอนามัย			
การล้างมือ			
การเว้นระยะห่าง			
<b>ตัวแปรตาม (Dependent Variable)</b>			
<b>พฤติกรรม การดูแลตนเอง</b>			
พฤติกรรม การดูแลตนเองโดยรวม	Ordinal scale	1. วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา	1. เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ระดับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง
การรับประทานอาหาร		2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติอ้างอิงด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ	2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ
การออกกำลังกาย			
การสวมใส่หน้ากากอนามัย			

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร (Variable /outcome)	การวัด (Outcome measure)	วิธีการวิเคราะห์ (Method of analysis)	เหตุผลที่ใช้สถิติ (Reason)
การล้างมือ		ตัวแปรเชิงเดี่ยว (Univariate analysis) ด้วยการถดถอย	ปัจจัยเอื้อ, ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแล
การเว้นระยะห่าง			
<b>ตัวแปรตาม (Dependent Variable)</b>			
<b>พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง</b>	Ordinal scale	3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติอ้างอิงด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Pearson Correlation)	3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่น่าสนใจ ได้แก่ ความรู้ ความเครียด
<b>คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย</b>	Ordinal scale	1. วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา 2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติอ้างอิงด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Pearson Correlation)	1. เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลระดับคุณภาพชีวิต 2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่น่าสนใจ ได้แก่ ความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) เพื่อศึกษาผลกระทบการระบาดของโรคโควิด 19 ต่อความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาคือผู้สูงอายุที่การเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อไม่เรื้อรังใน 4 กลุ่มโรค NCDs ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ จำนวน 450 คน และผู้วิจัยได้นำข้อมูลในการตอบแบบสอบถามถึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 450 ฉบับ และได้แบบสอบถามกลับคืนมา จำนวน 450 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ของแบบสอบถามทั้งหมดเพื่อให้ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และเสนอผลการวิเคราะห์ โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 5 ส่วน ตามลำดับ ต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ ข้อมูลปัจจัยนำ ข้อมูลปัจจัยเอื้อ ข้อมูลปัจจัยเสริม

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์คุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 จังหวัดเชียงราย

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ ข้อมูลปัจจัยนำ ข้อมูลปัจจัยเอื้อ ข้อมูลปัจจัยเสริม

#### 1. ข้อมูลปัจจัยนำ

##### 1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ คือ เพศหญิง ร้อยละ 56.0 และพบว่า มีอายุเฉลี่ย 69.42 โดยส่วนใหญ่ คือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 55.6 รองลงมา คือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) ร้อยละ 55.6 และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 12.4 โดยมีสถานภาพสมรส เป็นคู่ ร้อยละ 59.3 และกลุ่มสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่ ร้อยละ 40.7 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาไม่ได้รับการศึกษาร้อยละ 34.7 ประถมศึกษา ร้อยละ 63.8 มัธยมศึกษาขึ้นไปร้อยละ 1.6 และส่วนใหญ่พบว่า ไม่ได้ทำงานร้อยละ 52.0 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 33.3 อาชีพค้าขายร้อยละ 13.3 และอาชีพอื่น ๆ

(เย็บผ้า, รับประทานอาหาร) ร้อยละ 1.3 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ที่เพียงพอ ร้อยละ 60.7 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 81.8 และพบว่าไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 66.9 และผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคโควิด 19 โดยรวมเฉลี่ย 8 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.05 คะแนน) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบว่ามีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 45.6 รองลงมาคือระดับความปานกลาง ร้อยละ 34.9 และมีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 19.6 และพบว่าความเครียดส่วนมากอยู่ในระดับเครียดรุนแรง ร้อยละ 32.2 รองลงมา คือ เครียดปานกลาง ร้อยละ 31.3 เครียดสูง ร้อยละ 19.8 และเครียดน้อย ร้อยละ 16.7 และจากการศึกษาพบว่า ปัญหาสุขภาพจิต พบว่ามีผู้ปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 34.0 และมีสุขภาพจิตปกติ ร้อยละ 66.0 โดยสามารถจำแนกกลุ่มผู้มีปัญหาอาการทางกาย (Somatic Symptoms) ร้อยละ 10.2 อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) ร้อยละ 3.69 ความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) ร้อยละ 2.0 อาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression) ร้อยละ 1.3 ดังตาราง 5

ตาราง 5 ข้อมูลปัจจัยนำ (n = 450)

	ข้อมูลปัจจัยนำ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	198	44.00
	หญิง	252	56.00
อายุ	อายุ 60-69 ปี	250	55.60
	อายุ 70-79 ปี	144	32.00
	อายุ 80 ปีขึ้นไป	56	12.40
	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	69.42 $\pm$ 7.06	
	ต่ำสุด-สูงสุด	60-97	
สถานภาพสมรส	คู่	267	59.30
	โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	183	40.70
ระดับการศึกษา	ไม่ได้รับการศึกษา	156	34.70
	ประถมศึกษา	287	63.80

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยนำ	จำนวน	ร้อยละ
มัธยมศึกษาขึ้นไป	7	1.50
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	234	52.00
เกษตรกร	150	33.33
ค้าขาย	60	13.33
อื่น ๆ	6	1.34
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	177	39.30
เพียงพอ	273	60.70
พฤติกรรมการสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	368	81.78
เคยสูบ แต่เลิกแล้ว	30	6.67
สูบ	52	11.55
พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	301	66.89
เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว	96	21.33
ดื่ม	53	11.78
ความรู้		
ระดับต่ำ	205	45.56
ระดับปานกลาง	157	34.89
ระดับสูง	88	19.55
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		7.52 $\pm$ 2.20
ต่ำสุด-สูงสุด		1-12
ความเครียด		
เครียดน้อย	75	16.70
เครียดปานกลาง	141	31.30
เครียดสูง	89	19.80
เครียดรุนแรง	145	32.20

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยนำ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	46.76 $\pm$ 21.48	
ต่ำสุด-สูงสุด	3-96	
สุขภาพจิต		
$\geq 6$ (ไม่ปกติ/มีปัญหาสุขภาพจิต)	153	34.0
$< 6$ (ปกติ)	297	66.0
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.54 $\pm$ 5.02	
ต่ำสุด-สูงสุด	0-23	
จำแนกกลุ่มอาการ		
อาการทางกาย		
$\geq 6$ (ไม่ปกติ/มีปัญหา)	46	10.20
$< 6$ (ปกติ)	404	89.80
อาการวิตกกังวลและการนอนไม่		
หลับ		
$\geq 6$ (ไม่ปกติ/มีปัญหา)	16	3.55
$< 6$ (ปกติ)	434	96.45
ความบกพร่องทางสังคม		
$\geq 6$ (ไม่ปกติ/มีปัญหา)	9	2.00
$< 6$ (ปกติ)	441	98.0
อาการซึมเศร้าที่รุนแรง		
$\geq 6$ (ไม่ปกติ/มีปัญหา)	6	1.3
$< 6$ (ปกติ)	444	98.7

## 2. ข้อมูลปัจจัยอื่น

### 2.1 ข้อมูลสถานะสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลสถานะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าจากสถานการณการระบาดของโควิด 19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยตรวจหาเชื้อโควิด 19 ส่วนมากเคยตรวจหาเชื้อโควิด 19 ร้อยละ 68.9 และไม่เคยตรวจเชื้อโควิด 19 ร้อยละ 31.1 โดยกลุ่มตัวอย่างนั้นมีผลการตรวจโควิด 19 ส่วนมากไม่เคยติดเชื้อโควิด 19 ร้อยละ 84.0 และเคยติดเชื้อโควิด 19 ร้อยละ 16.0 กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนโรคเรื้อรังที่ป่วย ผู้ป่วยที่มีหนึ่งโรคร้อยละ 47.8 สองโรครวมร้อยละ 37.1 และสามโรครวมร้อยละ 15.1 โดยโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 76.4 โรคเบาหวาน ร้อยละ 38.2 โรคไขมันในเส้นเลือด ร้อยละ 43.1 โรคหัวใจ ร้อยละ 4.9 และโรคอื่น ๆ (ถุงลมโป่งพอง วัณโรค เก๊าท์) ร้อยละ 4.7 โดยพบว่าระยะเวลาในการรักษาโรคเฉลี่ย 8.34 ปี และพบว่าระยะเวลาการรักษาโรคในช่วง 0-5 ปี ร้อยละ 40.7 ช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 39.3 และช่วง 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20.0 และในส่วนของเข้าถึงบริการสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ด้านสิทธิการรักษา / สวัสดิการสุขภาพส่วนใหญ่มีสิทธิประกันสุขภาพบัตรทอง (Universal Coverage: UC) ร้อยละ 91.1 และอื่น ๆ ร้อยละ 8.9 จากสถานการณการระบาดของโควิด 19 ความเปลี่ยนแปลงในการรับบริการสุขภาพ พบว่าการไปรับบริการสุขภาพพบหมอตตามนัด ส่วนมากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่ามีเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 86.4 และรู้สึกว่ามีอาการเจ็บป่วยสามารถไปพบหมอได้เลย ร้อยละ 93.8 แต่หากมีวิธีการที่ยุ่งยาก หรือซับซ้อนต่างไปจากเดิมก่อนที่สถานการณโควิด 19 ระบาด ร้อยละ 86.4 โดยส่วนใหญ่จะเลือกการเดินทางไปพบหมอในช่วง การระบาดของโควิด 19 ด้วยรถส่วนตัว 61.6 และรถโดยสาร 38.4 (ด้วยความจำเป็นที่จำกัด เช่น การไม่มีรถส่วนตัว หรือ ผู้ดูแล คนขับรถ) ดังตาราง 6

ตาราง 6 ข้อมูลปัจจัยอื่น (n = 450)

ข้อมูลปัจจัยอื่น	จำนวน	ร้อยละ
สถานะสุขภาพ		
จำนวนโรคเรื้อรังที่ป่วยรวม		
หนึ่งโรค	215	47.80
สองโรค	167	37.10
สามโรค	68	15.10

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยเอื้อ	จำนวน	ร้อยละ
โรคเรื้อรังที่พบ		
โรคความดันโลหิตสูง	344	76.40
โรคเบาหวาน	172	38.20
โรคไขมันในเส้นเลือด	194	43.10
โรคหัวใจ	22	4.90
โรคอื่น ๆ (ถุงลมโป่งพอง วัณโรค เก๊าท์)	21	4.70
ระยะเวลาในการรักษาโรค		
0-5 ปี	183	40.70
6-10 ปี	177	39.30
10 ปีขึ้นไป	90	20.0
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	8.34 $\pm$ 0.25	
ต่ำสุด-สูงสุด	1-30	
การตรวจหาเชื้อโควิด 19		
เคยตรวจ และไม่เคยติดเชื้อโควิด-19	240	53.33
เคยตรวจ และเคยติดเชื้อโควิด-19	138	30.67
ไม่เคยตรวจ และไม่เคยติดโควิด-19	72	16.0
การเข้าถึงบริการสาธารณสุข		
สิทธิการรักษา/สวัสดิการสุขภาพ		
บัตรทอง (Universal Coverage)	410	91.10
อื่น ๆ	40	8.90
ความเปลี่ยนแปลงในการรับบริการสุขภาพ		
จากสถานการณ์การระบาดของโควิด 19		
การไปรับบริการสุขภาพพบหมอตตามนัด		
มี	389	86.40
ไม่มี	61	13.60

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยอื่น	จำนวน	ร้อยละ
เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วยท่าน สามารถไปพบหมอได้เลย		
ใช่	422	93.78
ไม่ใช่	28	6.22
การระบาดของ โควิด 19 ทำให้เข้า พบหมอ หรือไปโรงพยาบาล ตามที่หมอนัดได้ยาก กว่าเดิม		
ใช่	389	86.40
ไม่ใช่	61	13.60
พาหนะที่ใช้ในการเดินทางไปพบ หมอในช่วง การระบาดของโควิด 19		
รถส่วนตัว	277	61.60
รถสาธารณะ	173	38.40



### 3. ข้อมูลปัจจัยเสริม

#### 3.1 ข้อมูลผู้ดูแล และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ

ข้อมูลผู้ดูแล และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้านการดูแลส่วนใหญ่มีผู้ดูแล ร้อยละ 96.00 ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเคยได้รับข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 98.70 โดยข้อมูลข่าวสารที่เข้าถึง คือ ส่วนใหญ่รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 76.90) รองลงมา อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (ร้อยละ 70.90) โทรทัศน์/วิทยุ (ร้อยละ 72.40) สื่อสังคมออนไลน์ (ร้อยละ 41.30) เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และสาธารณสุข (36.40) และอื่น ๆ เช่น ไปสเตอร์ ป้ายประกาศ (ร้อยละ 4.4) ดังตาราง 7

ตาราง 7 ข้อมูลปัจจัยเสริม (n = 450)

ข้อมูลปัจจัยเสริม	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแล		
มี	432	96.00
ไม่มี	18	4.00
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ		
ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร	6	1.30
เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร	444	98.70
สื่อสังคมออนไลน์	186	41.30
เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และสาธารณสุข	164	36.40
อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)	319	70.90
บุคคลในครอบครัว	346	76.90
โทรทัศน์/วิทยุ	326	72.40
อื่น ๆ	20	4.40

## ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเอง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 64.89 รองลงมา มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับสูงร้อยละ 25.78 และระดับปานกลาง ร้อยละ 9.33 โดยสามารถจำแนกพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองรายด้าน 5 ด้าน พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการรับประทานอาหารส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 51.78 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 24.89 และระดับปานกลาง ร้อยละ 23.33 และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 36.00 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 29.56 และ ระดับสูง ร้อยละ 34.44 และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการสวมหน้ากากอนามัยส่วนใหญ่ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 66.22 รองลงมา ระดับ สูงร้อยละ 24.22 และระดับปานกลาง ร้อยละ 9.56 และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการล้างมือส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 52.00 รองลงมา ระดับสูงและปานกลาง ร้อยละ 24.00 และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการเว้นระยะห่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 71.56 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 18.67 และระดับสูง 9.78

ตาราง 8 พฤติกรรมการดูแลตนเอง (n = 450)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม		
ระดับต่ำ	292	64.89
ระดับปานกลาง	42	9.33
ระดับสูง	116	25.78
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	42.68 $\pm$ 13.67	
ต่ำสุด-สูงสุด	27-71	
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร		
ระดับต่ำ	233	51.78
ระดับปานกลาง	105	23.33
ระดับสูง	112	24.89
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	9.13 $\pm$ 2.85	

ตาราง 8 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำสุด-สูงสุด	5-15	
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย		
ระดับต่ำ	162	36.00
ระดับปานกลาง	133	29.56
ระดับสูง	155	34.44
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	9.92 $\pm$ 3.12	
ต่ำสุด-สูงสุด	5-15	
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการสวมหน้ากากอนามัย		
ระดับต่ำ	298	66.22
ระดับปานกลาง	43	9.56
ระดับสูง	109	24.22
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	8.13 $\pm$ 3.58	
ต่ำสุด-สูงสุด	5-15	
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการล้างมือ		
ระดับต่ำ	234	52.00
ระดับปานกลาง	108	24.00
ระดับสูง	108	24.00
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	8.96 $\pm$ 2.98	
ต่ำสุด-สูงสุด	5-15	
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเว้นระยะห่าง		
ระดับต่ำ	322	71.56
ระดับปานกลาง	84	18.67
ระดับสูง	44	9.78
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	6.54 $\pm$ 2.93	
ต่ำสุด-สูงสุด	5-12	

### ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตในภาพรวมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 พบว่า มีระดับคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.7 และมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ร้อยละ 21.8 และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่เพียง ร้อยละ 7.6 สามารถจำแนกรายด้านได้ดังนี้ คุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพกายส่วนใหญ่พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.22 รองลงมาในระดับไม่ดี ร้อยละ 21.78 ระดับดี ร้อยละ 7.50 และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจส่วนใหญ่พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.10 รองลงมาในระดับไม่ดี ร้อยละ 25.56 ระดับดี ร้อยละ 7.33 และคุณภาพชีวิตด้านสังคมส่วนใหญ่พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.7 รองลงมาในระดับไม่ดี ร้อยละ 35.78 ระดับดี ร้อยละ 13.56 และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.0 รองลงมาในระดับดี ร้อยละ 19.11 ระดับไม่ดี ร้อยละ 16.89 (ตาราง 9)

ตาราง 9 คุณภาพชีวิตในภาพรวมจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต (n = 450)

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตโดยรวม		
การมีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี	98	21.78
การมีคุณภาพชีวิตระดับกลาง	318	70.67
การมีคุณภาพชีวิตระดับดี	34	7.56
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	76.92 $\pm$ 14.86	
ต่ำสุด-สูงสุด	32-112	
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย		
การมีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี	75	16.67
การมีคุณภาพชีวิตระดับกลาง	361	80.22
การมีคุณภาพชีวิตระดับดี	14	3.11
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	20.58 $\pm$ 3.87	
ต่ำสุด-สูงสุด	8-35	
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ		
การมีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี	115	25.56

ตาราง 9 (ต่อ)

คุณภาพชีวิตจำแนกรายด้าน	จำนวน	ร้อยละ
การมีคุณภาพชีวิตระดับกลาง	302	67.11
การมีคุณภาพชีวิตระดับดี	33	7.33
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	17.12 $\pm$ 3.72	
ต่ำสุด-สูงสุด	7-27	
คุณภาพชีวิตด้านสังคม		
การมีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี	161	35.78
การมีคุณภาพชีวิตระดับกลาง	228	50.67
การมีคุณภาพชีวิตระดับดี	61	13.56
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	8.61 $\pm$ 2.33	
ต่ำสุด-สูงสุด	3-15	
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม		
การมีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี	76	16.89
การมีคุณภาพชีวิตระดับกลาง	288	64.00
การมีคุณภาพชีวิตระดับดี	86	19.11
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	24.79 $\pm$ 5.68	
ต่ำสุด-สูงสุด	8-40	

#### ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในช่วงการระบาดโรคโควิด 19 จังหวัดเชียงราย

การวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในช่วงการระบาดโรคโควิด 19 จังหวัดเชียงรายโดยสถิติอ้างอิงด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงเดี่ยว (Univariate analysis) ด้วยการถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย (Simple Linear Regression) โดยมีปัจจัยวิเคราะห์ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สถานะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข และปัจจัยเสริม ได้แก่ ผู้ดูแล การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในช่วงการระบาดโรคโควิด 19 จังหวัดเชียงรายด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Pearson Correlation) โดยผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

##### 1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้ ความเครียด สุขภาพจิตกับพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า ปัจจัยนำด้านความรู้ ความเครียด สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = <0.01$ ) โดยพบว่า ความรู้ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $B = 3.097, p\text{-value} = <0.01$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ที่อยู่ในระดับที่สูง จะส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น 3.097 คะแนน ความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $B = -0.414, p\text{-value} = <0.01$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดที่อยู่ในระดับที่สูงหรือรุนแรง จะส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองลดลง 0.414 คะแนน สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $B = -1.582, p\text{-value} = <0.01$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนสุขภาพจิตที่อยู่ในระดับที่สูงหรือรุนแรง จะส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองลดลง 1.582 คะแนน (ตาราง 10)

ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ กับพฤติกรรม  
การดูแลตนเอง โดยสถิติอ้างอิงด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปร  
เชิงเดี่ยว (Univariate analysis) ด้วยการถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย  
(Simple Linear Regression)

	ปัจจัยนำ	B	SE(B)	$\beta$	p-value
เพศ	ชาย			กลุ่มอ้างอิง	
	หญิง	-1.799	1.044	-0.065	0.086
อายุ	16-19			กลุ่มอ้างอิง	
	20-29	-0.021	0.082	-0.011	0.794
สถานภาพสมรส	โสด			กลุ่มอ้างอิง	
	สมรส	1.696	1.027	0.061	0.099
ระดับการศึกษา	ไม่ได้รับการศึกษา			2.662	
	ประถมศึกษา			กลุ่มอ้างอิง	
	มัธยมศึกษาขึ้นไป	-6.152	4.028	-0.056	0.127
อาชีพ	ไม่ได้ทำงาน			กลุ่มอ้างอิง	
	เกษตรกร	-1.231	1.269	-0.043	0.333
	ค้าขาย	-2.581	1.674	-0.064	0.124
	อื่น ๆ	7.843	4.365	0.066	0.073
ความเพียงพอของรายได้	ไม่เพียงพอ			กลุ่มอ้างอิง	
	เพียงพอ	0.167	1.006	0.006	0.868
พฤติกรรมการสูบบุหรี่	ไม่สูบ/เคยสูบ แต่เลิกแล้ว			กลุ่มอ้างอิง	
	สูบ	0.623	2.089	0.011	0.766
พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ไม่ดื่ม/เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว			กลุ่มอ้างอิง	
	ดื่ม	-0.498	1.357	-0.015	0.714

ตาราง 10 (ต่อ)

ปัจจัยนำ	B	SE(B)	$\beta$	p-value
ความรู้	3.097	0.254	0.500	<0.001*
สุขภาพจิต	-0.414	0.023	-0.650	<0.001*
อายุ	-1.582	0.105	-0.581	<0.001*

หมายเหตุ: \*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed), B = unstandardized coefficients; S.E. = standard error; Beta = standardized coefficients; 95 % CI = 95 % confidence interval; VIF = variance inflation factor, Constant = 71.191,  $R^2 = 0.467$

## 2. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สถานะสุขภาพ การเข้าถึงบริการ สาธารณสุขกับพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า จำนวนโรคเรื้อรังที่ป่วยร่วมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคร่วมสองโรคร่วม ( $B = -9.785$ ,  $p$ -value < 0.05) ส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองลดลง 9.785 คะแนน และผู้ป่วยที่มีสามโรคร่วม ( $B = -18.629$ ,  $p$ -value < 0.05) ส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตลดลง 18.629 คะแนน (ตาราง 16) และจากการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเส้นเลือดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ( $B = 7.766$ ,  $p$ -value < 0.05) ส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น 7.766 คะแนน และกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ( $B = 7.091$ ,  $p$ -value < 0.05) ส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น 7.091 คะแนน และกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเป็นโรคไชมันในเส้นเลือด ( $B = 6.405$ ,  $p$ -value < 0.05) ส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น 6.405 คะแนน และพบว่า การตรวจหาเชื้อโควิด 19 มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยตรวจเชื้อโควิด-19 และไม่เคยติดเชื้อโควิด 19 ( $B = -5.962$ ,  $p$ -value < 0.05) ส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองลดลง 5.962 คะแนน ( $B = -10.229$ ,  $p$ -value < 0.05) และกลุ่มตัวอย่างที่เคยตรวจเชื้อโควิด-19 และเคยติดเชื้อโควิด 19 ส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองลดลง 10.229 คะแนน (ตาราง 11)

ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยเชื้อ กับพฤติกรรม การดูแลตนเอง โดยสถิติอ้างอิงด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปร เชิงเดี่ยว (Univariate analysis) ด้วยการถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย (Simple Linear Regression)

ปัจจัยเชื้อ	B	SE(B)	$\beta$	p-value
<b>สถานะสุขภาพ</b>				
จำนวนโรคเรื้อรังที่ป่วยรวม				
หนึ่งโรค			กลุ่มอ้างอิง	
สองโรค	-9.785	3.362	-0.346	0.004*
สามโรค	-18.629	6.347	-0.489	0.004*
โรคเรื้อรังที่พบ				
โรคเบาหวาน	7.766	3.365	0.276	0.021*
โรคความดันโลหิตสูง	7.091	3.114	0.220	0.023*
โรคไขมันในเส้นเลือด	6.405	3.149	0.232	0.043*
โรคหัวใจ			กลุ่มอ้างอิง	
โรคอื่น ๆ (ถุงลมโป่งพอง, วัณโรค, เก๊าท์)	4.470	4.232	0.069	0.291
<b>ระยะเวลาในการรักษาโรค</b>				
0-5 ปี			กลุ่มอ้างอิง	
6-10 ปี	-0.529	1.451	-0.019	0.716
10 ปีขึ้นไป	2.151	1.824	0.063	0.239
<b>การตรวจหาเชื้อโควิด 19</b>				
เคยตรวจ และไม่เคยติดเชื้อโควิด-19	-5.962	1.684	-0.218	<0.001*
เคยตรวจ และเคยติดเชื้อโควิด-19	-10.229	2.132	-0.275	<0.001*
ไม่เคยตรวจ และไม่เคยติดเชื้อโควิด-19			กลุ่มอ้างอิง	

ตาราง 11 (ต่อ)

ปัจจัยเอื้อ	B	SE(B)	$\beta$	p-value
<b>การเข้าถึงบริการสาธารณสุข</b>				
ความเปลี่ยนแปลงในการรับบริการสุขภาพ จากสถานการณ์การระบาดของโควิด 19				
การไปรับบริการสุขภาพพบหมอตตามนัด				
มี	3.605	2.710	.090	0.184
ไม่มี		กลุ่มอ้างอิง		
เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วยท่านสามารถไป				
พบหมอได้เลย				
ใช่	0.187	2.694	0.003	0.945
ไม่ใช่		กลุ่มอ้างอิง		
การระบาดของ โควิด 19 ทำให้เข้าพบหมอ				
หรือไปโรงพยาบาล ตามที่หมอนัดได้ยาก				
กว่าเดิม				
ใช่		-1.043		
ไม่ใช่		กลุ่มอ้างอิง		
พาหนะที่ใช้ในการเดินทางไปพบหมอในช่วง				
การระบาดของโควิด 19				
รถส่วนตัว	-0.443	1.417	-0.016	0.755
รถสาธารณะ		กลุ่มอ้างอิง		

**หมายเหตุ:** \*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed), B = unstandardized coefficients; S.E. = standard error; Beta = standardized coefficients; 95% CI = 95% confidence interval; VIF = variance inflation factor, Constant =40.142  $R^2 = 0.093$

### 3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ ผู้ดูแล การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $B = 11.802$ ,

p-value < 0.05) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร ส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น 11.802 คะแนน และผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อสังคมออนไลน์ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อสังคมออนไลน์ (B = 4.104) เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข (B = 4.359) อาสาสมัครสาธารณสุข (B = 3.560) ส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น 4.104, 4.359 และ 3.560 คะแนนตามลำดับ (ตาราง 12)

**ตาราง 12 ผลการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยสถิติอ้างอิงด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงเดี่ยว (Univariate analysis) ด้วยการถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย (Simple Linear Regression)**

	ปัจจัยเสริม	B	SE(B)	$\beta$	p-value
ผู้ดูแล	มี	2.993	3.375	0.043	0.376
	ไม่มี		กลุ่มอ้างอิง		
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ	ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร		กลุ่มอ้างอิง		
	เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร	11.802	5.757	0.099	0.041*
	สื่อสังคมออนไลน์	4.104	1.737	0.148	0.019*
	เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และสาธารณสุข	4.359	1.938	0.154	0.025*
	อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)	3.560	1.656	0.118	0.032*
	บุคคลในครอบครัว	0.725	1.716	0.022	0.423
	โทรทัศน์/วิทยุ	1.644	1.538	0.054	0.286
	อื่น ๆ		กลุ่มอ้างอิง		

**หมายเหตุ:** \*Correlation is significant at the <0.05 level (2-tailed), B = unstandardized coefficients; S.E. = standard error; Beta = standardized coefficients; 95% CI = 95% confidence interval; VIF = variance inflation factor, Constant =24.751,  $R^2$  =0.036

#### 4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในช่วงการระบาดโรคโควิด 19 จังหวัดเชียงราย

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโควิด 19 ความเครียด สุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ตัวแปร ความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่  $p\text{-value} < 0.001$  โดยพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเครียด กล่าวคือ เมื่อคะแนนความรู้สูงจะทำให้คะแนนความเครียด ( $r = -0.846$ ) สุขภาพจิต ( $r = -0.743$ ) อยู่ในระดับต่ำ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ( $r = 0.500$ ) คุณภาพชีวิต ( $r = 0.332$ ) อยู่ในระดับสูง และเมื่อคะแนนความเครียดอยู่ในระดับสูงจะส่งผลให้คะแนนสุขภาพจิต ( $r = 0.849$ ) อยู่ในระดับรุนแรง ความรู้ ( $r = -0.846$ ) พฤติกรรมการดูแลตนเอง ( $r = -0.650$ ) คุณภาพชีวิต ( $r = -0.391$ ) อยู่ในระดับต่ำ และเมื่อคะแนนสุขภาพจิตอยู่ในระดับที่รุนแรงจะส่งผลให้คะแนนความเครียดอยู่ในระดับสูง ( $r = -0.849$ ) คะแนนความรู้ ( $r = -0.743$ ) พฤติกรรมการดูแลตนเอง ( $r = -0.581$ ) คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ( $r = -0.419$ ) และเมื่อคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงจะส่งผลให้คะแนนความเครียด ( $r = -0.650$ ) สุขภาพจิต ( $r = -0.581$ ) อยู่ในระดับต่ำ และคะแนนความรู้ ( $r = 0.500$ ) คุณภาพชีวิต ( $r = 0.298$ ) อยู่ในระดับสูง และเมื่อคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง จะส่งผลให้คะแนนความเครียด ( $r = -0.391$ ) สุขภาพจิต ( $r = -0.419$ ) อยู่ในระดับต่ำ ละคะแนนความรู้ ( $r = 0.332$ ) พฤติกรรมการดูแลตนเอง ( $r = 0.298$ ) อยู่ในระดับสูง

ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยสูงอายุ ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในช่วงการระบาดโรคโควิด 19 จังหวัดเชียงราย โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ (Pearson correlation coefficient)

ปัจจัย	ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ต่ำสุด - สูงสุด	r				
			1	2	3	4	5
1. ความรู้	7.52±2.20	1-12	1	-.846**	-.743**	.500**	.332**
2. ความเครียด	46.76±21.48	3-96	-.846**	1	.849**	-.650**	-.391**
3. สุขภาพจิต	4.54±5.02	0-23	-.743**	-.849**	1	-.581**	-0.419**
4. พฤติกรรมการดูแลตนเอง	42.68±13.67	27-71	.500**	-.650**	-.581**	1	.298**
5. คุณภาพชีวิต	76.92-14.86	32-112	.332**	-.391**	-.419**	.298**	1

หมายเหตุ : \*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed), r = Correlation Coefficient



## บทที่ 5

### บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลกระทบการระบาดของโรคโควิด 19 ต่อความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาระดับความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิต อีกทั้งได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สถานะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข และปัจจัยเสริม ได้แก่ ผู้ดูแล การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ในพื้นที่ ตำบลจันจว้า อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย จำนวน 450 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และเครื่องมือมาตรฐานคือ แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Mahatnirunk, 2002) แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต (GHQ – 28) (Nilchaikovit, Sukying and Silpakit, 1996) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF-THAI) (Mahatnirunkul, Tuntipivatanaskul and Pumpisanchai, 1998) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติอ้างอิง ได้แก่ การวิเคราะห์การถดถอย (Regression Analysis) และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Pearson correlation coefficient) โดยได้สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และขอเสนอแนะ ซึ่งจะได้นำเสนอรายละเอียดดังนี้

### สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้สามารถสรุปได้ว่า การนำกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL สามารถอธิบายผลการศึกษาที่เกิดขึ้นโดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 69.42 ปี และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเคยตรวจหาเชื้อโควิด 19 (ด้วยวิธี RT-PCR) ร้อยละ 68.90 โดยกลุ่มตัวอย่างนั้นมีผลการตรวจโควิด 19 ส่วนมากไม่เคยติดเชื้อโควิด 19

ร้อยละ 84.00 และกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนโรคเรื้อรังที่ป่วยพบว่าผู้ป่วยมีหนึ่งโรค ร้อยละ 47.80 สองโรคพร้อม ร้อยละ 37.10 และสามโรคพร้อม ร้อยละ 15.1 โดยโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 76.4 ระยะเวลาในการรักษาโรคเฉลี่ย 8.34 ปี ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการรักษาโรคในช่วง 0 ถึง 5 ปี ร้อยละ 40.70 ด้านความรู้พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 45.60 และพบว่ามากกว่าครึ่ง มีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง ร้อยละ 32.20 และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 64.90 ด้านสุขภาพจิตพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 34.00 ในด้านคุณภาพชีวิตภาพรวมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่า มีระดับคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.70 เมื่อวิเคราะห์ตัวแปร ในปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ตามกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL พบตัวแปรที่มีความสำคัญ ปัจจัยนำ ได้แก่ ตัวแปร ความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ จำนวนโรคร่วม โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเส้นเลือด ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดเชียงราย

### อภิปรายผลการวิจัย

สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างสามารถสรุปและอภิปรายผลได้ดังนี้ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 69.42 และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ซึ่งมีสถานภาพสมรสเป็นคู่ ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาในชั้นประถมศึกษา และพบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีรายได้ที่เพียงพอ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ เช่นเดียวกับประชากรที่ศึกษาในการศึกษาของ Zin, et al. (2020) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเมือง และปริมณฑล เขตต่างๆ ประเทศเมียนมาร์ ที่มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน

จากการวิเคราะห์ โดยการใช้ PRECEDE-PROCEED MODEL ระยะที่ 3 การวินิจฉัย ด้านพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัยด้วยกัน คือ ปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม (enabling factors) ปัจจัยเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง (reinforcing factors) ประเด็นสำคัญของระยะนี้ คือ การระบุปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องจะเป็นกุญแจสำคัญในการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมอีกในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังนี้

ด้านปัจจัยนำพบว่า ปัจจัย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อทดสอบด้วยการถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย (Simple Linear Regression) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาบางประการของ ลีติมา ทาสวรรณอินทร์ และคณะ (2564) ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดเชียงรายพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับ เพศ อายุ อาชีพหลัก อาชีพเสริม รายได้ และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ในการศึกษาครั้งนี้พบความแตกต่างคือ พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับความเพียงพอของรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความรู้ที่เกี่ยวกับโควิด 19 ในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้คะแนนความรู้ในระดับต่ำ และปานกลาง และพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1997) ที่ระบุว่า การเรียนรู้ของแต่ละบุคคลส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หากบุคคลมีระดับความรู้ หรือความเชื่อในความสามารถของตนเองในระดับสูง ก็จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางพฤติกรรมที่ดีขึ้น (Bandura, 1977) เมื่อพิจารณารายชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะตอบผิดในข้อคำถามที่ถามว่าอาการมิใช่จะเกิดขึ้นในผู้ป่วยทุกรายที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 และผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 จะไม่ติดต่อหากไม่มีไข้ และการกิน หรือสัมผัสกับสัตว์ป่าอาจทำให้เกิดการติดเชื้อโรคโควิด 19 และการกักตัวด้วยน้ำเกลือ หรือน้ำยาบ้วนปากมีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 จากการวิเคราะห์ครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างขาดความรู้ในด้านอาการและการป้องกันและแพร่กระจายของโรคโควิด 19 อีกทั้งการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Pothisa, et al. (2022) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโควิด 19 ในผู้สูงอายุมีระดับต่ำ อีกทั้งจากการศึกษาได้พบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากที่เป็นโรคเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับโควิด 19 ในระดับต่ำเกี่ยวกับการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อ อาการทั่วไป การป้องกันและควบคุม (Pothisa, et al., 2022) นอกจากนี้ การศึกษาในต่างประเทศได้พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ได้รับคะแนนความรู้ในระดับต่าง ๆ

ซึ่งอาจเนื่องมาจากปัจจัยทางสังคมและประชากร (de Lima Filho, et al., 2021; Lee, Kang and You, 2021)

ด้านความเครียด การศึกษานี้พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีคะแนนความเครียดรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Seangpraw, et al. (2019) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเครียด และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุที่พบว่า หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดสูง และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีการจัดการความเครียดในระดับต่ำ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับแอลกอฮอล์และการเจ็บป่วย โดยมีค่าทำนาย 3.0% [(R = 0.173, R Square = 0.030) (p < 0.05)] (Seangpraw, et al., 2019) อีกทั้งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (B = -0.416, p-value < 0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ (ภุชงค์ อินทร์ชัย และคณะ, 2560) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง พบว่า ความเครียดส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการดำเนินชีวิต ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุได้ผ่านประสบการณ์การระบาดใหญ่ของโรคระบาดในพื้นที่มาแล้ว 3 ครั้ง โดยมีมาตรการของรัฐบาลที่เคร่งครัดในการป้องกันโควิด - 19 และการระงับการเดินทางทำให้พวกเขาเครียด และวิตกกังวล การระบาดใหญ่ของ โควิด 19 ได้ส่งผลกระทบต่อชีวิตในเกือบทุกด้าน และเป็นภัยคุกคามต่อความผาสุกทางร่างกายและอารมณ์ของผู้สูงอายุ (Srifuengfung, et al., 2021) จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีประสบการณ์จากผลกระทบในระดับปานกลางหรือรุนแรงของ โควิด 19 ต่อสุขภาพ (Srifuengfung, et al., 2021) คล้ายกับรายงานข้อมูลสุขภาพจิตของไทย พ.ศ. 2562 อธิบายได้ว่าคนไทยส่วนใหญ่ประสบปัญหาเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด นอกจากนี้ อายุยังสัมพันธ์กับความเครียด และความวิตกกังวลทางสถิติ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2563) อีกทั้งในการศึกษาในยุโรป และในสหรัฐอเมริกาพบว่า การระบาดของ โควิด 19 ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อส่วนใหญ่ (Pécou, et al., 2021) และในการศึกษาก่อนหน้านี้ยังพบอีกว่าผู้สูงอายุมีความเครียด และส่งผลต่อชีวิตประจำวัน ความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงลบกับสุขภาพร่างกาย และจิตใจ (de Frias and Whyne, 2015)

ด้านสุขภาพจิต จากข้อมูลการประเมินสุขภาพจิต ในกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถาม GHQ-28 พบว่า ผู้เข้าร่วมเกือบครึ่งหนึ่งมีปัญหาสุขภาพจิต (คะแนน  $\geq 6 = 34.0\%$ ) สามารถอธิบายได้ว่าการประเมินได้ดำเนินการในระลอกที่สามของการระบาดของ โควิด 19 ซึ่งโควิด 19 ได้ส่งผลกระทบต่อระบบการรักษายาบาลทั่วโลก

กลายเป็นภาวะฉุกละหุนด้านสาธารณสุขระดับโลก (World Health Organization, 2020) อีกทั้งโควิด 19 ส่งผลให้มีปัญหาทางจิตอย่างรุนแรง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง (Bailey, et al., 2021) เมื่อพิจารณารายชื่อในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนน GHQ-28  $\geq 6$  คะแนน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีปัญหาอาการทางกาย (Somatic Symptoms) ซึ่งเป็นอาการทั่วไปของความทุกข์ทางจิตใจ และความผิดปกติทางจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล ที่มักแสดงอาการทางร่างกาย (Escobar, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ajareo, et al. (2021) ที่พบว่าอาการทางกาย (Somatic Symptoms) มักพบในกลุ่มผู้สูงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ และในการศึกษายังพบอีกด้วยว่าผู้สูงอายุ เพศหญิง และโรคร่วม อาทิเช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ/หลอดเลือด เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายอาการทางกาย (Somatic Symptoms) ได้ จากการศึกษาชั้น ได้เห็นความสำคัญกับการตรวจคัดกรอง อาการทางกายในผู้สูงอายุโดยเฉพาะในสตรีสูงอายุ ที่มีโรคประจำตัวหลายอย่าง (Wu, et al., 2022) และการศึกษาพบว่า สุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเอง ที่หมายถึง การใช้เวลาทำสิ่งต่าง ๆ ที่ช่วยให้มีชีวิตที่ดีและปรับปรุงทั้งสุขภาพกาย และสุขภาพจิต เมื่อกล่าวถึงสุขภาพจิต การดูแลตนเองสามารถช่วยให้จัดการกับความเครียด ลดความเสี่ยงของการเจ็บป่วย และเพิ่มพลังงานในชีวิตได้ (National Institute of Mental Health, 2021) พบว่าจากการศึกษาในก่อนหน้านี้นี้ ความรู้สึกเครียด และความเหงาเพิ่มขึ้น ในการระบาดใหญ่ของโควิด 19 ได้นำไปสู่ผลกระทบด้านการดูแลสุขภาพที่หลากหลายต่อผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อ รวมถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงการดูแล และผลกระทบด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับสุขภาพจิต (Devi, et al., 2021)

ปัจจัยเอื้อพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่าตัวแปร จำนวนโรคเรื้อรังรวม การป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเส้นเลือด และการตรวจหาเชื้อโควิด 19 โดยพบว่า ตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $< 0.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของสุขประเสริฐ ทับสี (2563) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอแก่งกระเจาน จังหวัดเพชรบุรี จากการศึกษาพบว่า การมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $< 0.01$ ) และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า จำนวนโรคเรื้อรังที่ป่วยร่วม การตรวจหาเชื้อโควิด 19 มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $< 0.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ เรื่องสงคราม, รพีพร

ที่ยิมจันทร์ และวารสาร คิริสวาง (2558) ที่พบว่าผู้ที่มีโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ในระดับต่ำจึงทำให้เกิดโรคเรื้อรังที่ป่วยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าหนึ่งโรค และในการศึกษาคั้งนี้พบว่าปัจจัยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเส้นเลือดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ กรชนก ม่วงศรี และคณะ (2564) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานพบว่าสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานในระดับที่ดีขึ้น และเช่นเดียวกับการศึกษาของ Gupta, et al. (2020) ที่พบว่าโควิด 19 ทำให้ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หรือมะเร็งต้องปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมากกว่าก่อนสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการออกกำลังกายที่บ้าน การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิตด้วยตนเอง การลดการบริโภคเกลือ การตรวจเท้าด้วยตนเอง และการจัดการความเครียด จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มากขึ้นกว่าเดิม และพบว่าการศึกษาเชื้อโควิด 19 ทำให้คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองลดลงซึ่งอาจเนื่องมาจากการที่ตรวจผลทำให้เกิดความสบายใจและลดความตระหนักส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองลดลงอยู่ในระดับต่ำ

ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อีกทั้งยังพบว่าการรับรู้ข่าวสารจากแหล่งสื่อสังคมออนไลน์ อสม. เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองกับซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติที่ดำรงไว้เพื่อส่งเสริมสุขภาพโดยมีแบบแผน เป้าหมายขั้นตอน และมีความต่อเนื่อง รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร จนทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ และอิทธิพลของสถานการณ์เป็นการรับรู้สถานการณ์นั้นส่งผลกับวิถีชีวิตทำให้เกิดแรงจูงใจการปฏิบัติพฤติกรรมอันจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น (Pender, 1987) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปทุมมา ลีศรีงาม, ศรัณย์ธร ศศิธนากรแก้ว และวราพรธณ อภิศุระโชค (2564) ที่พบว่าการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารจากภาครัฐ และภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการปฏิบัติเพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี และเกิดพฤติกรรมที่ปฏิบัติอย่างเป็นประจำ (ปทุมมา ลีศรีงาม, ศรัณย์ธร ศศิธนากรแก้ว และวราพรธณ

อภิศุภะโชค, 2564) และจากการศึกษาพบว่า การได้รับข่าวสารจากสื่อสังคมออนไลน์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา อุทัย ยะวี และมณฑนา สีเขียว (2562) ที่พบว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในปัจจุบันมีการขยายตัวเพิ่มมากขึ้นทั้งหน่วยงานภาครัฐ เอกชน ตลอดจนหน่วยงานชุมชน ที่เกี่ยวข้องซึ่งมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพ และช่วยยกระดับความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลได้เพิ่มมากขึ้นอีกทั้งในการศึกษาของ Fu and Xie (2021) พบว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีอย่างมีนัยสำคัญ แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษาของ Islam, et al. (2019) ได้ค้นพบว่าสื่อสังคมออนไลน์อาจมีความเสี่ยงและความท้าทาย เช่น การถ่ายทอดข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง การขาดการรักษาความลับของข้อมูล การตรวจสอบ และกฎระเบียบ ผลประโยชน์ทางการค้า ความเสมอภาคในการเข้าถึง และการขาดมาตรฐาน จำเป็นต้องมีการพัฒนา และปฏิบัติตามแนวทางข้อบังคับ และมาตรฐานเพื่อช่วยหลีกเลี่ยงผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์และจากการศึกษาพบว่า การได้รับข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Vicerra (2021) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีหน้าที่เผยแพร่ข้อมูล และติดตามสถานะสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น และเป็นเครือข่ายสุขภาพชุมชนที่มีความสำคัญในการให้สร้างความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองแก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับโดยเฉพาะโรคระบาด (Vicerra, 2021) อีกทั้งในการศึกษาได้พบว่า การได้รับข่าวสารจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องเป็นไปตามนโยบาย การดำเนินงานกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นให้บุคลากรสาธารณสุข และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เป็นด่านหน้าในการดูแลสุขภาพ ประชาชนในชุมชน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญ และการเป็นสื่อกลางในการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจ ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และสร้างความมั่นใจแก่ประชาชนในชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2563)

สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกับการศึกษาในสตรีสูงอายุในประเทศอิหร่าน ในปี 2015 ในด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่าส่วนมากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ และพบความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญ (Mahdizadeh and Solhi, 2018) ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Bandura (1997) ที่ระบุว่า การเรียนรู้ของแต่ละบุคคลส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หากบุคคลมีระดับการรับรู้ หรือความเชื่อในความสามารถของตนเองในระดับสูง ก็จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางพฤติกรรม

ได้ดีขึ้น (Bandura, 1977) และเมื่อพิจารณารายชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองรายด้าน 5 ด้าน พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ที่อยู่ในระดับต่ำมากที่สุด คือ การเว้นระยะห่าง (71.6) การสวมหน้ากากอนามัย (66.2) การล้างมือ (52.0) การรับประทานอาหาร (51.8) และสุดท้ายการออกกำลังกาย (36.0) ซึ่งมีความสอดคล้องในการศึกษาของ Lima-Costa, et al. (2020) ที่ได้ศึกษา การเว้นระยะห่างทางสังคม การใช้หน้ากากอนามัย และการล้างมือในประชาชน ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ในประเทศบราซิล จากการศึกษาพบว่า ในด้านการเว้นระยะห่าง ทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ แต่การใช้หน้ากากอนามัย และการล้างมือในระดับสูง ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Lee, Kang and You (2021) ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างประชาชน ทั่วไปพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองรายด้านการเว้นระยะห่างอยู่ในมีการปฏิบัติ ในระดับสูงมากที่สุดรองลงมาคือ การสวมหน้ากากอนามัย และการล้างมือ จากการศึกษา ที่ได้ค้นพบนั้นอาจเนื่องมาจากมาตรการของทางภาครัฐ และการสร้างความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในแต่ละพื้นที่ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ ให้อยู่ในระดับที่ดีขึ้นไปนั้นจะต้องมีการสร้าง ความรู้ความเข้าใจ และการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี และสามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุให้อยู่ในระดับที่ดีมากขึ้น

จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender, 1987) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่ม และกระทำในแนวทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิตส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี ของตนไว้การดูแลสุขภาพจะต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอนตลอดจนความต่อเนื่องกัน และเมื่อใดที่ได้กระทำอย่างถูกต้องครบถ้วน จะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลสุขภาพ มากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Babazadeh, et al. (2017) ที่ได้ศึกษา ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศอิหร่าน พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทุกด้าน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ong-Artborirak and Seangpraw (2019) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ กับคุณภาพชีวิต อีกทั้งมีตัวแปรอื่น ๆ เช่น อายุ กลุ่มชาติพันธุ์ การศึกษา โรคประจำตัว และการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามี ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่สามารถกำหนดคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุได้ (Ong-Artborirak and Seangpraw, 2019) ดังนั้นการทำงานในด้านพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็น

ในการที่จะต้องทำการศึกษา ในพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อพัฒนาเป็นนโยบายทางด้านสาธารณสุข และนำสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาการให้บริการสาธารณสุข สามารถนำผลการศึกษาให้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับครอบครัว ชุมชน หน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานภาคเอกชน ได้มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนการให้บริการ หรือการให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนเชิงนโยบายในการบริหารจัดการสังคมผู้สูงอายุ ในขณะที่เกิดการระบาดของโรคโควิด 19 ให้มีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ปราศจากความเครียด และปัญหาทางสุขภาพจิต

#### ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ควรมุ่งเน้นการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อเป็นการค้นคว้าข้อเท็จจริงเพื่อนำมาตอบปัญหาที่ตั้งไว้อย่างเป็นระบบระเบียบ และมีการสังเกตและตรวจสอบ แหล่งที่มาของข้อมูล มีการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมดูแลตนเอง และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้นและยั่งยืน

#### ข้อจำกัด

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับโรคและปัจจัยอื่น ๆ ที่น่าสนใจอยู่ในชุมชนที่จุดเวลาใดเวลาหนึ่งใช้ประเมินสถานะสุขภาพและความต้องการด้านสาธารณสุขของประชากร (ประโยชน์ต่อการสาธารณสุข) วิธีการศึกษาแบบภาคตัดขวางมีข้อเสียบางประการ เนื่องจากมีการรวบรวมข้อมูล ณ จุดเดี่ยวนักวิจัยจึงไม่สามารถสรุปข้อสรุปเกี่ยวกับสาเหตุได้อย่างชัดเจน

2. เนื่องจากการเก็บแบบสอบถามเป็นการเก็บสอบถามเพื่อคัดกรองเกี่ยวกับสุขภาพจิตเบื้องต้น การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตบางอย่างไม่สามารถใช้ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม ต้องได้รับการตรวจจากแพทย์

3. ในช่วงการระบาดของโควิด 19 ขณะประกาศเป็นโรคติดต่ออันตราย ในพื้นที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีอุปสรรค ในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างจากนั้นผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามมาตรการของรัฐโดย ผู้วิจัยจะต้องได้รับหนังสืออนุมัติการดำเนิน

วิจัยจากหน่วยงานในพื้นที่ และผู้นำชุมชนในพื้นที่ ในการเก็บข้อมูล รวมถึงแจ้งความเสี่ยงให้กับผู้เข้าร่วมในการทำวิจัยทราบ

4. กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอาจมีความเข้าใจในการสื่อสารที่ต้องได้รับความช่วยเหลือและเป็นผู้ที่มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางและเป็นกลุ่มเสี่ยงมีอาการรุนแรงเมื่อติดโควิด 19 ในการศึกษาครั้งนี้จึงต้องมีความระมัดระวังป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเคร่งครัด





## บรรณานุกรม

- กนกพร หมูพยัคฆ์, วงเดือน ปั่นดี และจิราพร ชีรพัฒนะ. (2539). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของหญิงวัยกลางคนอายุ 40-59 ปี **วารสารพยาบาล**, 45(4), 61-69.
- กรชนก ม่วงศรี, ญัฐริกา ลาดค่อมมอม, ปวีณา เทศนนท์ และประเสริฐ ประสมรักษ์. (2564). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองก่อนและหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ตำบลนาหมอม้า อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. **วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน**, 4(1), 1-10.
- กรมการแพทย์. (2564). **คู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำหรับผู้ปฏิบัติงาน)** (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: สำนักงานองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (9 มีนาคม 2564). **สิทธิสวัสดิการผู้สูงอายุ**. สืบค้นเมื่อ 13 สิงหาคม 2565, จาก <https://www.dop.go.th/th/know/15/646>
- กรมควบคุมโรค. (2563). **โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)**. สืบค้นเมื่อ 16 กรกฎาคม 2564, จาก [https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/faq\\_more.php](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/faq_more.php)
- กรมควบคุมโรค. (2565). **สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 ในประเทศ**. สืบค้นเมื่อ 6 สิงหาคม 2565, จาก <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboards/>
- กรมสุขภาพจิต. (2545). **สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2545 - 2546** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- กรมสุขภาพจิต. (2563). **องค์ความรู้การดูแลสุขภาพใจในสถานการณ์การระบาดโควิด-19 “ใจพร้อม ไม่ยอมป่วย”**. สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม 2564, จาก <https://dmh.go.th/covid19/pnews/files>
- กรมสุขภาพจิต. (24 พฤษภาคม 2564). **ความเสี่ยง และผลกระทบต่อผู้สูงอายุในช่วง Covid-19**. สืบค้นเมื่อ 7 กรกฎาคม 2564, จาก <https://www.dmh.go.th>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). **กลุ่มรายงานมาตรฐานข้อมูลทั่วไป. ประชากร**. สืบค้นเมื่อ 13 กรกฎาคม 2564, จาก <https://cri.hdc.moph.go.th>

- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). **กลุ่มรายงานมาตรฐาน.สถานสุขภาพ.การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ.อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน** สืบค้นเมื่อ 13 กรกฎาคม 2564, จาก <https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/>
- กองโรคไม่ติดต่อ. (2562). **จำนวนและอัตราตายด้วย 4 โรค NCD ต่อประชากรแสนคน ปี 2559-2561 จำแนกรายจังหวัด เขตบริการสุขภาพและภาพรวมประเทศ.** สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2564, จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission3>
- กองสุขภาพศึกษา. (2542). **การดูแลสุขภาพตนเอง.** สืบค้นเมื่อ 31 มกราคม 2564, จาก <http://www.hed.go.th/>
- เกษแก้ว เสียงเพราะ. (2550). **การวิจัยปฏิบัติการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องเพศสัมพันธ์ของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดร้อยเอ็ด.** วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์), มหาวิทยาลัยมหิดล,
- เกษแก้ว เสียงเพราะ. (2561). **สุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกษแก้ว เสียงเพราะ. (2563). **ทฤษฎี เทคนิคการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุข** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกษรา โพธิ์เย็น. (2562). **สังคมผู้สูงอายุ : โอกาสของธุรกิจที่ยั่งยืนในอนาคต.วารสารวิทยาการการจัดการปริทัศน์, 21(1), 201-210.**
- โกวิท นพพร. (20 พฤศจิกายน 2561). **Mental Health ความเครียดสะสมเสี่ยงฆ่าตัวตาย.** สืบค้นเมื่อ 13 กรกฎาคม 2564, จาก <https://www.samitivejhospitals.com>
- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. (20 มีนาคม 2563). **ความรู้พื้นฐาน COVID-19 ตอนที่ 1.** สืบค้นเมื่อ 18 สิงหาคม 2564, จาก <http://phoubon.in.th/covid-19>
- คณิน จินตนาปราโมทย์, พรชัย สิทธิศรีธัญกุล และเดชา ลลิตอนันต์พงศ์. (2563). **ความชุกของความเครียดจากการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแพทย์ประจำบ้านโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่ง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 65(3), 207-218.**
- จิรนุช จิตราทร. (ม.ป.ป). **ความเครียด.** สืบค้นเมื่อ 4 กรกฎาคม 2565, จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th>

- จิราภรณ์ เรืองสงคราม, รพีพร เทียมจันทร์ และวราภรณ์ ศิริสว่าง. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลฟ้าฮ่าม อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. **วารสารบัณฑิตวิจัย**, 6(2), 172-183.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2543). **พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข** (พิมพ์ครั้งที่ 3). นครศรีธรรมราช: สหประชาพานิชย.
- ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์, อนุสรุ บุญจิต, ชฎาพัคค์์ สุขกาย, กฤษณะ แสงจันทร์, ดุจฤดี คงสุวรรณ และปรัชญาณินทร์ วงศ์ทิตติกุล. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดเชียงราย. **วารสารกิจการุณย์**, 28(2), 77-92.
- ฐิติมา วงศ์วิริยะวงศ์. (28 สิงหาคม 2558). **เตรียมพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ. คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล**. สืบค้นเมื่อ 7 กรกฎาคม 2564, จาก <https://www.si.mahidol.ac.th>
- ทวีรัสมิ์ ธนาคม. (2533). **ถึงยากก็ต้องทำ** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: หอรัตนชัยการพิมพ์.
- ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ และทักษิภา ชัชวรัตน์. (2563). ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเอง จากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019. **วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา**, 21(2), 29-39.
- ธิดารัตน์ มิ่งกุล. (5 เมษายน 2561). **การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ**. สืบค้นเมื่อ 18 สิงหาคม 2565 จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/41684>
- ธีระพงษ์ ทศวัฒน์ และปิยะกมล มหิวรรณ. (2563). การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมของประชาชนและการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19). **วารสารมหาจุฬานาครธรรมศน์**, 7(9), 40-55.
- นงลักษณ์ โตบันสีอภพ และคณะ. (2563). การรับรู้ ทศนคติ และความรู้ต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมและผลต่อการปฏิบัติตัวตามมาตรการ สุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของประชาชน ในจังหวัดลำปางในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19. **วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ**, 8(1), 168-184.
- นริสา วงศ์พนารักษ์. (2557). ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. **วารสารพยาบาลทหารบก**, 15(3), 24-30.

นิตยา เพ็ญศิริินภา. (2557). **หน่วยที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับสุขศึกษาและการประชาสัมพันธ์ในงานสาธารณสุข. ในเอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษาและการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข (ปรับปรุงครั้งที่ 2) (พิมพ์ครั้งที่ 1).** นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

บรรลุ ศิริพานิช, ลัดดา ดำริการเลิศ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, อุบล หลิมสกุล, วิชัย เอกพลากร, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. (2561). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560.** สืบค้นเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2564, จาก <http://www.dop.go.th>

เบญจมาศ สุขศรีเพ็ญ. (2558). **PRECEDE PROCEED MODEL.** สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2565, จาก <https://www.gotoknow.org/posts/115416>

ปทุมมา ลีมาศรีงาม, ศรัณย์ธร ศศิธนากรแก้ว และวราพรพรรณ อภิศุภะโชค. (2564). การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ผ่านสื่อสังคมออนไลน์กับทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคในกรุงเทพมหานคร. **วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์,** 8(9), 18-33.

ผกา สัตยธรรม. (2531). **สุขภาพจิตเด็ก (พิมพ์ครั้งที่ 1).** กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานพ.ศ. 2542. (2546). ใน **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542.** นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์: กรุงเทพฯ.

พร้อมจิตร ห่อนบุญเหิม. (2553). **ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียม : แนวคิดและการประยุกต์ในการพยาบาลสูติศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 1).** มหาสารคาม : โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2553.

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับที่ ๓). (20 ธันวาคม 2560). **ราชกิจจานุเบกษา.** 134(131 ก). หน้า 36-39. (134).

พัชรภรณ์ พัฒนะ. (2560). **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดสระบุรี.** รายงานการค้นคว้าอิสระ ส.ม., มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.

พีรพล เทพประสิทธิ์, วิไลวรรณ ศรีสงคราม, สุชัยญา รัตนสัญญา และโรจน์รวี พจน์พัฒพล. (2549). **จิตวิทยาทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 1).** กรุงเทพฯ: ทริปเพิ้ล เอ็ดดูเคชั่น.

ภูงศ์ อินทร์ชัย, อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข, สมชาย ตุงค์เดช, ปุณยนุช สนธิโพธิ์, จุฑารัตน์ บรรดิจ และเอี่ยมละอาด. (2560). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง. **วารสารกรมการแพทย์,** 43(4), 100-104.

- มยุรี หอมสนิท. (12 มกราคม 2561). **ปรับพฤติกรรม ปลอดภัยจาก NCD**. สืบค้นเมื่อ 24 มกราคม 2564, จาก <https://www.si.mahidol.ac.th/Th/healthdetail.asp?aid=1122>
- มะลิสา งามศรี, หงษ์ บรรเทิงสุข, ดรุณี ใจสว่าง, โชติกา สมสุวรรณ และอภิญา เยาวบุตร. (2564). ความชุกของความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). **วารสารศรีรณาลัยวิจัย**, 11(2), 63-76.
- มันไชร์ ดอเลาะ. (2559). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษา: ตำบลบาละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา**. วท.ม. (สาขารณศาสตร์), มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา, ยะลา.
- มินตรา สารระักษ์, ลีดิรัช งานฉมั่ง และนันทยา กระสวยทอง. (2563). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคำขวาง อำเภอรือเสาะ จังหวัดอุบลราชธานี. **ศรีนครินทร์เวชสาร**, 35(3), 304-310.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2562). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2562** (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2563). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2563**. สืบค้นเมื่อ 11 มกราคม พ.ศ.2564, จาก <https://thaitgri.org/>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.๒๕๕๙** (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).
- โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. (ม.ป.ป.). **ภาวะเครียด**. สืบค้นเมื่อ 4 กรกฎาคม 2565, จาก <https://www.bumrungrad.com/th/conditions/stress>
- ลักขณา สริวัฒน์. (2545). **สุขวิทยาจิตและการปรับตัว** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- วรรณมา มุ่งทวีเกียรติ, เพ็ญภา วิเชียร, พัฒนา ชวลิตศุภเศรษฐี, อรทัย หุ่นดี และชัชวาล วงศ์สารี. (2564). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19. **วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี**, 13(2), 313-323.
- วิทมา ธรรมเจริญ. (2561). พยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลสองพี่น้อง จังหวัดจันทบุรี. **วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี**, 27 (5), 850-865.

- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (ม.ป.ป.). **การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในวัยผู้สูงอายุ**. สืบค้นเมื่อ 16 สิงหาคม 2564, จาก <https://ns.mahidol.ac.th>
- ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์. (3 เมษายน 2554). **ความเครียด และวิธีแก้ความเครียด**. สืบค้นเมื่อ 16 กรกฎาคม 2564, จาก <https://pharmacy.mahidol.ac.th>
- ศศิพิมล แสงจันทร์ และเกศกมล สุขเกษม. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของประชากรเขตกรุงเทพมหานครในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19. **วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์(มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)**, 12(2), 218-230.
- สมบัติ ตาปัญญา. (2526). **คู่มือคลายเครียด : ความรู้เรื่องความเครียด การป้องกันและแก้ไข** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เจริญบุญการพิมพ์
- สรร กลิ่นวิจิต, เวรกา กลิ่นวิจิต, พวงทอง อินใจ และกลิ่นวิจิต, พ. (2558). การประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี. **บูรพาเวชสาร**, 2(1), 21-33.
- สายพิน ไซยพันธ์. (13 กุมภาพันธ์ 2561). **ผู้สูงอายุกับปัญหาทางใจ**. สืบค้นเมื่อ 13 สิงหาคม 2565, จาก <https://www.thaipost.net/main/post>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). **กลุ่มโรค NCDs โรคที่คุณสร้างเอง**. สืบค้นเมื่อ 18 สิงหาคม 2564, จาก <https://www.thaihealth.or.th>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. (2564). **รายละเอียดผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด19 ของจังหวัดเชียงราย**. สืบค้นเมื่อ 18 กรกฎาคม 2564, จาก <https://www.facebook.com/SanaknganSatharnsukhCanghwadCheiyngray>
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2563). **รายงานประจำปี 2563 สำนักอนามัยผู้สูงอายุ**. สืบค้นเมื่อ 18 สิงหาคม 2564, จาก <https://eh.anamai.moph.go.th>
- สุขประเสริฐ ทับสี. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอแก่งกระจานจังหวัดเพชรบุรี. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี**, 3(1), 14-30.
- สุจริต สุวรรณชีพ, นันทนา รัตนากร, กาญจนา วณิชรมณี, พรรณี ภาณุวัฒน์สุข และนันทน์ภัส ประสานทอง. (2558). **แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต** (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข.

- สุทธิพงศ์ บุญผดุง. (2554). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่นโดยใช้โรงเรียน  
เป็นฐานตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง(ระยะที่ 1). มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา,  
กรุงเทพมหานคร. สืบค้นเมื่อ 18 สิงหาคม 2564, จาก <http://ssruir.ssru.ac.th>
- สุภาภรณ์ สดหนองบัว. (2564). การดูแลผู้สูงอายุ:สถานการณ์ และคุณภาพชีวิต  
(พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล. (2556). สังคมผู้สูงอายุกับความท้าทายการจัดการด้านสุขภาพ.  
โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ 2(17), 1-3.
- อรนิษฐ์ แสงทองสุข. (2562). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย  
กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานีและนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ บธ.บ.  
มหาวิทยาลัยศรีปทุม, กรุงเทพมหานคร. สืบค้นเมื่อ 28 กรกฎาคม 2564, จาก  
<http://dspace.spu.ac.th>
- อรุณี มิ่งประเสริฐ. (2557). การศึกษาสุขภาพจิตและความเครียดของนักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์  
มหาวิทยาลัยรังสิต. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 40(2), 221-227.
- อิทธิพัทธ์ อรุณสุรัตน์, วันทีน ศรีเบญจลักษณ์ และอชิบดี มีสิงห์. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา  
2019: เรารู้อะไรบ้าง. *วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(1), 1-9.
- อุทัย ยะวี และมัณฑนา สีเขียว. (2562). การใช้สื่อสังคมออนไลน์กับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ  
ในยุคไทยแลนด์ 4.0. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง*, 8(1), 222-238.
- Ajaero, C. K., Wet-Billings, N., Atama, C., Agwu, P. and Eze, E. J. (2021). The prevalence  
and contextual correlates of non-communicable diseases among inter-provincial  
migrants and non-migrants in South Africa. *BMC Public Health*, 21(1), 999.
- Ajeh, R. A., Ndenkeh, J. J., Nji, A. M., Adedimeji, A. and Yumo, H. A. (2019). Determinants  
of the Accessibility of Elderly Adults to Primary Health Care Services in Cameroon.  
*American Journal of Public Health Research*, 7(3), 102-110.
- Al Ahdab, S. (2021). A cross-sectional survey of knowledge, attitude and practice (KAP)  
towards COVID-19 pandemic among the Syrian residents. *BMC Public Health*,  
21(1), 296.

- Al Dhaheri, A. S., Bataineh, M. a. F., Mohamad, M. N., Ajab, A., Al Marzouqi, A., Jarrar, A. H., et al. (2021). Impact of COVID-19 on mental health and quality of life: Is there any effect? A cross-sectional study of the MENA region. **PLoS One**, 16 (3), e0249107.
- Algahtani, F. D., Hassan, S. U., Alsaif, B. and Zrieq, R. (2021). Assessment of the Quality of Life during COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Survey from the Kingdom of Saudi Arabia. **Int J Environ Res Public Health**, 18(3), 1660-4601.
- Arslan, G., Yildirim, M., Tanhan, A., Buluş, M. and Allen, K. A. (2021). Coronavirus Stress, Optimism-Pessimism, Psychological Inflexibility, and Psychological Health: Psychometric Properties of the Coronavirus Stress Measure. **International Journal of Mental Health and Addiction**, 19(6), 2423-2439.
- Babazadeh, T., Dianatinasab, M., Daemi, A., Nikbakht, H. A., Moradi, F. and Ghaffari-Fam, S. (2017). Association of Self-Care Behaviors and Quality of Life among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: Chaldoran County, Iran. **Diabetes Metab J**, 41(6), 449-456.
- Bailey, L., Ward, M., DiCosimo, A., Baunta, S., Cunningham, C., Romero-Ortuno, R., et al. (2021). Physical and mental health of older people while cocooning during the COVID-19 pandemic. **Qjm**, 114(9), 648-653.
- Bandura, A. (1997). **Self-efficacy: The exercise of control**. New York: W. H Freeman and Company.
- Bojola, F., Taye, W., Samuel, H., Mulatu, B., Kawza, A. and Mekuria, A. (2022). Non-communicable diseases (NCDs) and vulnerability to COVID-19: The case of adult patients with hypertension or diabetes mellitus in Gamo, Gofa, and South Omo zones in Southern Ethiopia. **PLoS One**, 17(1), e0262642.
- Boss, G. R. and Seegmiller, J. E. (1981). Age-related physiological changes and their clinical significance. **West J Med**, 135(6), 434-440.
- British Medical Association. (2016). **Growing older in the UK**. Retrieved May 24, 2021, from <https://www.bma.org.uk>
- Cai, T., Verze, P. and Bjerklund Johansen, T. E. (2021). The Quality of Life Definition: Where Are We Going? **Uro**, 1(1), 14-22.

- Catherine Pécout, Emilie Pain, Michael Chekroun, Claire Champeix, Claudie Kulak, Rita Prieto, Joris van Vugt, Kim Gilchrist, Anne-Félice, et al. (2021). Impact of the COVID-19 Pandemic on Patients Affected by Non-Communicable Diseases in Europe and in the USA. **Int. J. Environ. Res. Public Health** 2021, 18(3), 6697
- Choi, E., Hui, B., Wan, E., Kwok, J., Tam, T. and Wu C. COVID-19 and Health-Related Quality of Life: A Community-Based Online Survey in Hong Kong. **Int J Environ Res Public Health**. 18(6): 3228.
- Dalkey, N. and Rourke, D. (1973). **Delphi's Procedure and Quality of Life Factor Assessment: Quality of Life Concepts**. Washington DC: Environmental Protection Agency.
- de Frias, C. M. and Whyne, E. (2015). Stress on health-related quality of life in older adults: the protective nature of mindfulness. **Aging Ment Health**, 19(3), 201–206.
- de Lima Filho, B. F., Bessa, N., Fernandes, A., da Silva Patricio, I. F., de Oliveira Alves, N. and da Costa Cavalcanti, F. A. (2021). Knowledge levels among elderly people with Diabetes Mellitus concerning COVID-19 : an educational intervention via a teleservice. **Acta Diabetol**, 58(1), 19–24.
- Devi, R., Goodyear-Smith, F., Subramaniam, K., McCormack, J., Calder, A., Parag, V., et al. (2021). The Impact of COVID-19 on the Care of Patients With Noncommunicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries: An Online Survey of Patient Perspectives. **J Patient Exp**, 8, 23743735211034091.
- ESCAP75. (2021). **Older persons in ASEAN in numbers**. Retrieved Jul 9, 2021, from <https://www.unescap.org/>
- Escobar, J. I. (1995). Transcultural aspects of dissociative and somatoform disorders. **Psychiatr Clin North Am**, 18(3), 555–569.
- Flanagan, K. (1987). Resacralising the Liturgy. **New Blackfriars**, 68(802), 64–75.
- Fu, L. and Xie, Y. (2021). The Effects of Social Media Use on the Health of Older Adults: An Empirical Analysis Based on 2017 Chinese General Social Survey. **Healthcare (Basel)**, 9(9).

- Goldberg, D. P. (1972). **The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness.** Oxford University Press: London. 1972. *Psychological Medicine*, 3(2), 257–257.
- Green, L. and Krueter, M. (1999). **Health Promotion Planning An Education Approach** (3rd Ed.). Toronto: Mayfield Publishing Company.
- Green IW and Kreuter MW. (2005). **Health program planning: An educational and ecological approach** (4th ed.). New York: Emily Barrosse.
- Gupta, S. K., Lakshmi, P. V. M., Kaur, M. and Rastogi, A. (2020). Role of self-care in COVID-19 pandemic for people living with comorbidities of diabetes and hypertension. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, 9(11), 2249–4863.
- Hawash, M. M., Alhazmi, A. H., Wafik, W., Muzammil, K., Mushfiq, S. and Ahmed, H. A. (2021). The Association of COVID-19 Pandemic Stress With Health-Related Quality of Life in the Kingdom of Saudi Arabia: A Cross-Sectional Analytical Study. **Front Public Health**, 9, 600330.
- Hendershott, A. B., Wright, S. P. and Henderson, D. (1992). Quality of life in relation to university students. **National Association of Student Affairs Executive Journal**, 30(1), 11–19.
- Ingram, R. E. and Luxton, D. D. (2005). *Development of Psychopathology: A Vulnerability–Stress Perspective.* Thousand Oaks, California: **SAGE Publications**, Inc. Retrieved Jul 9, 2021, from <https://sk.sagepub.com/books/development-of-psychopathology>.
- Islam, S. M. S., Tabassum, R., Liu, Y., Chen, S., Redfern, J., Kim, S.-Y., et al. (2019). The role of social media in preventing and managing non-communicable diseases in low-and-middle income countries: Hope or hype? **Health Policy and Technology**, 8(1), 96–101.
- Jason Antony Byrne. (2007). **Quality of Life.** Retrieved January 2007, from [https://www.researchgate.net/publication/29467310\\_Quality\\_of\\_Life](https://www.researchgate.net/publication/29467310_Quality_of_Life)

- Khorani, H., Mohammadi, F., Hosseinkhani, Z. and Motalebi, S. A. (2022). Predictive factors of Quality of Life in older adults during the COVID-19 pandemic. **BMC Psychol**, 10(1), 176.
- Lauxmann, M. A., Santucci, N. E. and Autran-Gomez, A. M. (2020). The SARS-CoV-2 Coronavirus and the COVID-19 Outbreak. **Int Braz J Urol**, 46(suppl.1), 6-18.
- Lawrence Robinson, Melinda Smith, M. A. and Robert Segal, M. A. (2016). Stress Management: Tips for Getting Your Stress under Control for Good. Helpguide. Retrieved Jul 9, 2021 from <http://www.helpguide.org/articles/stress/stress-management.htm>.
- Lazarus, R. S. and Folkman S. (1984). **Stress, Appraisal, and Coping**. New York: Springer.
- Lebrasseur, A., Fortin-Bédard, N., Lettre, J., Raymond, E., Bussièeres, E. L., Lapierre, N., et al. (2021). Impact of the COVID-19 Pandemic on Older Adults: Rapid Review. **JMIR Aging**, 4(2), e26474.
- Lee, M., Kang, B. A. and You, M. (2021). Knowledge, attitudes, and practices (KAP) toward COVID-19: a cross-sectional study in South Korea. **BMC Public Health**, 21(1), 295.
- Lima-Costa, M. F., Mambrini, J. V. M., Andrade, F. B., Peixoto, S. W. V. and Macinko, J. (2020). Social distancing, use of face masks and hand washing among participants in the Brazilian Longitudinal Study of Aging: the ELSI-COVID-19 initiative. **Cad Saude Publica**, 36Suppl 3(Suppl 3), e00193920.
- Lin Zhan MS. (1992). Quality of life: conceptual and measurement issues. **Journal of Advanced Nursing**, 17(7), 795-800.
- Liu, B.-C. (1976). **Quality of life indicators in U.S. metropolitan areas : a statistical analysis / Ben-Chieh Liu**. New York: Praeger.
- Mahatnirunk S. (2002). **Suanprung stress test**. Retrieved Jul 9, 2021 from <http://www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc>
- Mahatnirunkul S. (2002). WHOQOL – BREF – THAI. Retrieved Jul 9, 2021 from <https://dmh.go.th/test/whoqol/>

- Mahatnirunkul S, Tuntipivatanaskul W a n d Pumpisanchai W. (1998). Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOLBREF (26 items). **J Ment Health Thai**, 5, 4-15.
- Mahdizadeh, M. and Solhi, M. (2018). Relationship between self-care behaviors and health literacy among elderly women in Iran, 2015. **Electronic physician**, 10(3), 6462-6469.
- Maresova, P., Javanmardi, E., Barakovic, S., Barakovic Husic, J., Tomsone, S., Krejcar, O., et al. (2019). Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age – a scoping review. **BMC Public Health**, 19(1), 1431.
- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: a concept analysis. **J Adv Nurs**, 18(1), 32-38.
- National Institute of Mental Health. (2021). **Caring for Your Mental Health**. Retrieved August 1, 2022, from <https://www.nimh.nih.gov/health>
- Nicola Skyers. (2022). **The Non-Communicable Disease and Injury Prevention Unit**. Ministry of Health and Wellness. Retrieved January 18 2022, from <https://www.moh.gov.jm/programmes-policies/chronic-non-communicable-diseases/>
- Nigam, Y., Knight, J., Bhattacharya, S. and Bayer, A. (2012). Physiological changes associated with aging and immobility. **J Aging Res**, 2012, 468469.
- Nikoloski, Z., Alqunaibet, A. M., Alfawaz, R. A., Almudarra, S. S., Herbst, C. H., El-Saharty, S. et al. (2021). Covid-19 and non-communicable diseases: evidence from a systematic literature review. **BMC Public Health**, 21(1), 1068.
- Nilchaikovit T, Sukying C and Silpakit C. (1996). Reliability and validity of the Thai version of the General Health Questionnaire. **Journal of the Psychiatric Association of Thailand**, 41, 2-17.
- Orem, D. E. (1985). **Nursing: concepts of practice** (Dorothea E Orem, Susan G Taylor and Renpenning, K. M. Eds. 3rd ed.). New York: McGraw-hill.
- Padilla, G. V. and Grant, M. (1985). Quality of life as a variable of nursing outcomes. **Cancer Advances in Nursing**, 8(1), 45-60.

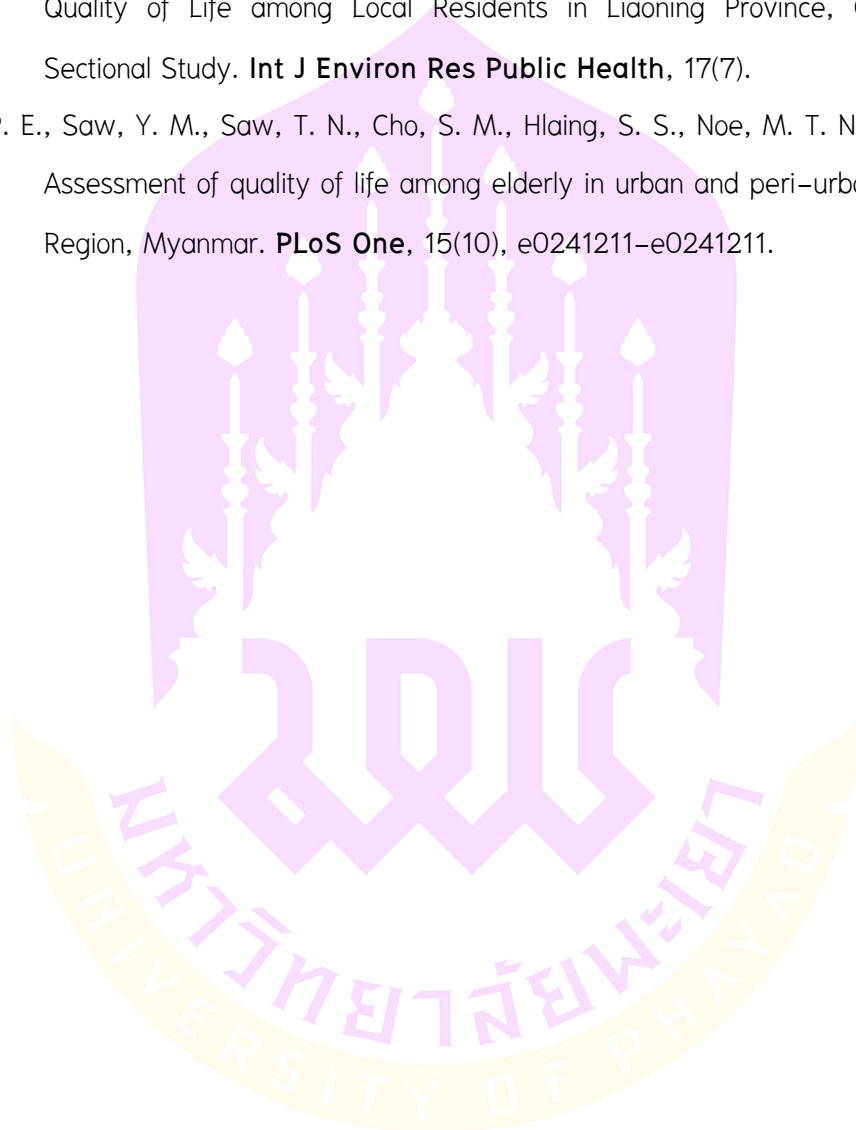
- Palmer, K., Monaco, A., Kivipelto, M., Onder, G., Maggi, S., Michel, J. P., et al. (2020). The potential long-term impact of the COVID-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: consequences for healthy ageing. **Aging Clin Exp Res**, 32(7), 1189–1194..
- Pécout, C., Pain, E., Chekroun, M., Champeix, C., Kulak, C., Prieto, R. et al., (2021). Impact of the COVID-19 Pandemic on Patients Affected by Non-Communicable Diseases in Europe and in the USA. **Int J Environ Res Public Health**, 18 ( 13 ). doi:10.3390/ijerph18136697.
- Peeri, N. C., Shrestha, N., Rahman, M. S., Zaki, R., Tan, Z., Bibi, S., et al. (2020). The SARS, MERS and novel coronavirus (COVID-19) epidemics, the newest and biggest global health threats: what lessons have we learned? **Int J Epidemiol**, 49(3), 717–726.
- Pender, N. J. (1987). **Health promotion in nursing practice**. New York: Appleton & Lang.
- Peters, R., Ee, N., Peters, J., Beckett, N., Booth, A., Rockwood, K., et al. (2019). Common risk factors for major noncommunicable disease, a systematic overview of reviews and commentary: the implied potential for targeted risk reduction. **Therapeutic Advances in Chronic Disease**, 10, 2040622319880392.
- Pothisa, T., Ong-Artborirak, P., Seangpraw, K., Tonchay, P., Kantow, S., Auttama, N., et al. (2022). Knowledge of COVID-19 and Its Relationship with Preventive Behaviors and Vaccination among Adults in Northern Thailand's Community. **Int J Environ Res Public Health**, 19(3), 1521.
- Pothisiri, W., Vicerra, P. M. M. and Buathong, T. (2022). Poverty, noncommunicable diseases, and perceived health risks among older adults during the COVID-19 pandemic in urban Thailand. **Asian Social Work and Policy Review**, 16(2), 126–135.
- Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., et al. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. **Global Health**, 16(1), 57.

- Samlani, Z., Lemfadli, Y., Ait Errami, A., Oubaha, S. and Krati, K. (2020). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Quality of Life and Well-Being in Morocco. **Preprints**, 6(2), 130-134.
- Seangpraw, K., Auttama, N., Kumar, R., Somrongthong, R., Tonchoy, P. and Panta, P. (2019). Stress and associated risk factors among the elderly: a cross-sectional study from rural area of Thailand. **F1000Res**, 8, 655.
- Sohrabi, C., Alsafi, Z., O'Neill, N., Khan, M., Kerwan, A., Al-Jabir, A., et al. (2020). World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). **Int J Surg**, 76, 71-76.
- Srifuengfung, M., Thana-udom, K., Ratta-apha, W., Chulakadabba, S., Sanguanpanich, N. and Viravan, N. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on older adults living in long-term care centers in Thailand, and risk factors for post-traumatic stress, depression, and anxiety. **Journal of Affective Disorders**, 295, 353-365.
- Sudnongbua, S. (2011). **Feelings of abandonment among elderly people in rural Thailand: a thesis presented in fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Health Sciences at Massey University, Palmerston North, New Zealand**. Doctor of Philosophy (Ph.D.) Doctoral, Massey University, Retrieved January 18, 2022, from <http://hdl.handle.net/10179/2679>
- Taylor, S. G. (2001). Orem's General Theory of Nursing and Families. **Nursing Science Quarterly**, 14(1), 7-9.
- The Encyclopedia of New Zealand. (2018). **Story: Older people**. Retrieved January 18, 2022, from <https://teara.govt.nz/en/older-people>
- UNESCO. (1981). **Indicator of Environmental Quality and Quality of life. Research and Social Science** (38 Ed.). Printed in France: Paris.
- UNFPA. (2020). Implications of COVID-19 for Older Persons: Responding to the Pandemic. **UNFPA Global Technical Brief**.
- United Nations. (2013). **World Population Ageing 2013**. Retrieved July 16, 2021, from [www.un.org.development.desa.pdf](http://www.un.org.development.desa.pdf)

- United Nations. (2017). **World population ageing 2017**. Retrieved July 16, 2021, from New York: <https://www.un.org/development/desa/pd/sites/>
- United Nations. (October, 2020). **Ten Key Message World Population Ageing 2020 Highlights**. Department of Economic and Social Affairs. Retrieved July 16, 2021, from <https://www.un.org/development/desa/pd/sites/>
- Vicerra, P. M. M. (2021). Knowledge-Behavior Gap on COVID-19 among Older People in Rural Thailand. **Gerontology and Geriatric Medicine**, 7, 2333721421997207.
- Wang, W., Xu, Y., Gao, R., Lu, R., Han, K., Wu, G., et al. (2020). Detection of SARS-CoV-2 in Different Types of Clinical Specimens. **JAMA**, 323(18), 1843-1844.
- Wattanapit, A., Sottiyotin, T., Thongruch, J., Wattanapit, S., Yongpradern, S. and Kowaseattapon, P. (2022). Self-Care Practices of Patients with Non-Communicable Diseases during the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study. **Int J Environ Res Public Health**, 19(15), 9727.
- WHO. (2001). **Strengthening mental health promotion**. Retrieved February 20, 2021 from Geneva: <https://beaver.pa.networkofcare.org>
- WHO. (2018). **Mental health: Strengthening our response**. Retrieved May 25, 2021, from <https://www.who.int/en/news-room>
- WHO. (2020). **Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)** Retrieved February 20, 2021 from <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>
- WHO. (2021). **Coronavirus disease (COVID-19).Symtom**. Retrieved May 25, 2021, from [https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_3](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_3)
- Wilhelmson, K., Andersson, C., Waern, M. and Allebeck, P. (2005). Elderly people's perspectives on quality of life. **Ageing & Society**, 25(4), 585-600.
- Williamson and Oliver, E. (2000). The New Institutional Economics: Taking Stock, Looking Ahead. **Journal of Economic Literature**, 38(8).
- World Health Organization. (1997). **WHOQOL : measuring quality of life**. Geneva: World Health Organization.

- World Health Organization. (1998). Development of the world health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. **Psychological Medicine**, 28(3).
- World Health Organization. (2017). **Mental Health of older adults** Retrieved June 6, 2021, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- World Health Organization. (2019). **Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic**. Retrieved July 24, 2021, from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019>
- World Health Organization. (August 4, 2020). **Estimating mortality from COVID-19: scientific brief**. Retrieved January 31, 2022, from <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mortality-2020.1>
- World Health Organization. (2020). **The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment**. Retrieved January 31, 2022, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010291>
- World Health Organization. (November 10, 2021). **Diabetes**. World Health Organization. Retrieved August 7, 2022, from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- World Health Organization. (September 16, 2022). **Noncommunicable diseases**. World Health Organization. Retrieved October 12, 2022, from <https://www.who.int/news-room>
- Wu, Y., Tao, Z., Qiao, Y., Chai, Y., Liu, Q., Lu, Q., et al. (2022). Prevalence and characteristics of somatic symptom disorder in the elderly in a community-based population: a large-scale cross-sectional study in China. **BMC psychiatry**, 22(1), 257-257.
- Yan, A. F., Sun, X., Zheng, J., Mi, B., Zuo, H., Ruan, G., et al. (2020). Perceived risk, behavior changes and Health-related outcomes during COVID-19 pandemic: Findings among adults with and without diabetes in China. **Diabetes Research and Clinical Practice**, 167.

- Zhang, L., Jackson, C. B., Mou, H., Ojha, A., Rangarajan, E. S., Izard, T., et al., (2020). The D614G mutation in the SARS-CoV-2 spike protein reduces S1 shedding and increases infectivity. **bioRxiv**, 2020.2006.2012.148726.
- Zhang, Y. and Ma, Z. F. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study. **Int J Environ Res Public Health**, 17(7).
- Zin, P. E., Saw, Y. M., Saw, T. N., Cho, S. M., Hlaing, S. S., Noe, M. T. N., et al. (2020). Assessment of quality of life among elderly in urban and peri-urban areas, Yangon Region, Myanmar. **PLoS One**, 15(10), e0241211–e0241211.





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยพะเยา  
UNIVERSITY OF PHAYAO

## ภาคผนวก ก เอกสารรับรองโครงการวิจัย

 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา UNIVERSITY OF PHAYAO HUMAN ETHICS COMMITTEE 19 หมู่ 2 ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 56000 เบอร์โทรศัพท์ 05446 6666	
<b>เอกสารรับรองโครงการวิจัย</b>	
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP	
ชื่อโครงการ	: ผลกระทบการระบาดโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่อความรู้ ความเครียด สุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย : Impact of the COVID-19 Pandemic toward Knowledge, Stress, Mental Health, Self-care behaviors and Quality of life among Elderly Patients with Non-Communicable Diseases Chiang Rai province
เลขที่โครงการวิจัย	: UP-HEC 1.3/057/64
ผู้วิจัยหลัก	: นางสาวกัทริยา นากาลัย
สังกัดหน่วยงาน	: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
อาจารย์ที่ปรึกษา	: รองศาสตราจารย์ ดร.เกษแก้ว เสียงแวระ
สังกัดหน่วยงาน	: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
วิธีทบทวน	: คณะกรรมการเต็มชุด (Full board)
รายงานความก้าวหน้า	: ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อยทุก 12 เดือน หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี
  ลงนาม (รองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉราภรณ์ ดวงใจ) ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณาจารย์สาขาสุขภาพและวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยพะเยา	
วันที่รับรอง	: 19 มกราคม 2565
วันหมดอายุ	: 19 มกราคม 2566
ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขตั้งที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)	

## ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์งานวิจัย

ID ( ) ( ) ( ) 1

### แบบสัมภาษณ์สำหรับงานวิจัย

แบบสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของวิจัยเรื่อง ผลกระทบการระบาดโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่อ ความรู้, ความเครียด, สุขภาพจิต, พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย มีทั้งหมด 6 ส่วน ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรและสุขภาพ

ส่วนที่ 1.1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป	จำนวน 8 ข้อ
ส่วนที่ 1.2 สถานะสุขภาพ	จำนวน 5 ข้อ
ส่วนที่ 1.3 การเข้าถึงบริการสาธารณสุข	จำนวน 5 ข้อ
ส่วนที่ 1.4 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ	จำนวน 1 ข้อ
ส่วนที่ 1.5 แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 1 ข้อ

#### ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องโรคโควิด-19

จำนวน 12 ข้อ

#### ส่วนที่ 3 แบบวัดความเครียดสวนปรุง

จำนวน 20 ข้อ

#### ส่วนที่ 4 แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต(GHQ -28)

จำนวน 28 ข้อ

#### ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

จำนวน 24 ข้อ

#### ส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ

จำนวน 36 ข้อ

ผู้วิจัยขอรับรองว่า จะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น ผู้วิจัยขอรับรองว่า หากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา โดยผู้เข้าร่วมจะได้รับการแจ้งให้ทราบโดยไม่ปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และยินยอมเข้าร่วมตลอดการวิจัย

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่าน

นางสาวภัทริยา นภาลัย

นิสิตหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรและสุขภาพ

(1.1) แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าข้อความหรือเติมคำตอบลงในช่องว่าง

คำถาม	รายละเอียด	สำหรับ ผู้วิจัย
1. อายุ	.....ปี (นับปีบริบูรณ์)	Age
2. เพศ	<input type="checkbox"/> 1) ชาย <input type="checkbox"/> 2) หญิง	Sex
3. สถานภาพสมรส	<input type="checkbox"/> 1) โสด <input type="checkbox"/> 2) คู่ <input type="checkbox"/> 3) หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	Status
4. ระดับการศึกษา	<input type="checkbox"/> 0) ไม่ได้รับการศึกษา <input type="checkbox"/> 1) ป.1 ถึง ป.6 <input type="checkbox"/> 2) ม.1 ถึง ม.3 <input type="checkbox"/> 3) ม.4 ถึง ม.6 <input type="checkbox"/> 4) อนุปริญญา <input type="checkbox"/> 5) ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	Edu
5. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพอะไร	<input type="checkbox"/> 0) ไม่ได้ทำงาน <input type="checkbox"/> 1) เกษตรกร <input type="checkbox"/> 2) ค้าขาย <input type="checkbox"/> 3) ข้าราชการบำนาญ <input type="checkbox"/> 4) อื่น ๆ(ระบุ).....	Occ
6. ความเพียงพอของรายได้	<input type="checkbox"/> 0) ไม่เพียงพอ <input type="checkbox"/> 1) เพียงพอ	Einc
7. พฤติกรรมการสูบบุหรี่	<input type="checkbox"/> 0) ไม่สูบ <input type="checkbox"/> 1) สูบ <input type="checkbox"/> 2) เคยสูบ แต่เลิกแล้ว	Bciga
8. พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	<input type="checkbox"/> 0) ไม่ดื่ม <input type="checkbox"/> 1) ดื่ม <input type="checkbox"/> 2) เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว	BAlco

(1.2) ด้านสถานะสุขภาพ คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าข้อความหรือเติมคำตอบลงในช่องว่าง

คำถาม	คำตอบ	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ปัจจุบันท่านเจ็บป่วย หรือมีโรคประจำตัว ที่วินิจฉัยโดยบุคลากรทางการแพทย์ คือ (ท่านสามารถเลือกได้หลายคำตอบ)	โรค <input type="checkbox"/> 1) เบาหวาน <input type="checkbox"/> 2) ความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> 3) ไขมันในเส้นเลือด <input type="checkbox"/> 4) โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> 5) อื่น ๆ(ระบุ).....	A1 A1.1 A1.2 A1.3 A1.4 A1.5
2. ระยะเวลาในการรักษาโรค	.....เดือน /หรือ .....ปี	A2
3. ปัจจุบันท่านรับประทานยาเพื่อรักษาโรคที่เจ็บป่วย หรือยาประจำ หรือไม่	<input type="checkbox"/> 0) ไม่มี <input type="checkbox"/> 1) มี	A3
4. การตรวจหาเชื้อโควิด-19	<input type="checkbox"/> 0) ไม่เคยตรวจเชื้อโควิด-19 <input type="checkbox"/> 1) เคยตรวจเชื้อโควิด-19	A4
5. ผลการตรวจโควิด-19	<input type="checkbox"/> 0) ไม่เคยติดเชื้อโควิด-19 <input type="checkbox"/> 1) เคยติดเชื้อโควิด-19	A5

ID ( ) ( ) ( ) 3

(1.3) ด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุข คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าข้อความหรือเติมคำตอบลงในช่องว่าง

คำถาม	คำตอบ	สำหรับ ผู้วิจัย
1. สิทธิการรักษา/สวัสดิการสุขภาพ	<input type="checkbox"/> 0) ไม่มีสิทธิ (ชำระเงินเอง) <input type="checkbox"/> 1) บัตรทอง (UC) <input type="checkbox"/> 2) ประกันสังคม <input type="checkbox"/> 3) ข้าราชการ <input type="checkbox"/> 4) ผู้มีปัญหสถานและสิทธิ (ท99) <input type="checkbox"/> 5) ต่างด้าวซื้อประกัน <input type="checkbox"/> 6) ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> 7) อื่นๆ(โปรดระบุ).....	B1
2. จากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 มีความเปลี่ยนแปลงในการไปรับบริการสุขภาพพบหมอตตามนัด	<input type="checkbox"/> 0) ไม่มี <input type="checkbox"/> 1) มี	B2
3. จากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วยท่านสามารถไปพบหมอได้เลย	<input type="checkbox"/> 0) ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 1) ใช่	B3
4. ท่านรู้สึกว่า การระบาดของ โควิด-19 ทำให้เข้าพบหมอ หรือไปโรงพยาบาล ตามที่หมอนัดได้ยากกว่าเดิม	<input type="checkbox"/> 0) ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 1) ใช่	B4
5. พาหนะที่ใช้ในการเดินทางไปพบหมอในช่วงการระบาดของโควิด-19	<input type="checkbox"/> 0) รถส่วนตัว <input type="checkbox"/> 1) รถโดยสารสาธารณะ	B5

(1.4) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าข้อความหรือเติมคำตอบลงในช่องว่าง

คำถาม	คำตอบ	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ท่านเคย ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 หรือไม่	<input type="checkbox"/> 0) ไม่เคย <input type="checkbox"/> 1) เคย โปรดระบุได้รับจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 1.1) สื่อสังคมออนไลน์ <input type="checkbox"/> 1.2) เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และสาธารณสุข <input type="checkbox"/> 1.3) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) <input type="checkbox"/> 1.4) บุคคลในครอบครัว <input type="checkbox"/> 1.5) โทรทัศน์/วิทยุ <input type="checkbox"/> 1.6) อื่นๆ โปรดระบุ .....	C1 C1.1 C1.2 C1.3 C1.4 C1.5 C1.6

## (1.5) แรงสนับสนุนทางสังคม

คำถาม	คำตอบ		สำหรับ ผู้วิจัย
1. ท่านมีผู้ดูแลหลัก (ผู้ดูแลหลักอาจหมายถึงบุคคลในครอบครัว ผู้ดูแล เพื่อน บ้านที่สามารถดูแลท่านได้เมื่อยามปกติและเจ็บป่วย) หรือไม่	<input type="checkbox"/> 0) ไม่มี	<input type="checkbox"/> 1) มี	D

## ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องโรคโควิด-19

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ตามความรู้สึก ความคิดเห็น ตามความเชื่อของท่าน ต่อไปนี้เพียงข้อเดียว

ข้อความ	คำตอบ			สำหรับ ผู้วิจัย
	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ	
1. โรคโควิด-19 ทำให้เสียชีวิตได้				K1
2. อาการหลักของโรคโควิด-19 ได้แก่ เหนื่อยล้าและไอแห้งๆ				K2
3. อาการมีไข้จะเกิดขึ้นในผู้ป่วยทุกรายที่ติดเชื้อโรคโควิด-19				K3
4. ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคโควิด-19 จะไม่ติดต่อหากไม่มีไข้				K4
5. โรคโควิด-19 เกิดจากการติดเชื้อที่ทางเดินหายใจ เข้าสู่ร่างกายได้โดยทาง ปาก จมูก ตา				K5
6. โรคโควิด-19 ติดต่อผ่านทางละอองฝอย จากการสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย เวลาไอ หรือจามรดกัน				K6
7. โรคโควิด-19 สามารถแพร่กระจายผ่านการสัมผัสโดยตรง				K7
8. การกินหรือสัมผัสกับสัตว์ป่าอาจทำให้เกิดการติดเชื้อโรคโควิด-19				K8
9. การกลั้วคอด้วยน้ำเกลือหรือน้ำยาบ้วนปากมีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคโควิด-19				K9
10. ผู้มีปัญหาลมหายใจ หรือ โรคประจำตัว มักพบว่ามีอาการรุนแรงมากกว่า				K10
11. โรคโควิด-19 มักเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ หรือผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยเรื้อรัง และมี อาการรุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ				K11
12. การใช้ชีวิต อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน หรือร่วมงานกับบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติด เชื้อโรคโควิด-19 อาจนำไปสู่การติดเชื้อได้				K12



ส่วนที่ 3 แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST-20)

คำชี้แจง : ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ในข้อใด เกิดขึ้นกับตัวคุณบ้าง และคุณมีความรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความเครียด ถ้าข้อไหนไม่ได้เกิดขึ้นให้ข้ามไปไม่ต้องตอบ

- ระดับความเครียด 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด  
 ระดับความเครียด 2 หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย  
 ระดับความเครียด 3 หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง  
 ระดับความเครียด 4 หมายถึง รู้สึกเครียดมาก  
 ระดับความเครียด 5 หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด

ข้อ	คำถามในระยะ 6 เดือน ที่ผ่านมา	ระดับของความเครียด					สำหรับ ผู้วิจัย
		5	4	3	2	1	
1	กลัวทำงานผิดพลาด						S1
2	ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้						S2
3	ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน						S3
4	เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน						S4
5	รู้สึกต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ						S5
6	เงินไม่พอใช้จ่าย						S6
7	กล้ามเนื้อตึงหรือปวด						S7
8	ปวดหัวจากความตึงเครียด						S8
9	ปวดหลัง						S9
10	ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง						S10
11	ปวดศีรษะข้างเดียว						S11
12	รู้สึกวิตกกังวล						S12
13	รู้สึกคับข้องใจ						S13
14	รู้สึกโกรธ หรือหงุดหงิด						S14
15	รู้สึกเศร้า						S15
16	ความจำไม่ดี						S16
17	รู้สึกสับสน						S17
18	ตั้งสมาธิลำบาก						S18
19	รู้สึกเหนื่อยง่าย						S19
20	เป็นหวัดบ่อย ๆ						S20

ส่วนที่ 4 แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ที่พัฒนามาจาก General Health Questionnaire: GHQ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงสภาวะสุขภาพของท่านในระยะสองถึงสามสัปดาห์ผ่านมามีเป็นอย่างไร กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ โดยขีดเครื่องหมายวงกลมรอบคำตอบที่ใกล้เคียงกับสภาพของท่านในปัจจุบัน หรือในช่วงสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด โดยไม่รวมถึงปัญหาที่ท่านเคยมีในอดีต และกรุณาตอบคำถาม ทุกข้อ

ในระยะสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมาท่าน

คำถาม	คำตอบ				สำหรับ ผู้วิจัย
	ก. ดีกว่าปกติ	ข. เหมือนปกติ	ค. แย่กว่าปกติ	ง. แย่กว่าปกติมาก	
1) รู้สึกสบายและมีสุขภาพดี	ก. ดีกว่าปกติ	ข. เหมือนปกติ	ค. แย่กว่าปกติ	ง. แย่กว่าปกติมาก	G1
2) รู้สึกต้องการยาบำรุงให้มีกำลังวังชา	ก. ไม่เลย	ข. ไม่มากกว่าปกติ	ค.ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ง. มากกว่าปกติมาก	G2
3) รู้สึกทรุดโทรมและสุขภาพไม่ดี	ก. ไม่เลย	ข. ไม่มากกว่าปกติ	ค.ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ง. มากกว่าปกติมาก	G3
4) รู้สึกไม่สบาย	ก. ไม่เลย	ข. ไม่มากกว่าปกติ	ค.ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ง. มากกว่าปกติมาก	G4
5) เจ็บหรือปวดบริเวณศีรษะ	ก. ไม่เลย	ข. ไม่มากกว่าปกติ	ค.ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ง. มากกว่าปกติมาก	G5
6) รู้สึกตึงหรือคล้ายมีแรงกดที่ศีรษะ	ก. ไม่เลย	ข. ไม่มากกว่าปกติ	ค.ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ง. มากกว่าปกติมาก	G6
7) มีอาการรบกวนหรือหนาว	ก. ไม่เลย	ข. ไม่มากกว่าปกติ	ค.ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ง. มากกว่าปกติมาก	G7
8) นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ	ก. ไม่เลย	ข. ไม่มากกว่าปกติ	ค.ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ง. มากกว่าปกติมาก	G8
9) ไม่สามารถหลับได้สนิทหลังจากหลับแล้ว	ก. ไม่เลย	ข. ไม่มากกว่าปกติ	ค.ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ง. มากกว่าปกติมาก	G9
10) รู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา	ก. ไม่เลย	ข. ไม่มากกว่าปกติ	ค.ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ง. มากกว่าปกติมาก	G10
11) รู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี	ก. ไม่เลย	ข. ไม่มากกว่าปกติ	ค.ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ง. มากกว่าปกติมาก	G11
12) รู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผลสมควร	ก. ไม่เลย	ข. ไม่มากกว่าปกติ	ค.ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ง. มากกว่าปกติมาก	G12
13) รู้สึกเรื่องต่าง ๆ ทั้บงจนรับไม่ไหว	ก. ไม่เลย	ข. ไม่มากกว่าปกติ	ค.ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ง. มากกว่าปกติมาก	G13
14) รู้สึกกังวล กระวนกระวาย และเครียดอยู่ตลอดเวลา	ก. ไม่เลย	ข. ไม่มากกว่าปกติ	ค.ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ง. มากกว่าปกติมาก	G14
15) ทำอะไรทำให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้	ก. มากกว่าปกติ	ข. เหมือนปกติ	ค. ค่อนข้างน้อยกว่าปกติ	ง. น้อยกว่าปกติมาก	G15
16) ทำอะไรช้ากว่าปกติ	ก. เร็วกว่าปกติ	ข. เหมือนปกติ	ค. ช้ากว่าปกติ	ง. ช้ากว่าปกติมาก	G16
17) รู้สึกว่าโดยทั่วไปแล้วทำอะไร ๆ ได้ดี	ก. ดีกว่าปกติ	ข. เหมือนปกติ	ค. ดีน้อยกว่าปกติ	ง. ดีน้อยกว่าปกติมาก	G17
18) พอใจกับการที่ทำงานลุล่วงไป	ก. มากกว่าปกติ	ข. พอ ๆ กับตามปกติ	ค. น้อยกว่าปกติ	ง. น้อยกว่าปกติมาก	G18
19) รู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ	ก. มากกว่าปกติ	ข. เหมือนปกติ	ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ง. มากกว่าปกติมาก	G19
20) รู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้	ก. มากกว่าปกติ	ข. เหมือนปกติ	ค. น้อยกว่าปกติ	ง. น้อยกว่าปกติมาก	G20
21) สามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติได้	ก. มากกว่าปกติ	ข. เหมือนปกติ	ค. น้อยกว่าปกติ	ง. น้อยกว่าปกติมาก	G21
22) คิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า	ก. ไม่เลย	ข. ไม่มากกว่าปกติ	ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ง. มากกว่าปกติมาก	G22
23) คิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า	ก. ไม่เลย	ข. ไม่มากกว่าปกติ	ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ง. มากกว่าปกติมาก	G23
24) รู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป	ก. ไม่เลย	ข. ไม่มากกว่าปกติ	ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ง. มากกว่าปกติมาก	G24
25) คิดว่ามีความเป็นไปได้ที่จะยอมจบชีวิตตัวเอง	ก. ไม่อย่างแน่นอน	ข. ไม่คิดว่าเป็นอย่างนั้น	ค. มีอยู่บ้างเหมือนกัน	ง. มีแน่ ๆ	G25

ID ( ) ( ) ( ) 7

คำถาม	คำตอบ				สำหรับ ผู้วิจัย
26) รู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียดมาก	ก. ไม่เลย	ข. ไม่มากกว่าปกติ	ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ง. มากกว่าปกติมาก	G26
27) พบว่าตัวเองรู้สึกอยากตายไปให้ทัน ๆ	ก. ไม่เลย	ข. ไม่มากกว่าปกติ	ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ง. มากกว่าปกติมาก	G27
28) พบว่ามีความรู้สึกที่อยากจะทำลายชีวิตตัวเองเข้ามาอยู่ในความคิดเสมอ ๆ	ก. ไม่อย่าง แน่นอน	ข. ไม่คิดว่าเป็นอย่างนั้น	ค. มีอยู่บ้างเหมือนกัน	ง. มีแน่ ๆ	G28

#### ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมของท่านมากที่สุด 25 ข้อ โดยแบบประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เป็นความถี่ของการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาโดยแต่ละข้อคำตอบมีความหมายดังนี้

3 ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติทุกครั้ง (มากกว่า 5-6 วัน/สัปดาห์)

2 ท่านปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (3-4 วัน/สัปดาห์)

1 ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติหรือกระทำเลย

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง	ความถี่ของการปฏิบัติ			สำหรับ ผู้วิจัย
	ปฏิบัติ ทุกครั้ง (3)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (2)	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย (1)	
1. ในแต่ละมื้อท่านรับประทาน อาหารครบ 5 หมู่				O1
2. จดอาหารจำพวกไขมันและ เนื้อสัตว์ และหันมารับประทานผัก ผลไม้มากขึ้น				O2
3. รับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด หรือหวานจัด				O3
4. ดื่มนมเพื่อบำรุงร่างกาย				O4
5. ดื่มน้ำสะอาดวันละ 8-10 แก้ว ต่อวัน				O5
6. การเคลื่อนไหวออกแรงจากการทำงานบ้าน เช่น กวาดบ้าน รดน้ำต้นไม้ เดินรอบบ้าน				O6
7. ออกกำลังกายครั้งละ 20-30 นาทีต่อครั้ง				O7
8. ออกกำลังกายที่ใช้แรงมากเป็นเวลา 20 - 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เช่น เดินเร็ว, แอโรบิก, ปั่นจักรยาน				O8
9. ออกกำลังกายที่ใช้แรงน้อยถึงปานกลาง เช่น เดินติดต่อกันนาน 30 - 40 นาที, เดินไปจ่ายตลาด				O9
10. ผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังการออกกำลังกายทุกครั้งเป็นเวลา 3-5 นาที				O10
11. เมื่อต้องออกจากบ้านสวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่อยู่นอกบ้าน				O11
12. เมื่อหน้ากากอนามัยที่ใช้อยู่ เกิดความชื้น ได้เปลี่ยนใส่หน้ากากอนามัยอันใหม่				O12
13. ใช้หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า กรณีจำเป็นต้องพบปะผู้อื่น				O13
14. หลีกเลี่ยงการสัมผัสหน้ากากอนามัยขณะใช้งาน ถ้าหากเลี่ยงไม่ได้ ได้ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์หรือน้ำสบู่				O14
15. ทิ้งหน้ากากอนามัยเมื่อใช้แล้ว ใส่ถุงพลาสติกปิดสนิทก่อนทิ้งลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด				O15
16. ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ความเข้มข้นอย่างน้อย 70%				O16

ID ( ) ( ) ( ) 8

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	ความถี่ของการปฏิบัติ			สำหรับ ผู้วิจัย
	ปฏิบัติ ทุกครั้ง (3)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (2)	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย (1)	
ก่อนการสวมใส่หน้ากากอนามัย				
17. ล้างมือหลังการใช้หน้ากากอนามัย หรือ หลังใช้มือ/ผ้า/ทิชชู ปิดจมูกและปากเวลาไอ จาม				O17
18. ล้างมือก่อนการรับประทานอาหารทุกครั้ง				O18
19. ล้างมือทำความสะอาดด้วยสบู่ทุกครั้งหลังสัมผัสสิ่งของรอบตัว เช่น ราวบันได ลูกบิดประตู				O19
20. ไม่ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจล เมื่อมือเปื้อนสารคัดหลั่ง เช่น น้ำลาย น้ำมูก เสมหะ				O20
21. ไม่รวมตัวกันในสถานที่ชุมชนแออัด				O21
22. งดเดินทางไปยังพื้นที่ ที่มีการรายงานเป็นพื้นที่เสี่ยงโรคระบาด				O22
23. เมื่อมีเหตุจำเป็นต้องไปร่วมงาน เช่น งานศพ งานพิธีการต่างๆ ได้เว้นระยะห่างจาก คนอื่นอย่างน้อย 6 ฟุต หรือ 2 เมตร				O23
24. ใช้การติดต่อสื่อสารผ่านช่องทางออนไลน์ หรือโทรศัพท์เคลื่อนที่แทนการเดินทางไปพบเจอ				O24

ส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย  
(WHOQOL-BREF-THAI)

**คำชี้แจง** ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน **ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา** ให้ท่านสำรวจตัว  
ท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็น  
จริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

**ไม่เคย** หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแยมมาก  
**เล็กน้อย** หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยรู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแยม  
**ปานกลาง** หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแยมระดับกลาง ๆ  
**มาก** หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี  
**มากที่สุด** หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจ  
มาก รู้สึกดีมาก

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่ เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	สำหรับ ผู้วิจัย
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด						W1
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด						W2
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)						W3
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด						W4

ID ( ) ( ) ( ) 9

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด						W5
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด						W6
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน						W7
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม						W8
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน						W9
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน						W10
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน						W11
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงาน ได้อย่างที่เคยทำมา มากน้อยเพียงใด						W12
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน						W13
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ ไหม						W14
15	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน						W15
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด						W16
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด						W17
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ ตามความจำเป็นเพียงใด						W18
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด						W19
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด						W20
21	สภาพแวดล้อมต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด						W21
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด						W22
23	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน						W23
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด						W24
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมี วิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเอง หรือการมี เพศสัมพันธ์)						W25
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด						W26

## ภาคผนวก ค การวิเคราะห์คะแนนความรู้จำแนกรายข้อ

ตาราง 14 คะแนนความรู้จำแนกรายข้อ

คะแนนความรู้	กลุ่มตัวอย่าง (n=450)	
	จำนวน	ร้อยละ
1. โรคโควิด 19 ทำให้เสียชีวิตได้		
ตอบถูก	377	83.80
ตอบผิด	73	16.20
2. อาการหลักของโรคโควิด 19 ได้แก่ เหนื่อยล้า และไอแห้งๆ		
ตอบถูก	284	63.10
ตอบผิด	166	36.90
3. อาการมีไข้จะเกิดขึ้นในผู้ป่วยทุกรายที่ติดเชื้อโรคโควิด 19		
ตอบถูก	139	30.90
ตอบผิด	311	69.10
4. ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 จะไม่ติดต่อหากไม่มีไข้		
ตอบถูก	180	40.00
ตอบผิด	270	60.00
5. โรคโควิด 19 เกิดจากการติดเชื้อที่ทางเดินหายใจ เข้าสู่ร่างกายได้โดยทาง ปาก จมูก ตา		
ตอบถูก	329	73.10
ตอบผิด	121	26.90
6. โรคโควิด 19 ติดต่อผ่านทางละอองฝอย จากการสัมผัส น้ำมูก น้ำลาย เวลาไอ หรือจามรดกัน		
ตอบถูก	398	88.40
ตอบผิด	52	11.60

ตาราง 14 คะแนนความรู้อัจฉกรายข้อ (ต่อ)

คะแนนความรู้อัจฉกรายข้อ	กลุ่มตัวอย่าง (n=450)	
	จำนวน	ร้อยละ
7. โรคโควิด 19 สามารถแพร่กระจายผ่านการสัมผัสโดยตรง		
ตอบถูก	271	60.2
ตอบผิด	179	39.8
8. การกินหรือสัมผัสกับสัตว์ป่าอาจทำให้เกิดการติดเชื้อโรคโควิด 19		
ตอบถูก	205	45.6
ตอบผิด	245	54.4
9. การกักตัวด้วยน้ำเกลือหรือน้ำยาบ้วนปากมีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคโควิด-19		
ตอบถูก	214	47.60
ตอบผิด	236	52.40
10. ผู้มีปัญหาลู่วอกหรือ โรคประจำตัว มักพบว่ามีอาการรุนแรงมากกว่า		
ตอบถูก	302	67.10
ตอบผิด	148	32.90
11. โรคโควิด-19 มักเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ หรือผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยเรื้อรัง และมีอาการรุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ		
ตอบถูก	311	69.1
ตอบผิด	139	30.9
12. การใช้ชีวิต อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน หรือร่วมงานกับบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโรคโควิด-19 อาจนำไปสู่การติดเชื้อได้		
ตอบถูก	375	83.3
ตอบผิด	75	16.7

## ภาคผนวก ง คะแนนความเครียดจำแนกรายข้อ

ตาราง 15 คะแนนความเครียดจำแนกรายข้อ

คะแนนความเครียด	กลุ่มตัวอย่าง (n=450)	
	จำนวน	ร้อยละ
1. กลัวทำงานผิดพลาด		
ระดับความเครียด 0	26	5.80
ระดับความเครียด 1	121	26.90
ระดับความเครียด 2	122	27.10
ระดับความเครียด 3	106	23.60
ระดับความเครียด 4	59	13.10
ระดับความเครียด 5	16	3.60
2. ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้		
ระดับความเครียด 0	27	6.00
ระดับความเครียด 1	115	25.60
ระดับความเครียด 2	106	23.60
ระดับความเครียด 3	97	21.60
ระดับความเครียด 4	79	17.60
ระดับความเครียด 5	26	5.80
3. ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน		
ระดับความเครียด 0	31	6.90
ระดับความเครียด 1	106	23.60
ระดับความเครียด 2	89	19.80
ระดับความเครียด 3	128	28.40
ระดับความเครียด 4	62	13.80
ระดับความเครียด 5	34	7.60
4. เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน		
ระดับความเครียด 0	31	6.90
ระดับความเครียด 1	101	22.40
ระดับความเครียด 2	117	26.00

ตาราง 15 คะแนนความเครียดจำแนกรายข้อ (ต่อ)

คะแนนความเครียด	กลุ่มตัวอย่าง (n=450)	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความเครียด 3	105	23.30
ระดับความเครียด 4	65	14.40
ระดับความเครียด 5	31	6.90
5. รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ		
ระดับความเครียด 0	27	6.00
ระดับความเครียด 1	136	30.20
ระดับความเครียด 2	96	21.30
ระดับความเครียด 3	105	23.30
ระดับความเครียด 4	60	13.30
ระดับความเครียด 5	26	5.80
6. เงินไม่พอใช้จ่าย		
ระดับความเครียด 0	17	3.80
ระดับความเครียด 1	70	15.60
ระดับความเครียด 2	139	30.90
ระดับความเครียด 3	118	26.20
ระดับความเครียด 4	67	14.90
ระดับความเครียด 5	39	8.70
7. กล้ามเนื้อตึงหรือปวด		
ระดับความเครียด 0	21	4.70
ระดับความเครียด 1	95	21.10
ระดับความเครียด 2	124	27.60
ระดับความเครียด 3	118	26.20
ระดับความเครียด 4	52	11.60
ระดับความเครียด 5	40	8.90

ตาราง 15 คะแนนความเครียดจำแนกรายข้อ (ต่อ)

คะแนนความเครียด	กลุ่มตัวอย่าง (n=450)	
	จำนวน	ร้อยละ
8. ปวดหัวจากความตึงเครียด		
ระดับความเครียด 0	23	5.10
ระดับความเครียด 1	107	23.80
ระดับความเครียด 2	120	26.70
ระดับความเครียด 3	116	25.80
ระดับความเครียด 4	61	13.80
ระดับความเครียด 5	23	5.10
9. ปวดหลัง		
ระดับความเครียด 0	16	3.60
ระดับความเครียด 1	97	21.60
ระดับความเครียด 2	100	22.20
ระดับความเครียด 3	146	32.40
ระดับความเครียด 4	60	13.30
ระดับความเครียด 5	31	6.90
10. ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง		
ระดับความเครียด 0	27	6.00
ระดับความเครียด 1	121	26.90
ระดับความเครียด 2	78	17.30
ระดับความเครียด 3	128	28.40
ระดับความเครียด 4	80	17.80
ระดับความเครียด 5	16	3.60
11. ปวดศีรษะข้างเดียว		
ระดับความเครียด 0	24	5.30
ระดับความเครียด 1	164	36.40
ระดับความเครียด 2	77	17.10
ระดับความเครียด 3	98	21.80
ระดับความเครียด 4	75	16.70

ตาราง 15 คะแนนความเครียดจำแนกรายข้อ (ต่อ)

คะแนนความเครียด	กลุ่มตัวอย่าง (n=450)	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความเครียด 5	12	2.70
13. รู้สึกคับข้องใจ		
ระดับความเครียด 0	24	5.30
ระดับความเครียด 1	148	32.90
ระดับความเครียด 2	92	20.40
ระดับความเครียด 3	91	20.20
ระดับความเครียด 4	76	16.90
ระดับความเครียด 5	19	4.20
14. รู้สึกโกรธ หรือหงุดหงิด		
ระดับความเครียด 0	17	3.80
ระดับความเครียด 1	149	33.10
ระดับความเครียด 2	96	21.30
ระดับความเครียด 3	94	20.90
ระดับความเครียด 4	74	16.40
ระดับความเครียด 5	20	4.40
15. รู้สึกเศร้า		
ระดับความเครียด 0	24	5.30
ระดับความเครียด 1	171	38.00
ระดับความเครียด 2	77	17.10
ระดับความเครียด 3	94	20.90
ระดับความเครียด 4	64	14.20
ระดับความเครียด 5	20	4.40
16. ความจำไม่ดี		
ระดับความเครียด 0	22	4.90
ระดับความเครียด 1	92	20.40
ระดับความเครียด 2	104	23.10
ระดับความเครียด 3	116	25.80

ตาราง 15 คะแนนความเครียดจำแนกรายข้อ (ต่อ)

คะแนนความเครียด	กลุ่มตัวอย่าง (n=450)	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความเครียด 4	84	18.70
ระดับความเครียด 5	32	7.10
17. รู้สึกสับสน		
ระดับความเครียด 0	23	5.10
ระดับความเครียด 1	128	28.40
ระดับความเครียด 2	96	21.3
ระดับความเครียด 3	101	22.4
ระดับความเครียด 4	78	17.3
ระดับความเครียด 5	24	5.3
18. ตั้งสมาธิลำบาก		
ระดับความเครียด 0	25	5.6
ระดับความเครียด 1	139	30.9
ระดับความเครียด 2	84	18.7
ระดับความเครียด 3	111	24.7
ระดับความเครียด 4	63	14.0
ระดับความเครียด 5	28	6.2
19. รู้สึกเหนื่อยง่าย		
ระดับความเครียด 0	16	3.60
ระดับความเครียด 1	112	24.90
ระดับความเครียด 2	117	26.00
ระดับความเครียด 3	100	22.20
ระดับความเครียด 4	71	15.80
ระดับความเครียด 5	34	7.60
20. เป็นหวัดบ่อย ๆ		
ระดับความเครียด 0	18	4.00
ระดับความเครียด 1	161	35.80
ระดับความเครียด 2	83	18.40

ตาราง 15 คะแนนความเครียดจำแนกรายข้อ (ต่อ)

คะแนนความเครียด	กลุ่มตัวอย่าง (n=450)	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความเครียด 3	101	22.40
ระดับความเครียด 4	60	13.30
ระดับความเครียด 5	27	6.00



## ภาคผนวก จ คะแนนสุขภาพจิตจำแนกรายข้อ

ตาราง 16 คะแนนสุขภาพจิตจำแนกรายข้อ

คะแนนความเครียด	กลุ่มตัวอย่าง (n=450)	
	จำนวน	ร้อยละ
1. รู้สึกสบายและมีสุขภาพดี		
0 คะแนน	272	60.40
1 คะแนน	178	39.60
2. รู้สึกต้องการยาบำรุงให้มีกำลังวังชา		
0 คะแนน	285	63.30
1 คะแนน	165	36.70
3. รู้สึกทรุดโทรมและสุขภาพไม่ดี		
0 คะแนน	292	64.90
1 คะแนน	158	35.10
4. รู้สึกไม่สบาย		
0 คะแนน	309	68.70
1 คะแนน	141	31.30
5. เจ็บหรือปวดบริเวณศีรษะ		
0 คะแนน	343	76.20
1 คะแนน	107	23.80
6. รู้สึกตึงหรือคล้ายมีแรงกดที่ศีรษะ		
0 คะแนน	353	78.40
1 คะแนน	97	21.60
7. มีอาการรบกวนหรือหนาว		
0 คะแนน	348	77.30
1 คะแนน	102	22.70
8. นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ		
0 คะแนน	366	81.30
1 คะแนน	84	18.70

ตาราง 16 คะแนนสุขภาพจิตจำแนกรายข้อ (ต่อ)

คะแนนความเครียด	กลุ่มตัวอย่าง (n=450)	
	จำนวน	ร้อยละ
9. ไม่สามารถหลับได้สนิทหลังจากหลับแล้ว		
0 คะแนน	372	82.70
1 คะแนน	78	17.30
10. รู้สึกตื่นเครียดอยู่ตลอดเวลา		
0 คะแนน	390	86.70
1 คะแนน	60	13.30
11. รู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี		
0 คะแนน	383	85.10
1 คะแนน	67	14.90
12. รู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผลสมควร		
0 คะแนน	400	88.90
1 คะแนน	50	11.10
13. รู้สึกเรื่องต่าง ๆ ทั้บถมจนรับไม่ไหว		
0 คะแนน	401	89.10
1 คะแนน	49	10.90
14. รู้สึกกังวล กระวนกระวาย และเครียดอยู่ตลอดเวลา		
0 คะแนน	411	91.30
1 คะแนน	39	8.70
15. หาอะไรทำให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้		
0 คะแนน	367	81.60
1 คะแนน	83	18.40
16. ทำอะไรช้ากว่าปกติ		
0 คะแนน	365	81.10
1 คะแนน	85	18.90
17. รู้สึกว่าโดยทั่วไปแล้วทำอะไร ๆ ได้ดี		
0 คะแนน	368	81.80
1 คะแนน	82	18.20

ตาราง 16 คะแนนสุขภาพจิตจำแนกรายข้อ 16 (ต่อ)

คะแนนความเครียด	กลุ่มตัวอย่าง (n=450)	
	จำนวน	ร้อยละ
18. พอใจกับการที่ทำงานลุล่วงไป		
0 คะแนน	390	86.70
1 คะแนน	60	13.30
19. รู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ		
0 คะแนน	400	88.90
1 คะแนน	50	11.10
20. รู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้		
0 คะแนน	394	87.60
1 คะแนน	56	12.40
21. สามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติได้		
0 คะแนน	406	90.20
1 คะแนน	44	9.80
22. คิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า		
0 คะแนน	418	92.90
1 คะแนน	32	7.10
23. รู้สึกว่าชีวิตนี้ หมดหวังโดยสิ้นเชิง		
0 คะแนน	418	92.90
1 คะแนน	32	7.10
24. รู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป		
0 คะแนน	413	91.80
1 คะแนน	37	8.20



ประวัติผู้วิจัย

มหาวิทยาลัยพะเยา  
UNIVERSITY OF PHAYAO

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวภัทรียา นภาลัย
วัน เดือน ปี เกิด	25 พฤษภาคม 2539
สถานที่เกิด	โรงพยาบาลเชียงใหม่ราม
วุฒิการศึกษา	พ.ศ.2561 ส.บ. (สาขาสาธารณสุขชุมชน), วิทยาลัยการ สาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก สมทบมหาวิทยาลัยบูรพา, พิษณุโลก
ที่อยู่ปัจจุบัน	12 หมู่ 1 ตำบลเวียงกาหลง อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย 57260
ผลงานตีพิมพ์	ที่เกี่ยวข้องกับวิทยานิพนธ์ Napalai, P., Seangpraw, K., Boonyathee, S. and Ong-artborirak, P. (2022). COVID-19-related knowledge influences mental health, self-care behaviors, and quality of life among elderly with non- communicable diseases in Northern Thailand. <i>Frontiers in Public Health</i> , 10: 993531, doi: 10.3389/fpubh.2022.993531

